

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

Année 2011 (et projection 2012)



COLLECTION  
Analyses  
et surveillance

43

**Réalisation :**

Sylvie Venne	Médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS Direction du développement des individus et de l'environnement social Ministère de la Santé et des Services sociaux Coordination des travaux
Gilles Lambert	Médecin-conseil, Direction des risques biologiques et de la santé au travail Institut national de santé publique du Québec
Geneviève Gravel	Agente de planification, de programmation et de recherche, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sylfreed Minzunza	Analyste en programmation, Bureau de surveillance et de vigie Direction de la protection de la santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux

Édition produite par :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et à ses partenaires et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

< <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> > ou < [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) > section Documentation, rubrique Publications

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN : 978-2-550-66979-1 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés.  
Les personnes y apparaissant sont des figurants.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions les cliniciens et le personnel des laboratoires de microbiologie, des centres de santé et de services sociaux ainsi que des directions de santé publique pour leur contribution à la qualité de la déclaration des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé aux enquêtes de vigie rehaussée, aux programmes de surveillance spécifiques ou aux études épidémiologiques dont viennent les données qui ont permis de dresser le présent portrait des ITSS.

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

# TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et des figures .....	5
Liste des sigles et des acronymes .....	7
Introduction .....	8
Notes méthodologiques .....	9
Infections transmissibles sexuellement et par le sang à déclaration obligatoire (ITSS-MADO) ..	11
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> .....	14
Infection gonococcique .....	20
Syphilis infectieuse .....	29
Lymphogranulomatose vénérienne .....	39
Hépatite B .....	43
Hépatite C .....	49
VIH .....	55
Populations particulièrement touchées .....	65
Jeunes âgés de 15 à 24 ans .....	65
Jeunes en difficulté .....	69
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes .....	72
Personnes consommant des drogues par injection .....	76
Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique .....	79
Autochtones .....	81
Travailleuses et travailleurs du sexe .....	82
Bibliographie .....	83
Annexe 1 .....	89
Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011	
Annexe 2 .....	92
Cas signalés et taux d'incidence d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , d'infection gonococcique, de syphilis infectieuse, d'hépatite B et d'hépatite C selon la province ou le territoire et le sexe, Canada, Année 2010	
Annexe 3 .....	93
Résultats d'études épidémiologiques portant sur des indicateurs de comportements associés aux ITSS dans diverses populations Québécoises	
Annexe 4 .....	108
Résultats d'études épidémiologiques portant sur la prévalence et l'incidence de l'infection par le VIH et de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi diverses populations québécoises	

## LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

### INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

Tableau 1: Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2007, 2011 et projections pour 2012 . . . . .	12
Tableau 2: Taux brut d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec 2011. . . . .	13

### INFECTION GÉNITALE À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Figure 1: Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p . . . . .	16
Figure 2: Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011 . . . . .	16
Figure 3: Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2000 à 2012p . . . . .	17
Figure 4: Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2000 à 2012p . . . . .	17
Tableau 3: Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p . . . . .	18

### INFECTION GONOCOCCIQUE

Figure 5: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p . . . . .	24
Figure 6: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011. . . . .	25
Figure 7: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2000 à 2012p . . . . .	26
Figure 8: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2000 à 2012p . . . . .	26
Tableau 4: Infection gonococcique: nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, 2007 à 2012p. . . . .	27

### SYPHILIS INFECTIEUSE

Tableau 5: Nombre de cas déclarés de syphilis de nature autre qu'infectieuse, selon le sexe, Québec, années 2007 et 2011 . . . . .	31
Figure 9: Syphilis infectieuse: taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis et hommes seulement, Québec, de 1984 à 2012p . . . . .	33
Figure 10: Syphilis infectieuse: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p . . . . .	34
Figure 11: Syphilis infectieuse: taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011 . . . . .	35
Figure 12: Syphilis infectieuse: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2000 à 2012p . . . . .	36
Figure 13: Syphilis infectieuse: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2000 à 2012p . . . . .	36
Tableau 6: Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an): nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p . . . . .	37

## LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

Figure 14:	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2004 à 2012p . . . . .	41
Figure 15:	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, période de 2005 à 2011 . . . . .	41
Tableau 7:	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p . . . . .	42

## HÉPATITE B

Figure 16:	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p . . . . .	45
Figure 17:	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011 . . . . .	46
Figure 18:	Hépatite B aiguë et chronique ou non précisée : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1990 à 2012p . . . . .	46
Tableau 8:	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p . . . . .	47

## HÉPATITE C

Figure 19:	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p . . . . .	51
Figure 20:	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011 . . . . .	52
Figure 21:	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Québec, de 2000 à 2012p . . . . .	52
Tableau 9:	Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p . . . . .	53

## VIH

Tableau 10:	Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, d'avril 2002 à décembre 2011 . . .	59
Tableau 11:	Infection par le VIH : nombre de cas et proportion de l'ensemble des cas, par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, d'avril 2002 à décembre 2011 . . . . .	60
Tableau 12:	Infection par le VIH : nombre de cas et proportion des nouveaux diagnostics, par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, d'avril 2002 <sup>1</sup> à décembre 2011 . . . . .	61
Tableau 13:	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics enregistrés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2007 à 2011 . . . . .	62
Figure 22:	Infection par le VIH : estimation de l'incidence et nombre de nouveaux diagnostics, Québec, de 2002 à 2011 . . . . .	63
Figure 23:	Taux brut de mortalité par sida, Québec, de 1984 à 2011 . . . . .	64

## **LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

## INTRODUCTION

Le présent portrait s'inscrit dans le cadre du Programme national de santé publique (mis à jour en 2008)<sup>1</sup> et dans la suite du quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang : L'épidémie silencieuse*, paru en 2010<sup>2</sup>. Ce document s'adresse aux professionnels de la santé, aux associations, aux intervenants, aux groupes communautaires et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la lutte contre les ITSS. Il vise à fournir de l'information sur l'émergence, l'ampleur ainsi que la progression de ces infections et de leurs déterminants afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

Il fait état de la situation épidémiologique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse, de la lymphogranulomatose vénérienne, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de l'infection par le VIH.

Ces infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) sont visées par la Loi sur la santé publique<sup>3</sup>. Elles doivent être déclarées au directeur de santé publique soit par les médecins, soit par les directeurs des laboratoires de biologie médicale, soit par les deux. La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est devenue une maladie à déclaration obligatoire (MADO) en 1990, mais c'est seulement depuis avril 2002 que tous les tests positifs de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) font l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du professionnel de la santé 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 Fichier des MADO géré par la Direction des ressources informationnelles de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Des données complémentaires se rapportant aux facteurs d'exposition sont tirées des enquêtes épidémiologiques faites à la suite des déclarations ou dans le cadre des programmes de surveillance. Par ailleurs, les données sur la prévalence de certaines ITSS et de certains comportements associés aux ITSS viennent d'études épidémiologiques menées auprès de groupes particuliers de la population.

Cette année, en plus de présenter les principaux éléments de l'épidémiologie des ITSS au Québec à la lumière des données disponibles, le portrait met l'accent sur l'ampleur de la problématique des ITSS chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Les taux d'incidence élevés et la progression de ces taux pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*, pour l'infection gonococcique et, plus récemment, pour la syphilis infectieuse, de même que la persistance de comportements à risque, sont préoccupants. Les ITSS peuvent causer des complications, particulièrement chez les jeunes femmes (atteinte inflammatoire pelvienne, grossesses ectopiques, infertilité), et peuvent aussi augmenter le risque d'acquisition du VIH.

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, rédigé par J. Gauthier et A.-M. Langlois, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang : L'épidémie silencieuse – Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, rédigé par H. Ancil, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 73 p.
3. QUÉBEC, *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1<sup>er</sup> novembre 2012*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne], < [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_2\\_2/S2\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html) >. Bien que le chancre mou et le granulome inguinal soient également visés par la Loi, ces maladies à déclaration obligatoire ne font pas l'objet de sections particulières. Le dernier cas de chancre mou déclaré au Québec l'a été en 2007 et aucun cas de granulome inguinal n'a été déclaré au cours des cinq dernières années.

## NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Les notes méthodologiques s'appliquent aux cas d'ITSS entrés dans le fichier des MADO, géré par la Direction des ressources informationnelles de l'INSPQ. En ce qui concerne les données tirées d'études épidémiologiques particulières, le lecteur peut consulter la section *Méthodologie* de chacune de celles-ci. Les sources des données sont mentionnées au bas de tous les tableaux et de toutes les figures.

### Détection et déclaration des cas

Les données présentées ici se rapportent aux cas d'ITSS qui ont été détectés et déclarés. Or, les ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent donc non détectés et, *a fortiori*, non déclarés. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. Par exemple, la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* serait similaire chez les hommes et les femmes. Toutefois, comme ces dernières ont plus régulièrement des contacts avec le système de santé, les occasions se révèlent plus nombreuses que l'infection soit dépistée chez elles et, de ce fait, qu'elles soient surreprésentées parmi l'ensemble des cas déclarés. De façon générale, la déclaration des cas (sa justesse par rapport à la situation réelle) est influencée par les facteurs suivants :

- l'accessibilité culturelle, géographique et financière au dépistage ainsi qu'au diagnostic ;
- le recours au dépistage et au diagnostic ;
- la sensibilité (proportion des personnes infectées dont l'infection est détectée par le test) et la spécificité (proportion des personnes non infectées qui sont reconnues comme telles par le test) des tests utilisés pour détecter l'infection ;
- les critères nosologiques utilisés pour reconnaître un cas à des fins de surveillance épidémiologique ;
- le nombre de ressources humaines affectées aux enquêtes et à la classification des cas déclarés selon les critères nosologiques en vigueur.

### Cas anciens ou nouveaux

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

### Extraction des données 1990-2011

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode ont été extraites du fichier des MADO le 16 avril 2012, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 31 décembre 2011. Les données antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 1990 sont des données historiques tirées des rapports annuels antérieurs.

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

## Projections 2012

Les projections pour l'année 2012 reposent sur le nombre de cas survenus entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 11 août 2012, et extraits du fichier des MADO le 16 octobre 2012. Cette période correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-uniens pour l'année 2012 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune).

## Calcul des taux

### Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux de l'Institut de la statistique du Québec. Il s'agit d'estimations intercensitaires (de 1990 à 2006) ou de projections démographiques (de 2006 à 2011) basées sur le recensement de l'année 2006 et mises à jour en janvier 2012.

Tous les taux sont calculés pour 100 000 personnes-années, sauf indication contraire. Il faut interpréter avec prudence les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population, notamment ceux des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

### Numérateur

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

Chaque infection déclarée répondant aux critères des définitions nosologiques compte pour un cas. Pour des ITS comme l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique, il n'est pas exceptionnel qu'une même personne soit infectée plus d'une fois au cours d'une même année (réinfection). Plusieurs études<sup>4</sup> démontrent que le taux de réinfection à l'intérieur d'une même année est élevé pour les personnes atteintes d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*. Ainsi, surtout pour ce type d'infection, il est probable que le nombre de déclarations enregistrées dans une année ne corresponde pas au nombre réel de personnes infectées.

## Résultats des vigies rehaussées effectuées à l'échelle provinciale

Dans la présentation des résultats relatifs à une vigie rehaussée effectuée à l'échelle provinciale, les données manquantes sont habituellement exclues du calcul des proportions.

## Comparaisons avec la situation canadienne et internationale

Tout au long du portrait de cette année, il sera fait mention, à titre indicatif, de données sur la situation épidémiologique des ITSS au Canada et dans d'autres provinces canadiennes que le Québec ainsi que de certains résultats portant sur les États-Unis ou l'Europe.

Une mise en garde s'impose toutefois pour les comparaisons entre les constats observés au Québec et ceux qui concernent l'extérieur du Québec. En effet, l'organisation des systèmes de santé (pouvant favoriser ou non la détection des cas), les objets de surveillance (définitions nosologiques) et les systèmes de surveillance (déclaration plus ou moins systématique, obligatoire ou volontaire, et système généralisé ou de type sentinelle) qui existent ailleurs ne sont pas toujours comparables à ce que l'on trouve au Québec.

4. H.M. GÖTZ *et al.*, « High yield in reinfections during a Chlamydia screening programme when automatically sending testkits after 6 month to previously infected », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A21-A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2011) et C.B. HOSENFELD *et al.*, « Repeat infection with Chlamydia and gonorrhoea among females: a systematic review of the literature », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 36, n° 8, août 2009, p. 478-489.

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

Avec plus de 24 000 cas déclarés en 2011, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 73 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Certaines situations méritent une attention particulière :

- l'augmentation des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans, qui ne se limite plus à l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à l'infection gonococcique mais concerne aussi la syphilis infectieuse et possiblement l'infection par le VIH ;
- le défi constant posé par la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement de cette infection ;
- la persistance de cas de lymphogranulomatose vénérienne au-delà de cas isolés acquis à l'étranger ;
- l'importance de poursuivre la vaccination contre l'hépatite B, notamment auprès des personnes à risque qui n'ont pas bénéficié du programme en milieu scolaire ;
- la prévalence extrêmement élevée de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) ;
- le nombre toujours grandissant de personnes vivant avec le VIH et la persistance de la transmission du VIH au sein de diverses populations, particulièrement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

Ces éléments du portrait des ITSS confirment la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux prévenir, dépister et traiter les ITSS, actions qui sont proposées selon ces différentes perspectives dans le *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*<sup>5</sup> :

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

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

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

**Tableau 1 : Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence<sup>1</sup> de certaines ITSS, Québec, 2007, 2011 et projections pour 2012<sup>2</sup>**

Infections	Province de Québec					
	2007		2011		2012 <sup>2</sup>	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
<b>Bactériennes</b>						
<b>Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i></b>	<b>13 468</b>	<b>175,2</b>	<b>19 165</b>	<b>241,2</b>	<b>19 229</b>	<b>240,1</b>
< 1 an – Sexes réunis <sup>3</sup>	7	8,5	8	9,2	3	3,8
15-24 ans – Hommes	1 960	390,2	3 186	629,1	3 220	633,9
15-24 ans – Femmes	6 750	1 408,7	9 548	1 965,6	9 374	1 929,6
<b>Lymphogranulomatosé vénéérienne</b>	<b>10</b>	<b>0,1</b>	<b>13</b>	<b>0,2</b>	<b>8</b>	<b>0,1</b>
<b>Infection gonococcique</b>	<b>1 409</b>	<b>18,3</b>	<b>1 883</b>	<b>23,7</b>	<b>2 035</b>	<b>25,4</b>
< 1 an – Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-24 ans – Hommes	307	61,1	403	79,6	376	74,1
15-24 ans – Femmes	277	57,8	424	87,3	438	90,2
<b>Syphilis infectieuse<sup>4</sup></b>	<b>249</b>	<b>3,2</b>	<b>636</b>	<b>8,0</b>	<b>642</b>	<b>8,0</b>
15-24 ans – Hommes	16	3,2	112	22,1	130	25,6
15-24 ans – Femmes	2	0,4	11	2,3	10	2,0
<b>Syphilis congénitale</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>1</b>	<b>0,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>
<b>Virales</b>						
<b>Hépatite B<sup>5</sup></b>	<b>984</b>	<b>12,8</b>	<b>871</b>	<b>11,0</b>	<b>963</b>	<b>12,0</b>
aiguë	45	0,6	24	0,3	33	0,4
< 1 an – Sexes réunis	2	2,4	2	2,3	0	0,0
<b>Hépatite C<sup>6</sup></b>	<b>1 853</b>	<b>24,1</b>	<b>1 356</b>	<b>17,1</b>	<b>1 279</b>	<b>16,0</b>
< 1 an – Sexes réunis	4	4,8	0	0,0	0	0,0
<b>Infection par le VIH<sup>7</sup></b>	<b>336</b>	<b>4,4</b>	<b>320</b>	<b>4,0</b>	<b>nd</b>	<b>nd</b>
Transmission mère-enfant <sup>8</sup>	0		5		nd	nd
<b>Résultats d'études auprès de populations spécifiques</b>						
UDI-VHC	1997-2010 : 24,9 pour 100 personnes-années ( <b>2006</b> : 27,1 ; <b>2007</b> : 28,6 ; <b>2008</b> : 29,3 ; <b>2009</b> : 22,7)					
UDI-VIH	1995-2010 : 2,6 pour 100 personnes-années ( <b>2006</b> : 2,2 ; <b>2007</b> : 1,5 ; <b>2008</b> : 1,3 ; <b>2009</b> : 1,7)					
HARSAH – VIH	2005 : 1,3 pour 100 personnes-années					

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

1. Taux pour 100 000 personnes.
2. Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).
3. Pour ce groupe d'âges, comprend tous les cas d'infection à *C. trachomatis* (génitale, oculaire et pulmonaire).
4. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
5. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).
6. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
7. Nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).
8. Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

**Tableau 2: Taux brut d'incidence<sup>1</sup> des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec 2011**

Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse <sup>2</sup>		Hépatite B <sup>3</sup>		Hépatite C <sup>4</sup>		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx <sup>5</sup>
17	2082,6	17	1728,5	6	21,0	6	27,3	15	29,1	6	10,0
18	1746,0	18	270,1	3	9,5	17	25,3	8	27,6	10	7,0 (1 cas)
8	325,4	6	44,4	<b>Qc</b>	<b>8,0</b>	18	12,6	6	26,2	13	4,2
9	323,7	13	27,4	13	4,5	13	12,4	7	23,7	3	4,0
4	288,9	<b>Qc</b>	<b>23,7</b>	14	4,0	5	11,3	<b>Qc</b>	<b>17,1</b>	<b>QC</b>	<b>4,0</b>
5	285,6	16	16,2	7	3,8	<b>Qc</b>	<b>11,0</b>	17	16,9	5	3,9
15	259,6	7	16,1	16	3,7	7	9,8	3	16,7	7	3,8
3	258,5	15	15,9	15	3,2	16	7,3	10	14,1	14	2,1
7	258,5	3	15,6	4	3,0	3	4,6	5	13,5	16	1,9
6	252,1	14	12,0	12	2,9	15	4,3	13	12,9	15	1,4
14	249,1	8	9,0	1	2,0	8	4,1	18	12,6	11	1,1
<b>Qc</b>	<b>241,2</b>	2	7,8	5	1,9	14	3,8	4	12,3	1	1,0
13	233,4	5	7,7	9	1,1	11	3,2	16	11,7	2	0,7
16	194,6	4	6,0	11	1,1	4	2,4	9	9,5	8	0,7
1	164,9	11	5,3	2	0,7	2	2,2	2	8,9	4	0,6
2	155,9	12	5,1	8	0,0	9	2,1	1	8,4	12	0,5
12	151,8	1	3,0	10	0,0	1	2,0	14	8,0	9	0,0
11	143,9	9	1,1	17	0,0	12	1,2	11	6,3	17	0,0
10	119,8	10	0,0	18	0,0	10	0,0	12	4,7	18	0,0

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

- Taux pour 100 000 personnes.  
Il faut interpréter avec prudence les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population.
- Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
- Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).
- Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
- Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2011.

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2012.

RSS	= Région sociosanitaire	Effectifs population
01	Bas-Saint-Laurent	201 326
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	270 681
03	Capitale-Nationale	692 789
04	Mauricie et Centre-du-Québec	497 092
05	Estrie	310 263
06	Montréal	1 925 476
07	Outaouais	366 747
08	Abitibi-Témiscamingue	145 039
09	Côte-Nord	94 518
10	Nord-du-Québec	14 186
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	94 521
12	Chaudière-Appalaches	407 773
13	Laval	401 870
14	Lanaudière	476 553
15	Laurentides	560 827
16	Montérégie	1 459 389
17	Nunavik	11 860
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	15 922
<b>QC</b>	<b>Province de Québec</b>	<b>7 946 832</b>

## Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: jusqu'où ira la hausse ?

Après une diminution de l'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* de 60 % entre 1990 et 1997, une hausse constante a été observée, l'augmentation atteignant 170 % entre 1997 et 2011. La tendance à la hausse touche les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge.

### Caractéristiques des cas déclarés en 2011

- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 19 165 cas déclarés en 2011 (taux de 241,2 pour 100 000 personnes), dont 68 % sont des femmes.
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont respectivement des taux 9 et 7 fois supérieurs à celui de la province. Parmi les autres régions, ce sont l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte Nord, la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que l'Estrie qui enregistrent les taux les plus élevés.

### Tendances des cinq dernières années (2007-2011)

- L'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 38 % entre 2007 et 2011, et cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+ 44 %) que chez les femmes (+ 35 %). La hausse a été de 10 % entre 2010 et 2011 et, selon les projections, les taux de 2012 seront similaires ou très légèrement inférieurs à ceux de 2011.
- La hausse touche tous les groupes d'âge, incluant les personnes de 40 ans et plus.

Groupes d'âge	Sexe	Variation (%) 2007-2011
15 à 24 ans	Femmes	+ 40 %
	Hommes	+ 61 %
25 à 29 ans	Femmes	+ 27 %
	Hommes	+ 37 %
30 à 39 ans	Femmes	+ 41 %
	Hommes	+ 31 %
40 ans et plus	Femmes	+ 52 %
	Hommes	+ 34 %

- Une hausse des taux d'incidence s'observe dans la presque totalité des régions sociosanitaires (16/18). Celles de Lanaudière, de la Chaudière-Appalaches et de l'Estrie ont connu les plus fortes hausses entre 2007 et 2011, qui sont respectivement de 76,9 %, de 75,9 % et de 74,4 %.

### Les jeunes âgés de 15 à 24 ans

- En 2011, les jeunes de 15 à 24 ans constituent environ deux tiers de l'ensemble des cas. Ils représentent 52 % des cas masculins et 73 % des cas féminins.
- En 2011, ils ont le taux d'incidence le plus élevé, tant chez les hommes (629,1 pour 100 000, soit 7 fois plus que le taux des cas masculins établi pour les autres groupes d'âge, qui se situe à 85) que chez les femmes (1 965,6 pour 100 000, soit 20 fois plus que le taux des cas féminins établi pour les autres groupes d'âge, qui est de 98).
- Entre 2007 et 2011, on observe des hausses respectives de 61 % et de 40 % des taux d'incidence chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans. Elles correspondent à 4 000 cas supplémentaires déclarés en 2011 par rapport au nombre de cas déclarés en 2007.

### L'infection à *Chlamydia trachomatis* au Canada et ailleurs dans le monde

L'augmentation de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est aussi observée ailleurs, notamment au Canada, aux États-Unis et en Europe.

Au Canada<sup>6</sup>, au cours de la décennie 2001-2010, le taux d'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est passé de 161,4 à 277,6 pour 100 000 personnes, soit une augmentation de 72 % (comparativement à une augmentation de 60 % au Québec, où le taux passait de 137,6 à 220,2 pour 100 000 personnes pendant la même période). Cette hausse touche plus les hommes (91 %) que les femmes (64 %). Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 58 % des cas masculins et 69 % des cas féminins. La situation observée dans l'ensemble du Canada est donc relativement comparable à celle du Québec.

Aux États-Unis<sup>7</sup>, on observe une augmentation de 55 % du taux de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* entre 2001 et 2010, avec une progression plus importante chez les hommes que les femmes. En 2010, les jeunes de 15 à 24 ans représentent 61 % des cas masculins et 75 % des cas féminins.

Une surveillance concertée de plusieurs pays d'Europe<sup>8</sup> permet de dresser un portrait global de la situation des ITS, avec les limites suivantes : les systèmes de surveillance diffèrent d'un pays à l'autre et les tendances globales ne reflètent pas nécessairement celles qui s'observent dans chacun des pays participants. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 75 % des cas. Entre les années 2000 et 2010, l'augmentation a surtout touché les jeunes de 15 à 19 ans.

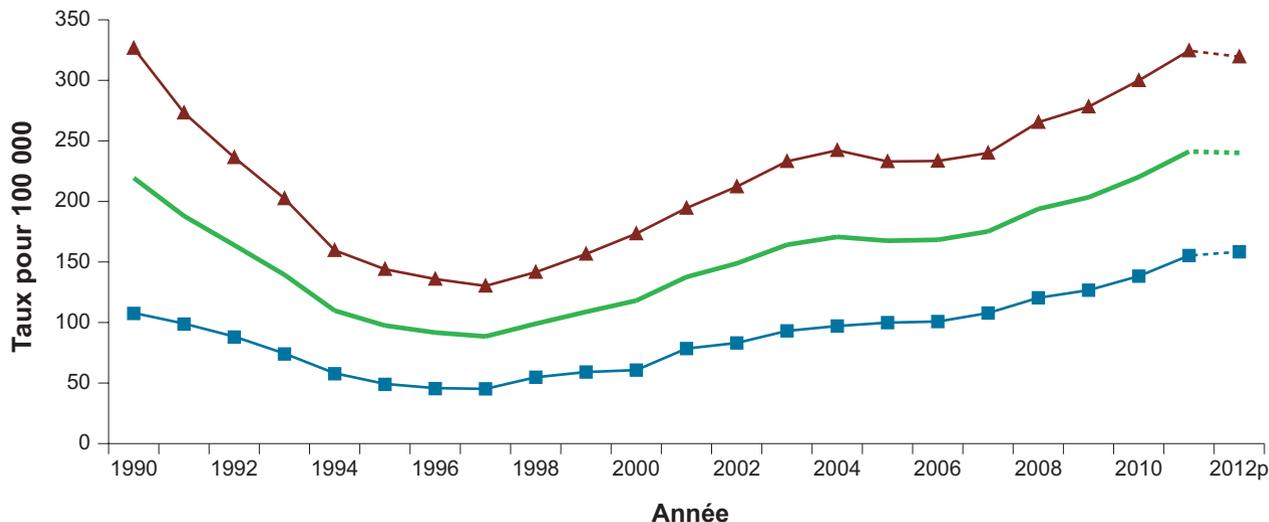
---

6. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010*, Juillet 2012.

7. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2010*, Atlanta (Georgie), U.S. Department of Health and Human Services, 2011, XIX + 155 p.

8. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010*, Surveillance Report, Stockholm (Suède), European Center for Disease Prevention and Control, 2012, VII + 123 p., [En ligne], < [www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DispForm.aspx?ID=903](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=903) > (Consulté en septembre 2012).

**Figure 1 : Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p\***

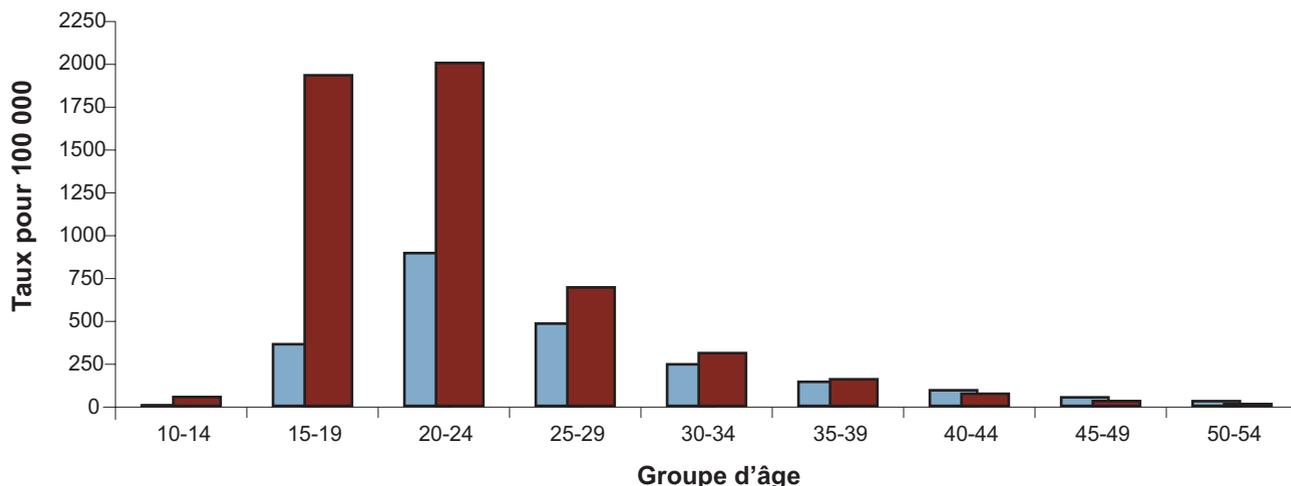


	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p
Hommes	107,9	99,1	88,4	74,4	58,1	49,3	45,8	45,2	54,8	59,1	60,7	78,5	83,1	93,1	97,1	99,9	100,8	107,8	120,4	126,7	138,3	155,3	158,4
Femmes	326,6	273,2	236,3	202,4	159,6	144,0	135,9	130,2	141,6	156,6	173,4	194,5	212,2	233,1	242,2	233,0	233,4	240,0	265,4	278,2	299,9	324,5	319,5
Total	219,4	188,0	163,9	139,4	109,8	97,5	91,7	88,5	99,0	108,8	118,1	137,6	148,8	164,2	170,7	167,5	168,3	175,2	193,8	203,4	220,2	241,2	240,1

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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Figure 2 : Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: taux\* d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011**

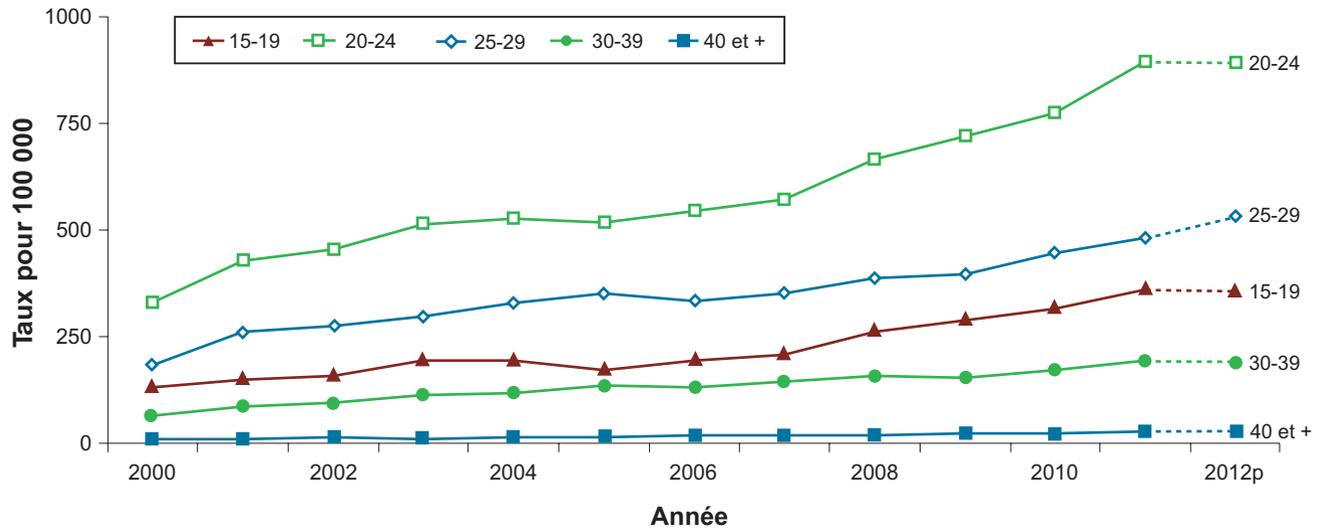


	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
Hommes	2,9	359,9	891,6	480,2	242,6	140,4	91,1	49,7	27,6
Femmes	51,9	1929,0	2001,0	691,5	308,0	155,2	70,7	28,3	10,9

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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes.

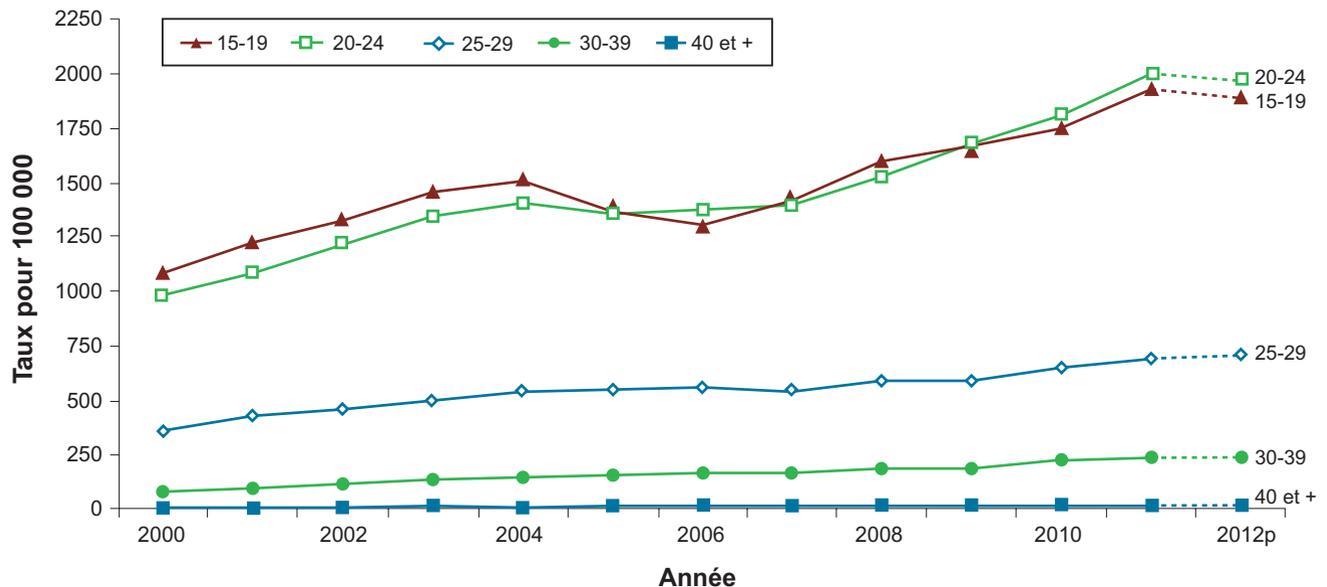
**Figure 3 : Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2000 à 2012p\***



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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Figure 4 : Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2000 à 2012p\***



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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Tableau 3: Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence\*, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p\*\***

Région	2007		2008		2009		2010		2011		Moyenne 2007-2011		2012p**		Variation 2011-2007			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	210	104,4	236	117,3	263	130,7	244	121,2	332	164,9	257	127,7	285	141,6	122	58,1	60,5	57,9
Saguenay—Lac-Saint-Jean	412	150,9	372	136,6	421	154,9	441	162,6	422	155,9	414	152,1	479	177,4	10	2,4	5,0	3,3
Capitale-Nationale	1 209	179,6	1 319	194,5	1 368	200,3	1 580	229,7	1 791	258,5	1 453	212,8	1 721	246,8	582	48,1	78,9	44,0
Mauricie et Centre-du-Québec	975	199,8	1 048	213,8	1 050	213,2	1 054	213,0	1 436	288,9	1 113	225,9	1 383	277,1	461	47,3	89,1	44,6
Estrie	508	167,9	639	209,8	700	228,5	763	247,5	886	285,6	699	228,2	831	266,3	378	74,4	117,7	70,1
Montréal	3 759	199,8	4 213	222,6	4 277	225,0	4 551	238,0	4 854	252,1	4 331	227,6	4 934	254,6	1 095	29,1	52,3	26,2
Outaouais	705	202,3	789	223,7	863	241,6	938	259,0	948	258,5	849	237,4	909	245,1	243	34,5	56,2	27,8
Abitibi-Témiscamingue	340	234,7	299	206,3	267	184,1	389	268,2	472	325,4	353	243,7	404	278,8	132	38,8	90,8	38,7
Côte-Nord	305	317,7	269	281,2	250	262,4	235	247,6	306	323,7	273	286,5	292	310,0	1	0,3	6,1	1,9
Nord-du-Québec	29	194,1	13	88,2	35	240,4	18	125,2	17	119,8	22	153,8	42	302,7	-12	-41,4	-74,2	-38,3
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	99	104,5	108	114,2	133	140,6	140	148,1	136	143,9	123	130,2	165	174,2	37	37,4	39,4	37,6
Chaudière-Appalaches	352	88,3	356	88,8	454	112,6	524	129,2	619	151,8	461	114,3	626	152,7	267	75,9	63,5	72,0
Laval	653	172,6	760	197,7	758	194,2	807	203,7	938	233,4	783	200,7	893	219,3	285	43,6	60,8	35,2
Lanaudière	671	151,8	881	195,3	910	197,9	1 093	233,4	1 187	249,1	948	206,4	1 087	224,4	516	76,9	97,3	64,1
Laurentides	922	175,2	1 036	193,7	1 195	219,8	1 450	262,5	1 456	259,6	1 212	222,9	1 626	285,8	534	57,9	84,4	48,2
Montérégie	1 826	130,7	2 137	151,3	2 447	171,3	2 643	183,0	2 840	194,6	2 379	166,6	3 055	207,3	1 014	55,5	63,9	48,8
Nunavik	283	2 536,8	315	2 776,8	248	2 150,2	228	1 947,4	247	2 082,6	264	2 293,3	372	3 098,8	-36	-12,7	-454,1	-17,9
Terres-Cries-de-la-Baie-James	206	1 408,0	234	1 562,8	250	1 633,1	253	1 618,8	278	1 746,0	244	1 596,9	125	774,9	72	35,0	338,0	24,0
Région non précisée	4		2		5		3		0		3		0		-4			
<b>Province de Québec</b>	<b>13 468</b>	<b>175,2</b>	<b>15 026</b>	<b>193,8</b>	<b>15 894</b>	<b>203,4</b>	<b>17 354</b>	<b>220,2</b>	<b>19 165</b>	<b>241,2</b>	<b>16 181</b>	<b>207,0</b>	<b>19 229</b>	<b>240,1</b>	<b>5 697</b>	<b>42,3</b>	<b>65,9</b>	<b>37,6</b>

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

\* Taux pour 100 000 personnes.

\*\* Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

## Commentaires

Non seulement l'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'ITSS à déclaration obligatoire la plus fréquente<sup>9</sup>, avec près de 20 000 cas déclarés en 2011, mais le nombre ne cesse d'augmenter. La progression est particulièrement importante chez les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, qui connaissent la hausse la plus marquée (61 %) entre 2007 et 2011. Au début des années 1990, on comptait 3 déclarations d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez des femmes contre 1 déclaration chez des hommes et, en 2011, le rapport est de 2 déclarations chez des femmes contre 1 déclaration chez des hommes.

Au Québec, l'amélioration constante de la performance des tests de détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* contribue probablement à l'augmentation des cas déclarés, tant chez les femmes que chez les hommes. L'accès à des analyses à partir de spécimens urinaires, assez généralisée au Québec, a rendu le dépistage beaucoup plus acceptable pour les patients et est un autre élément favorisant la détection et la déclaration des cas. Ainsi le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec<sup>10</sup> a augmenté de 64 % entre l'année 2000-2001 et l'année 2010-2011, parallèlement à une augmentation de 88 % des cas déclarés entre 2010 et 2011. Pour les années 2006-2007 à 2010-2011, le nombre de tests effectués a augmenté de 24 %, parallèlement à une augmentation de 42 % des cas déclarés entre 2007 et 2011. Le nombre de recherches de *Chlamydia trachomatis* à partir de spécimens urinaires augmentait de 66 % entre 2007 et 2011, par rapport à une augmentation de 12 % des prélèvements génitaux.

Aux États-Unis, des données complémentaires sur la prévalence, le nombre de tests effectués et le taux de positivité permettent aux Centers for Disease Control and Prevention d'interpréter de façon plus précise l'évolution des cas déclarés<sup>11</sup>. Ces centres estiment ainsi que la hausse des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a un lien avec l'augmentation des activités de dépistage, la disponibilité de tests plus sensibles et une amélioration de la déclaration. En Europe, on estime aussi que les tendances sont largement influencées par les changements au regard des pratiques de dépistage et de diagnostic ciblant particulièrement les jeunes.

Même si les problèmes d'accessibilité au dépistage ne sont pas encore tous résolus, les efforts consentis au cours des dernières années afin de rendre celui-ci plus accessible, surtout pour les jeunes et les populations vulnérables, peuvent se refléter dans l'augmentation des cas détectés. Des études de prévalence, notamment chez les jeunes, ainsi que le suivi des données sur le nombre de tests de détection effectués au Québec permettraient de mieux interpréter les observations tirées du système de surveillance des MADO.

9. Il faut préciser ici que le nombre de cas déclarés ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes infectées. Au Québec, le Fichier des maladies à déclaration obligatoire est dénominalisé; il ne permet donc pas de connaître le nombre de personnes ayant eu plus d'une infection au cours d'une même année.

10. PROGRAMME DE BIOLOGIE MÉDICALE, DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Communication personnelle de Denis Ouellette et Laurent Delorme en date du 18 septembre 2012.

11. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2010 *Sexually Transmitted Diseases Surveillance*, Atlanta (Georgie), Centers for Disease Control and Prevention, [En ligne], < [www.cdc.gov/std/stats10/default.htm](http://www.cdc.gov/std/stats10/default.htm) > (Consulté en septembre 2012).

## Infection gonococcique : une progression accrue chez les femmes

Entre 1984 et 1997, le taux d'incidence de l'infection gonococcique a connu une réduction de 94 %, pour ensuite augmenter progressivement jusqu'en 2010 (+ 245 %). La hausse est plus importante chez les femmes que chez les hommes depuis quelques années. Une légère diminution du taux est observée entre 2010 et 2011 (- 10 %). Rien n'indique toutefois que cette tendance à la baisse se confirme en 2012. Par ailleurs, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James font face à une recrudescence importante d'infection gonococcique depuis la fin de 2007.

### Caractéristiques des cas déclarés en 2011

- En 2011, 1 883 cas ont été déclarés (taux de 23,7 pour 100 000 personnes), dont 63 % sont des hommes.
- Chez les hommes, on recense 128 cas d'infection gonococcique rectale et 62 cas d'infection gonococcique pharyngée; chez les femmes, on compte 3 infections gonococciques rectales et 7 infections pharyngées.
- À l'exception du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal, toutes les régions ont des taux comparables ou inférieurs à celui de la moyenne provinciale.
- En 2011, le taux d'incidence des cas déclarés dans la région de Montréal (44,4 pour 100 000 personnes) est 2,6 fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 17,1 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal).

### Tendances des cinq dernières années (2007-2011)

- Globalement, l'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a crû de 29 % entre 2007 et 2011. De façon plus précise, l'incidence a augmenté de 43 % entre 2007 et 2010, puis diminué de 10 % entre 2010 et 2011; selon les projections, le taux pour l'année 2012 pourrait être légèrement supérieur à celui de 2011.
- La hausse de l'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique au cours de la période 2007-2011 est beaucoup plus importante chez les femmes (+ 60 %) que chez les hommes (+ 16 %). D'ailleurs, la diminution observée entre 2010 et 2011 concerne exclusivement les hommes (baisse de 15 %), alors que le taux chez les femmes est demeuré stable entre 2010 et 2011.
- Au début des années 1990, le rapport hommes/femmes se situait autour de 2 pour 1. Il a ensuite augmenté, pour atteindre 4,5 pour 1 en 2004. La hausse du nombre de cas plus importante chez les femmes au cours des dernières années a ramené le rapport hommes/femmes à moins de 2 pour 1 en 2011 (1,7 homme pour 1 femme).
- Au cours de la période 2007-2011, une hausse variable des taux s'observe dans la majorité des régions. Pour la région de Montréal, le taux de 2011 est comparable à celui de 2007. La proportion des cas déclarés y est passée de 60 % en 2007 à 45 % en 2011.

### Les jeunes âgés de 15 à 24 ans

- En 2011, les jeunes de 15 à 24 ans constituent près de la moitié des cas (44 %). Ils représentent 34 % des cas masculins et 61 % des cas féminins.
- En 2011, chez les hommes, les jeunes de 20 à 24 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (124,0 pour 100 000, soit 5 fois plus que le taux des cas masculins établi pour les autres groupes d'âge, qui se situe à 23,5). Le taux chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 34,0 pour 100 000.
- En 2011, chez les femmes, les taux les plus élevés se remarquent chez celles qui ont de 15 à 24 ans (87,3 pour 100 000, soit 11 fois plus que le taux des cas féminins établi pour les autres groupes d'âge, qui est de 7,7).

- Pour les cas d'infection gonococcique déclarés chez les jeunes de 15 à 24 ans, le rapport hommes/femmes est de 1 pour 1 ; dans l'ensemble des autres groupes d'âge, le rapport hommes/femmes est de 3 pour 1.
- Entre 2007 et 2011, on observe des hausses respectives de 51 % et de 30 % des taux d'incidence chez les femmes et les hommes de 15 à 24 ans. Elles correspondent ensemble à 243 cas supplémentaires déclarés en 2011 par rapport au nombre de cas déclarés en 2007.

### **Recrudescence dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James**

Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont touchées par une épidémie d'infection gonococcique qui est particulièrement intense. Les taux y sont en effet extrêmement élevés, soit respectivement 73 fois et 11 fois les taux établis pour l'ensemble de la province<sup>12</sup>. Contrairement à la situation prévalant dans le reste de la province, la majorité des cas d'infection gonococcique se comptent chez les femmes, avec des rapports hommes/femmes de 0,7 au Nunavik et de 0,3 dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

#### Au Nunavik (taux exprimés pour 100 personnes)

- Le taux d'incidence global des cas déclarés en 2011 est de 1,7 pour 100 personnes ; plus précisément, il s'établit à 2 % chez les femmes et à 1,4 % chez les hommes.
- Les cas déclarés en 2011 sont principalement répartis entre les jeunes de 15 à 24 ans (44 % des cas) et les adultes de 25 à 39 ans (39 % des cas).
- Le taux d'incidence des cas déclarés le plus élevé en 2011 est celui de 6 % chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans (7 % chez les femmes et 5 % chez les hommes). Dans les autres groupes d'âge, les taux varient de 0,6 % (50 ans et plus) à 4 % (25-29 ans et 30-34 ans). Le taux chez les jeunes de 15 à 19 ans est de 2 % (3 % chez les filles et 1 % chez les garçons).
- Le taux d'incidence est passé de 0,5 % en 2007 à 1,7 % en 2011 soit une augmentation de près de 250 %. Cette hausse, qui s'est amorcée vers la fin de l'année 2007, semble prendre de l'ampleur en 2011 et en 2012. Tous les groupes d'âge sont touchés et les hausses les plus importantes se remarquent chez les femmes et les hommes âgés de 30 à 34 ans.

#### Dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James (taux exprimés pour 100 personnes)

- Le taux d'incidence global des cas déclarés en 2011 est de 0,3 pour 100 personnes ; plus précisément, il est de 0,4 % chez les femmes et de 0,1 % chez les hommes.
- Les cas sont répartis entre les jeunes de 15 à 24 ans (60 % des cas) et les personnes âgées de 25 à 34 ans (35 % des cas).
- Le taux le plus élevé s'observe chez les 20-24 ans, soit 1,6 % (0,7 % chez les hommes et 2,5 % chez les femmes).
- Le taux d'incidence est passé de 0,07 % en 2007 à 0,3 % en 2011. La hausse s'est aussi amorcée à la fin de 2007 et prend de l'ampleur depuis 2011. La hausse est particulièrement élevée chez les jeunes de 20-24 ans et les personnes de 30-34 ans.

12. À interpréter avec prudence, compte tenu des faibles dénominateurs populationnels.

## Résistance aux antibiotiques

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

De plus en plus de cas d'infection gonococcique sont détectés par des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) : 57,5 % des cas ont été détectés par ces épreuves en 2011, comparativement à 24 % en 2004. L'analyse de sensibilité aux antibiotiques ne pouvant pas être effectuée à partir des TAAN, le nombre de spécimens acheminés au LSPQ pour une analyse de sensibilité diminue à mesure que l'utilisation des TAAN augmente. Au Québec, le nombre de souches disponibles pour analyse suffit, pour l'instant, à assurer une surveillance adéquate de la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae*.

Depuis 2010, le LSPQ demande aux laboratoires de lui envoyer toutes les souches qu'ils ont isolées. Il a pu effectuer des analyses de sensibilité sur 920 souches en 2010 et 797 souches en 2011. Les constats suivants se dégagent du rapport de 2011<sup>13</sup> sur la résistance aux antibiotiques des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec :

- 35,3 % des souches reçues au LSPQ en 2011 étaient non sensibles à la **ciprofloxacine**<sup>14</sup>, par rapport à 35 % en 2010 ;
- aucune souche résistante à la **céfixime** n'a été recensée. Toutefois, 63 (7,0 %) des souches analysées au LSPQ en 2010 et 78 (9,8 %) de celles qui l'ont été en 2011 avaient des profils de sensibilité s'approchant du seuil de non-sensibilité à la céfixime ; les analyses effectuées confirment une augmentation de la proportion des souches ayant une sensibilité réduite à cet antibiotique ;
- si aucune souche résistante à la **ceftriaxone** n'a été identifiée au Québec, une souche présentait cependant un profil de sensibilité réduite ;
- on a compté 11 souches résistantes à l'**azithromycine** en 2010 et 8 souches en 2011 ; toutes concernaient des hommes, sauf 2 souches isolées dans des prélèvements faits sur des femmes en 2011. Une souche montrant une résistance à cet antibiotique avait été identifiée en 2009 ; le prélèvement avait été fait sur une femme.

---

13. B. LEFEBVRE, *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec: Rapport 2011*, [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, V + 37 p. [En ligne], < [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1543\\_SurvSouchesNGonoResistAntibioQc\\_2011.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1543_SurvSouchesNGonoResistAntibioQc_2011.pdf) >, consulté en octobre 2012.

14. Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec.

### **L'infection gonococcique au Canada et ailleurs dans le monde**

Au Canada<sup>15</sup>, le taux de cas déclarés d'infection gonococcique s'établit à 33,4 pour 100 000 personnes pour l'année 2010; il est légèrement plus élevé que celui du Québec pour la même année (26,2 pour 100 000 personnes). Seules les provinces de l'Atlantique ont des taux plus faibles que ceux du Québec. Parallèlement à la recrudescence de l'infection gonococcique dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, une hausse de 309% du taux d'infection gonococcique est rapportée pour le territoire du Nunavut entre 2007 et 2010.

Aux États-Unis<sup>16</sup>, le taux de cas rapportés d'infection gonococcique a fluctué autour de 115 cas par 100 000 personnes entre 1996 et 2006, pour ensuite diminuer à 98,1 pour 100 000 personnes en 2009, le taux le plus faible jamais observé dans ce pays. Le taux établi pour 2010 est légèrement supérieur à celui de 2009. En Europe<sup>17</sup>, le taux global pour l'année 2010 est estimé à 10,4 par 100 000 personnes, avec un taux plus élevé chez les hommes (17,1) que chez les femmes (6,4). Les taux varient beaucoup d'un pays à l'autre. Depuis quelques années, on observe une légère tendance à la baisse dans la majorité des pays participant au système de surveillance européen.

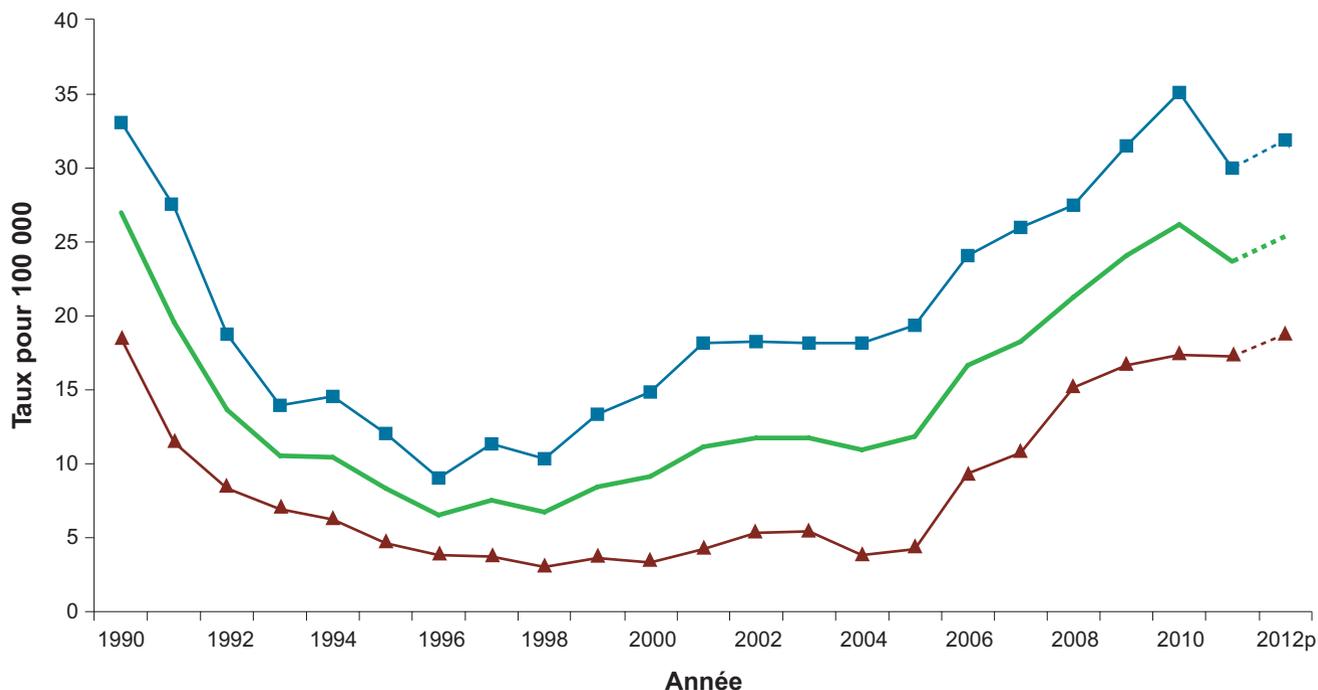
---

15. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Cas signalés et taux de l'infection gonococcique selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010*, Juillet 2012.

16. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2010*, Atlanta (Georgie), U.S. Department of Health and Human Services, 2011, XIX + 155 p.

17. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, *op. cit.*

**Figure 5 : Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p\***

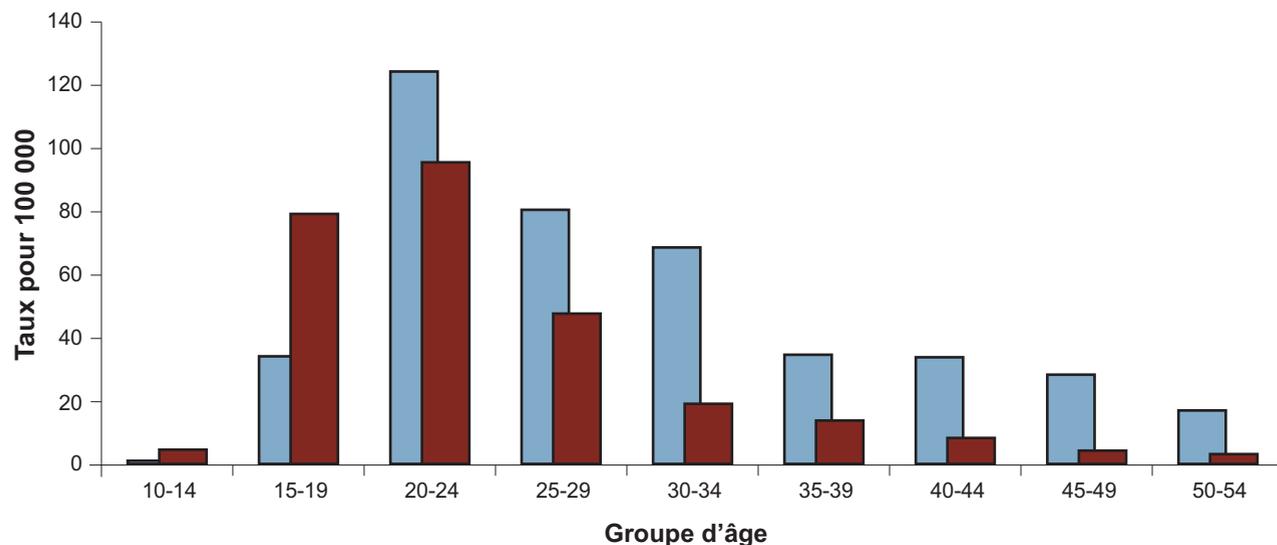


	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p
—■— Hommes	33,1	27,4	18,8	14,0	14,6	12,1	9,1	11,4	10,4	13,4	14,9	18,2	18,3	18,2	18,2	19,4	24,1	26,0	27,5	31,5	35,1	30,0	31,9
—▲— Femmes	18,5	11,5	8,4	7,0	6,3	4,7	3,9	3,8	3,1	3,7	3,4	4,3	5,4	5,5	3,9	4,3	9,4	10,8	15,2	16,7	17,4	17,3	18,8
— Total	27,0	19,6	13,7	10,6	10,5	8,4	6,6	7,6	6,8	8,5	9,2	11,2	11,8	11,8	11,0	11,9	16,7	18,3	21,3	24,1	26,2	23,7	25,4

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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

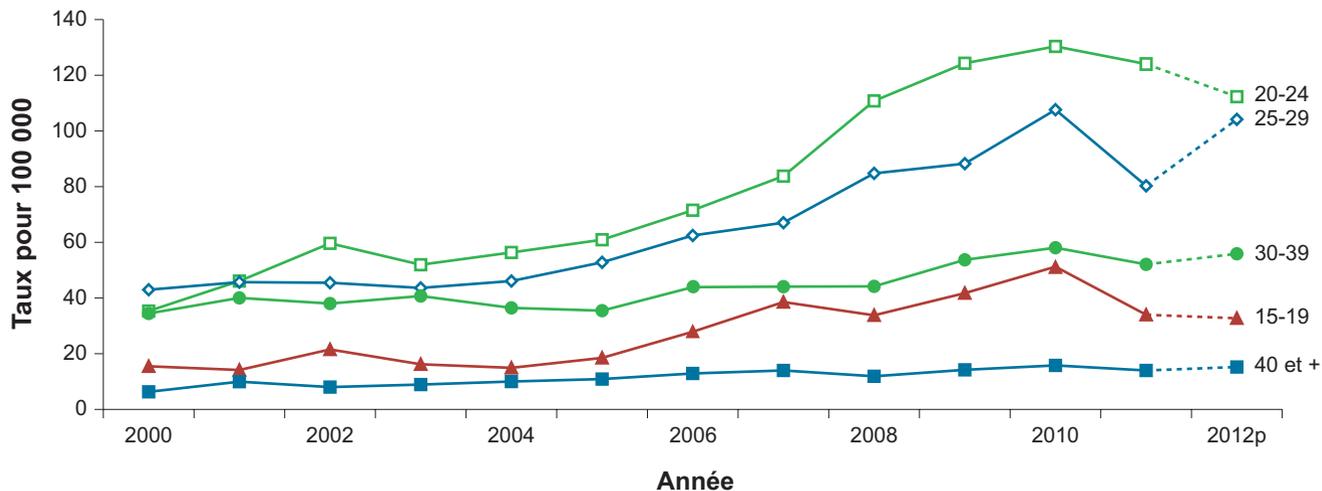
**Figure 6 : Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011**



	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
■ Hommes	1,0	34,0	124,0	80,3	68,4	34,5	33,7	28,2	16,9
■ Femmes	4,5	79,0	95,3	47,5	19,0	13,7	8,2	4,2	3,1

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

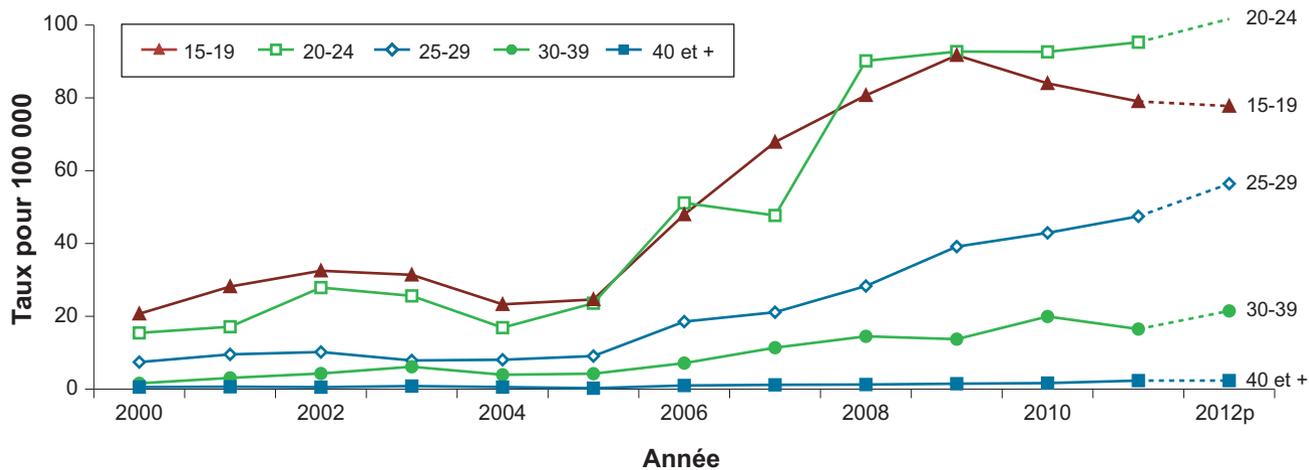
**Figure 7 : Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2000 à 2012p\***



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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Figure 8 : Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2000 à 2012p\***



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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Tableau 4: Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence\*, selon la région, Québec, 2007 à 2012p**

Région	2007		2008		2009		2010		2011		Moyenne 2007-2011		2012p**		Variation 2011-2007			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	3	1,5	4	2,0	8	4,0	7	3,5	6	3,0	6	2,8	16	8,1	3	100,0	1,5	99,8
Saguenay—Lac-Saint-Jean	6	2,2	22	8,1	14	5,2	34	12,5	21	7,8	19	7,1	11	4,2	15	250,0	5,6	253,1
Capitale-Nationale	84	12,5	95	14,0	71	10,4	138	20,1	108	15,6	99	14,5	134	19,2	24	28,6	3,1	24,9
Mauricie et Centre-du-Québec	27	5,5	31	6,3	42	8,5	23	4,6	30	6,0	31	6,2	34	6,9	3	11,1	0,5	9,1
Estrie	13	4,3	12	3,9	13	4,2	11	3,6	24	7,7	15	4,8	13	4,2	11	84,6	3,4	80,1
Montréal	840	44,7	822	43,4	983	51,7	1020	53,3	855	44,4	904	47,5	971	50,1	15	1,8	-0,2	-0,6
Outaouais	36	10,3	58	16,4	106	29,7	71	19,6	59	16,1	66	18,5	55	14,9	23	63,9	5,8	55,8
Abitibi-Témiscamingue	6	4,1	7	4,8	23	15,9	25	17,2	13	9,0	15	10,2	26	18,0	7	116,7	4,8	116,4
Côte-Nord	4	4,2	7	7,3	5	5,2	7	7,4	1	1,1	5	5,0	2	1,7	-3	-75,0	-3,1	-74,6
Nord-du-Québec	0	0,0	1	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1,4	8	58,2	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	2	2,1	1	1,1	1	1,1	4	4,2	5	5,3	3	2,7	3	3,4	3	150,0	3,2	150,5
Chaudière-Appalaches	16	4,0	17	4,2	19	4,7	22	5,4	21	5,1	19	4,7	16	4,0	5	31,3	1,1	28,3
Laval	80	21,2	80	20,8	84	21,5	85	21,5	110	27,4	88	22,5	85	20,8	30	37,5	6,2	29,4
Lanaudière	45	10,2	53	11,7	76	16,5	87	18,6	57	12,0	64	13,8	68	14,1	12	26,7	1,8	17,5
Laurentides	41	7,8	40	7,5	76	14,0	87	15,8	89	15,9	67	12,3	88	15,5	48	117,1	8,1	103,7
Montérégie	135	9,7	180	12,7	158	11,1	224	15,5	236	16,2	187	13,1	187	12,7	101	74,8	6,5	67,3
Nunavik	60	537,8	191	1683,7	176	1525,9	197	1682,6	205	1728,5	166	1439,2	269	2242,6	145	241,7	1190,7	221,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	11	75,2	29	193,7	28	182,9	24	153,6	43	270,1	27	176,6	47	291,8	32	290,9	194,9	259,2
Région non précisée	0		1		1		0		0		0		0		0		0,0	
<b>Province de Québec</b>	<b>1409</b>	<b>18,3</b>	<b>1651</b>	<b>21,3</b>	<b>1884</b>	<b>24,1</b>	<b>2066</b>	<b>26,2</b>	<b>1883</b>	<b>23,7</b>	<b>1779</b>	<b>22,8</b>	<b>2035</b>	<b>25,4</b>	<b>474</b>	<b>33,6</b>	<b>5,4</b>	<b>29,3</b>

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

\* Taux pour 100 000 personnes.

\*\* Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

## Commentaires

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

Il est tout aussi préoccupant de constater l'augmentation des cas d'infection gonococcique chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans, groupe d'âge aussi touché par la hausse de la syphilis infectieuse. L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes augmente depuis la fin des années 1990. Cette progression peut avoir un lien avec la hausse concomitante d'autres ITSS touchant surtout les HARSAH, comme la syphilis infectieuse.

Depuis quelques années, une augmentation importante du nombre de cas d'infection gonococcique est rapportée dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les stratégies visant à limiter la propagation des ITSS (ex. : dépistage et traitement précoce, intervention préventive auprès des partenaires, promotion des comportements plus sécuritaires) doivent être adaptées aux particularités géographiques, culturelles, sociales et organisationnelles de ces régions.

Tant chez les hommes que chez les femmes, l'accessibilité à des tests de détection plus sensibles et plus acceptables peut jouer un rôle dans les tendances observées. L'utilisation de plus en plus répandue de trousses permettant la détection simultanée de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*, même lorsque la demande initiale du test ne porte que sur la détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, pourrait contribuer à l'augmentation du nombre de cas déclarés. En effet, le nombre de tests visant la détection combinée des deux infections<sup>18</sup> a augmenté de 78 % au Québec entre 2006-2007 et 2010-2011, par rapport à une hausse de 29 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2007 et 2011. Quant au nombre de cultures effectuées au Québec, il est demeuré relativement stable entre 2006-2007 et 2010-2011.

La résistance aux quinolones et, plus récemment, la sensibilité réduite à la céfixime ont amené les autorités européennes, américaines et canadiennes à modifier régulièrement leurs recommandations au regard du traitement de l'infection gonococcique. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié, en janvier 2012, des guides pharmacologiques sur le traitement des ITSS<sup>19</sup>, incluant le traitement de l'infection gonococcique. Si les craintes relatives à l'apparition d'une résistance aux céphalosporines se révèlent justifiées, la détermination de régimes thérapeutiques efficaces sera un autre grand défi. La survenue d'échecs thérapeutiques pourrait prolonger la période de transmissibilité et contribuer à une propagation accrue. Il n'existe actuellement pas de données sur la fréquence des échecs thérapeutiques.

---

18. PROGRAMME DE BIOLOGIE MÉDICALE, DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*

19. Consulter le site Web de l'INESSS pour connaître ses plus récentes recommandations concernant le traitement des ITSS ([www.inesss.qc.ca/index.php](http://www.inesss.qc.ca/index.php)).

## Syphilis infectieuse : la hausse se poursuit et touche les jeunes de 15 à 24 ans

À la fin des années 1990, avec seulement 3 cas déclarés au Québec en 1998, il était possible d'espérer que la syphilis infectieuse soit en voie d'élimination. Toutefois, cette infection connaît une résurgence depuis le début des années 2000 et, depuis 2010, le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse est plus élevé que celui de 1984. Dans la grande majorité des cas, elle touche les hommes, particulièrement les HARSAH. Quant au nombre de cas chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, il a plus que quintuplé depuis 2007.

### Caractéristiques des cas déclarés en 2011

- Au total, 636 cas de syphilis en phase infectieuse (229 syphilis primaires, 234 syphilis secondaires et 173 syphilis latentes précoces) ont été déclarés, pour un taux de 8 pour 100 000 personnes.
- La presque totalité des cas concernent des hommes (611/636), mais on compte cette année 25 femmes, dont 23 ont entre 15 et 49 ans et sont donc en âge de procréer.
- Pour ce qui est des cas masculins, 18 % sont âgés de 15 à 24 ans, 52 % ont entre 25 et 44 ans, et 28 % ont entre 45 et 64 ans. Les taux les plus élevés correspondent aux jeunes hommes de 25 à 29 ans (32,4 pour 100 000) et ceux de 20 à 24 ans (31,6 pour 100 000).
- Les cas féminins sont plus jeunes : 72 % ont moins de 35 ans, contre 45 % des cas masculins.
- Avec 64 % des cas du Québec, la région de Montréal continue, en 2011, d'afficher le plus haut taux d'incidence (21 pour 100 000 personnes). Environ le tiers des cas féminins (36 %) et les deux tiers (65 %) des cas masculins viennent de cette région.
- En 2011, pour la première fois depuis dix ans, un cas de **syphilis congénitale** concernant un nouveau-né de mère québécoise a été déclaré.

### Tendances des cinq dernières années

- Dans l'ensemble, le taux d'incidence a augmenté de 147 % entre 2007 et 2011. En 2008 et en 2009, le taux a été similaire (4,9 pour 100 000 personnes), puis il a progressé. Entre 2010 et 2011, la hausse a été de l'ordre de 16 % (89 cas de plus).
- Chez les hommes, une hausse (+ 144 %) du taux d'incidence des cas déclarés s'observe entre 2007 et 2011 et touche pratiquement tous les groupes d'âge.
- Chez les femmes, le nombre de cas est passé de 7 à 25 entre 2007 et 2011.
- Au cours des cinq dernières années, la proportion des cas déclarés chez les jeunes de 15 à 24 ans est passée de 7 % à 19 %. Chez les adultes de 25 à 34 ans, elle a aussi augmenté, passant de 18 % à 27 %.
- En 2007, outre Montréal, seules deux régions comptaient plus de 10 cas de syphilis infectieuse, soit la Capitale-Nationale et la Montérégie. En 2011, ces deux régions recensent plus de 50 cas chacune et six autres régions (Chaudière-Appalaches, Outaouais, Mauricie et Centre-du-Québec, Laval, Laurentides et Lanaudière) en comptent entre 12 et 19 chacune.

## Les jeunes âgés de 15 à 24 ans

- En 2011, les jeunes de 15 à 24 ans constituent 19% de l'ensemble des cas. Ils représentent 18% des cas masculins et 44% des cas féminins.
- Le taux d'incidence chez les jeunes de 15 à 24 ans (12,4 pour 100 000) est près de 2 fois plus élevé que celui du reste de la population (7,3 pour 100 000). Chez les hommes de 15 à 24 ans, le taux (22,1 pour 100 000) est 1,5 fois celui du reste des hommes (14,5 pour 100 000) et, chez les femmes du même âge, le taux (2,3 pour 100 000) est presque 5 fois plus élevé que celui du reste des femmes (0,5 pour 100 000).
- Les taux les plus élevés se remarquent chez les jeunes de 20 à 24 ans (31,6 pour 100 000 chez les hommes et 2,4 pour 100 000 chez les femmes).
- Entre 2007 et 2011, on observe des hausses respectives de 594% et de 443% des taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans. Chez les premiers, le nombre de cas est passé de 16 en 2007 à 112 en 2011, alors qu'il passait de 2 à 11 chez les secondes pendant la même période.

## Vigie rehaussée visant les jeunes de 15 à 24 ans<sup>20</sup>

Une éclosion chez de jeunes hétérosexuels ayant entre 15 et 19 ans a débuté vers la fin de l'année 2011. On a pu établir des liens épidémiologiques entre 6 cas de syphilis infectieuse (3 filles et 3 garçons). Cette éclosion survenant dans le contexte où une hausse du nombre de cas chez les jeunes de 15 à 24 ans s'observait au Québec, une vigie rehaussée des cas déclarés de syphilis chez ces jeunes a été entreprise le 1<sup>er</sup> mars 2012. Pour les cas survenus chez les jeunes de 15 à 19 ans, une collecte de données rétrospective portant sur ceux dont la date de déclaration se situe entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 1<sup>er</sup> mars 2012 a été effectuée.

Au 24 août 2012, 25 questionnaires relatifs aux cas de syphilis chez les 15-19 ans et 37 questionnaires concernant les cas âgés de 20 à 24 ans avaient été reçus au Bureau de surveillance et de vigie.

L'analyse préliminaire montre que les caractéristiques des cas de syphilis infectieuse semblent différer<sup>21</sup> selon que l'infection touche l'un ou l'autre de ces deux groupes d'âge. Ainsi, la proportion des cas féminins se situe à 23,1% (6 femmes) pour les cas survenus chez les jeunes ayant de 15 à 19 ans, alors qu'elle est de 4,5% (2 femmes) pour les cas qui concernent les jeunes de 20 à 24 ans. Quant aux cas masculins, la proportion d'HARSAH est plus élevée chez ceux ayant de 20 à 24 ans (97%) que chez ceux de 15 à 19 ans (85%). Parmi les cas masculins, 50% de ceux âgés de 15 à 19 ans avaient exclusivement des partenaires sexuels masculins, la proportion atteint 86% pour ceux ayant de 20 à 24 ans. Il appert donc que 50% des cas masculins de 15 à 19 ans avaient eu des partenaires féminines, alors que la proportion est de 14% pour les cas masculins de 20 à 24 ans. Outre le fait d'avoir eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, les facteurs de risque le plus souvent rapportés par les cas masculins étaient d'avoir eu de multiples partenaires et d'avoir eu des partenaires anonymes. Quelques jeunes hommes de 15 à 19 ans rapportaient avoir reçu de l'argent (ou d'autres biens) en échange de relations sexuelles.

Les facteurs de risque rapportés le plus souvent par les jeunes femmes ayant entre 15 et 24 ans étaient d'avoir eu un partenaire sexuel à risque (environ 80%) et d'avoir eu de multiples partenaires sexuels (environ 20%). Aucune ne rapportait avoir reçu de l'argent ou d'autres biens, par exemple de la drogue, en échange de relations sexuelles.

---

20. Selon une analyse des données préliminaires faite en août 2012 par le Bureau de surveillance et de vigie, de la Direction de la protection de la santé publique du MSSS.

21. Il s'agit ici de résultats préliminaires. Les différences observées ne sont pas nécessairement statistiquement significatives.

## Les femmes<sup>22</sup>

Alors qu'entre 1998 et 2002, de 0 à 2 cas féminins étaient déclarés chaque année, entre 2003 et 2008, on comptait plutôt, en moyenne, de 7 à 8 cas de femmes par année. Enfin, de 2009 à 2011, il y a eu respectivement 16, 26 et 25 cas par an, et on en prévoit 24 pour 2012. Dans le contexte de la hausse de la syphilis chez la femme en âge de procréer et de la survenue d'un cas de syphilis congénitale au début de 2011, une vigie rehaussée des cas féminins survenus en 2010 et 2011 a été entreprise<sup>23</sup>. Le facteur de risque rapporté le plus souvent est une relation sexuelle récente avec un partenaire à risque<sup>24</sup> au regard d'une infection transmissible sexuellement, facteur qui concerne environ la moitié des femmes (51 %), suivi par un antécédent d'ITSS (33 %). Trois femmes ont par ailleurs rapporté être des travailleuses du sexe et quatre autres femmes ont déclaré avoir eu plus de quatre partenaires sexuels au cours de la dernière année.

Parmi les femmes pour lesquelles une information minimale était disponible, 36 % ne rapportaient aucun facteur de risque, ni pour elles-mêmes ni pour leurs partenaires sexuels.

## Autres types de syphilis

Dans l'analyse de la problématique de la syphilis, il peut s'avérer pertinent de prendre également en considération les types de syphilis autres que la syphilis infectieuse – primaire, secondaire et latente précoce. Faute de répondre aux critères des définitions nosologiques de la syphilis infectieuse, certains cas classifiés comme « syphilis sans précisions » peuvent en fait être des syphilis infectieuses, en particulier lorsqu'il s'agit de jeunes de 15 à 24 ans, pour lesquelles il y a une probabilité plus élevée que l'acquisition soit récente. Enfin, la résurgence de la syphilis infectieuse datant d'une dizaine d'années, il importe de surveiller maintenant la survenue de complications de l'infection, lesquelles pourraient augmenter le fardeau de la maladie.

**Tableau 5 : Nombre de cas déclarés de syphilis de nature autre qu'infectieuse, selon le sexe, Québec, années 2007 et 2011**

	2007			2011		
	H	F	Total	H	F	Total
Latente tardive	48	40	88	99	77	176
<i>Proportion des 15-24 ans</i>	4 %	5 %	4,5 %	0,7 %	10 %	5 %
Neurosyphilis symptomatique	10	1	11	19	1	20
Syphilis sans précisions	34	8	42	75	28	106
<i>Proportion des 15-24 ans</i>	0 %	0 %	0 %	11 %	0 %	7,5 %

Parallèlement à une augmentation de 147 % du taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse entre 2007 et 2011, on observe des hausses comparables du nombre de cas déclarés d'autres types de syphilis, soit des augmentations de 100 % des cas déclarés de syphilis latente tardive et de 152 % des cas déclarés de syphilis sans précisions.

Par ailleurs, 20 cas de syphilis tertiaire de nature autre que la neurosyphilis ont été déclarés entre 2007 et 2011, dont 65 % concernaient des personnes âgées de 70 ans ou plus.

22. Pour plus de détails sur les caractéristiques des cas de syphilis infectieuse déclarés chez des femmes en 2010 et 2011, consulter le document : Syphilis infectieuse chez les femmes, province de Québec – Rapport synthèse (novembre 2012) accessible sur le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : < [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) >, section Documentation, rubrique Publications.

23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport de vigie rehaussée : Syphilis infectieuse chez les femmes, province du Québec, 1<sup>er</sup> janvier 2010 – 31 décembre 2011*, 2012, 61 p.

24. Facteurs de risque du partenaire identifiés dans le questionnaire utilisé : être un HARSAH, un usager de drogues, un travailleur(euse) du sexe, avoir de multiples partenaires, avoir des relations sexuelles à l'étranger).

## La syphilis au Canada et ailleurs dans le monde

Au Canada<sup>25</sup>, en 2010, le taux était de 5,2 cas pour 100 000 personnes (9,4 chez les hommes et 1,0 chez les femmes, versus 13,3 et 0,7 respectivement au Québec la même année). On observe une hausse de 40% des taux d'incidence de syphilis infectieuse entre 2007 (3,7) et 2010 (5,2) au Canada, comparativement à une augmentation de 114% au Québec pendant la même période.

En 2010, le Québec enregistrait le taux d'incidence le plus élevé au Canada (6,9 pour 100 000 personnes) après celui des Territoires du Nord-Ouest (18,3 pour 100 000 personnes), qui sont aux prises avec une éclosion touchant particulièrement les jeunes hétérosexuels des Premières Nations depuis 2008<sup>26</sup>. L'Ontario avait un taux très légèrement inférieur à celui du Québec (5,9 cas pour 100 000 personnes) et une répartition par sexe semblable. L'épidémiologie de la syphilis se ressemble dans ces deux provinces. Ainsi, en Ontario<sup>27</sup>, cette maladie touche aussi principalement des HARSAH (84% des cas masculins entre 2008 et 2011) vivant dans des milieux urbains. Toutefois, le nombre de cas y a plafonné en 2009, alors qu'au Québec la progression continue. Un peu plus de 40% des cas ontariens étaient porteurs du VIH entre 2008 et 2010. Enfin, en 2011, pour 24% des cas il s'agissait d'une réinfection.

La Colombie-Britannique a un taux plus faible (3,4)<sup>28</sup>. Le taux de syphilis infectieuse y est en diminution depuis 2008 (-121%), en particulier chez les hommes. Environ 32% des cas déclarés en 2010 étaient porteurs du VIH.

Dans d'autres provinces, notamment en Alberta<sup>29</sup>, la maladie touche aussi les populations hétérosexuelles, ce qui se traduit par une répartition par sexe plus égale.

Aux États-Unis<sup>30</sup>, en 2010, le taux global de syphilis primaire et secondaire a baissé pour la première fois depuis dix ans, la diminution du taux d'incidence étant de l'ordre de 21% chez les femmes; par contre, on observe une hausse de 1,3% chez les hommes (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

En Europe<sup>31</sup>, en 2010, la syphilis (tous types) est rapportée trois fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Près d'un cas sur six affecte un jeune ayant entre 15 et 24 ans (17%). Environ la moitié des cas concernent des HARSAS (55%).

25. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Cas signalés et taux de syphilis infectieuse selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010*, Juillet 2012.

26. MAY-HADFORD, J. *Syphilis: An Old Foe – Investigation of a Syphilis Outbreak in the Northwest Territories*, Canadian Field Epidemiology Program, Public Health Agency of Canada, présentation réalisée dans le cadre du Programme Canadien d'Épidémiologie de Terrain de l'Agence de la Santé Publique du Canada, 2009.

27. M. WHELAN et S. RAJU, *Bacterial STIs in Ontario*, presentation at the HIV Testing Conference, AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, May 8 and 9, 2012.

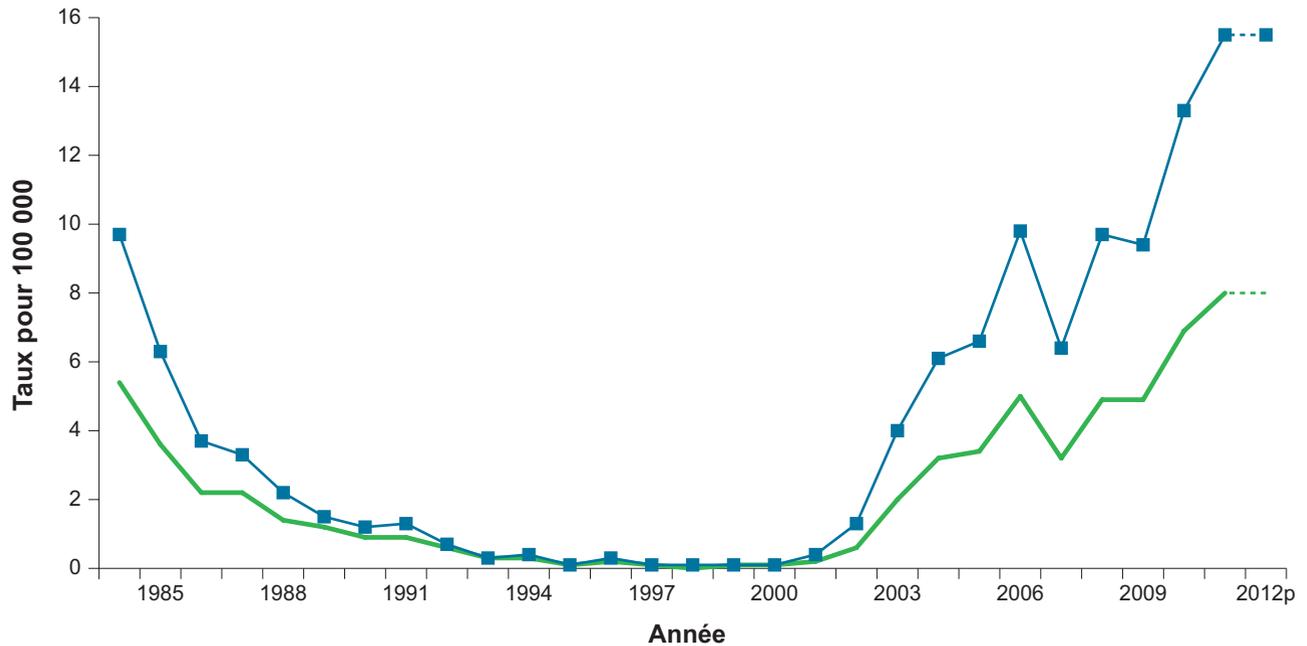
28. BRITISH COLUMBIA CENTRE FOR DISEASE CONTROL, CLINICAL PREVENTION SERVICES, *HIV and Sexually Transmitted Infections 2010*, Vancouver, British Columbia Centre for Disease Control, 2011, 85 p.

29. OFFICE OF THE CHIEF MEDICAL OFFICER OF HEALTH, ALBERTA HEALTH AND WELLNESS, *The Syphilis Outbreak in Alberta*, s. l., Government of Alberta, 2010, 9 p.

30. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2010*, Atlanta (Georgie), U.S. Department of Health and Human Services, 2011, XIX + 155 p.

31. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, *op. cit.*

**Figure 9 : Syphilis infectieuse\* : taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis et hommes seulement, Québec, de 1984 à 2012p\*\***



	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p
— Hommes	9,7	6,3	3,7	3,3	2,2	1,5	1,2	1,3	0,7	0,3	0,4	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	1,3	4,0	6,1	6,6	9,8	6,4	9,7	9,4	13,3	15,5	15,5
— Sexes réunis	5,4	3,6	2,2	2,2	1,4	1,2	0,9	0,9	0,6	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,0	0,1	0,1	0,2	0,6	2,0	3,2	3,4	5,0	3,2	4,9	4,9	6,9	8,0	8,0

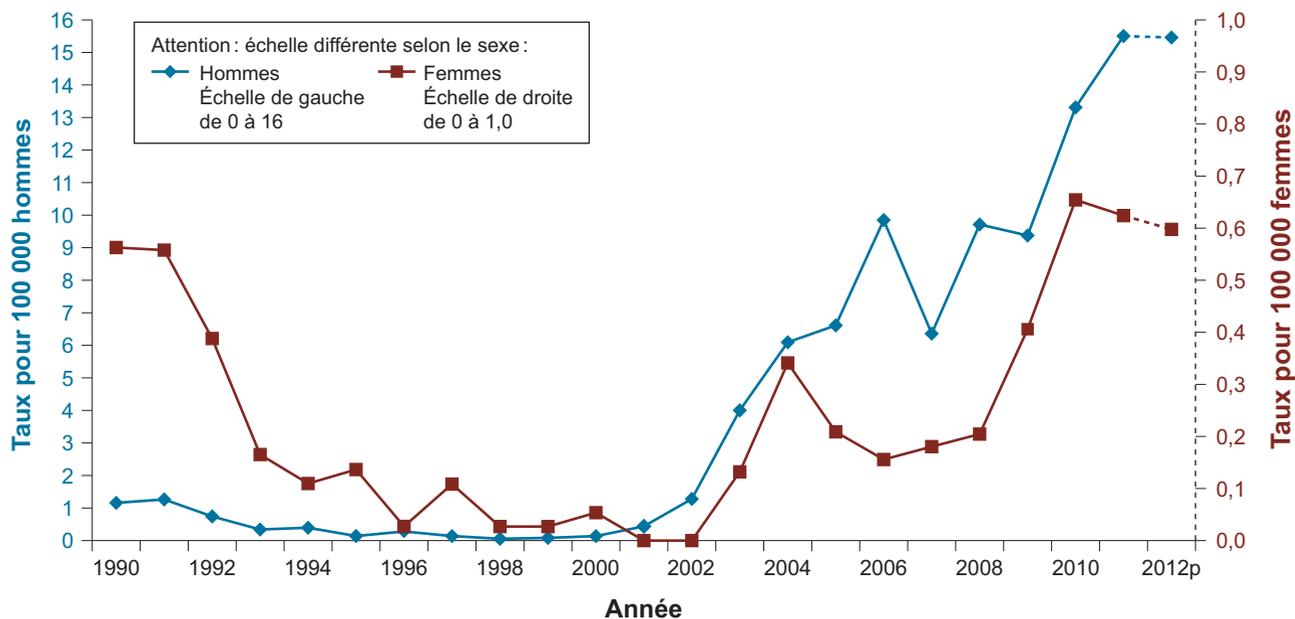
Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 14 août 2012).

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

**Figure 10: Syphilis infectieuse\* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p**



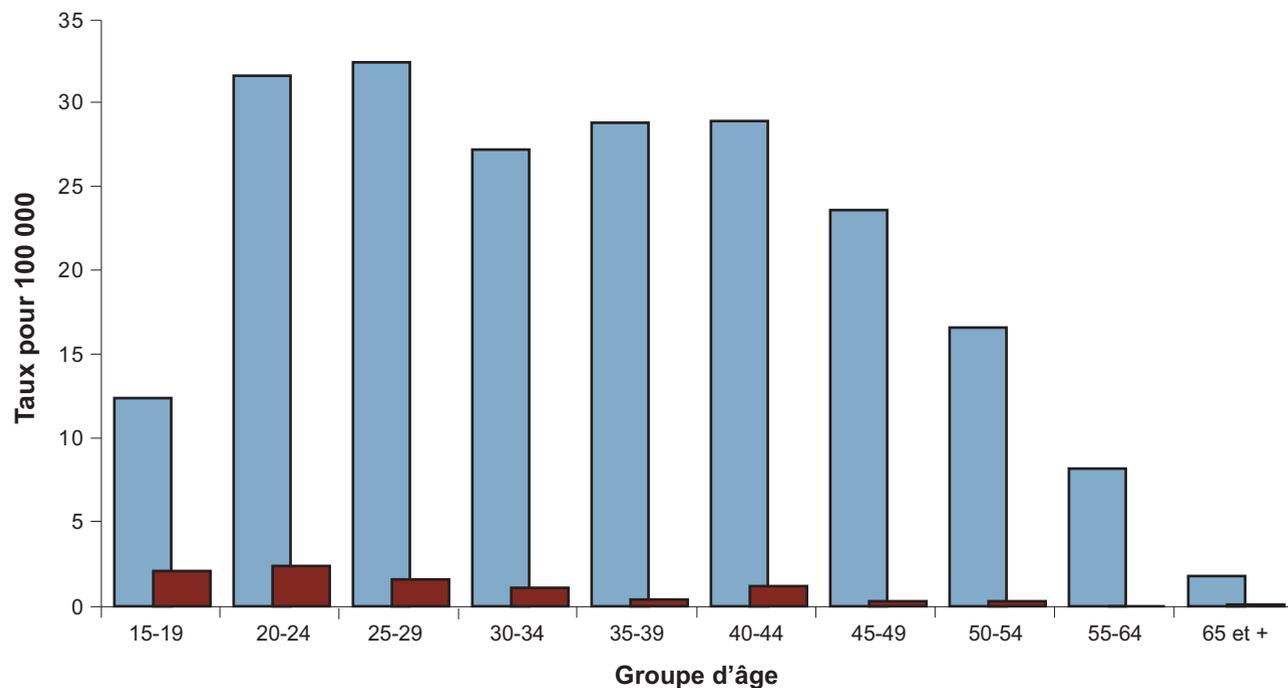
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p
— Hommes	1,2	1,3	0,7	0,3	0,4	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4	1,3	4,0	6,1	6,6	9,8	6,4	9,7	9,4	13,3	15,5	15,5
— Femmes	0,6	0,6	0,4	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,7	0,6	0,6

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

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 14 août 2012).

**Figure 11 : Syphilis infectieuse\* : taux d'incidence\*\* des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011**



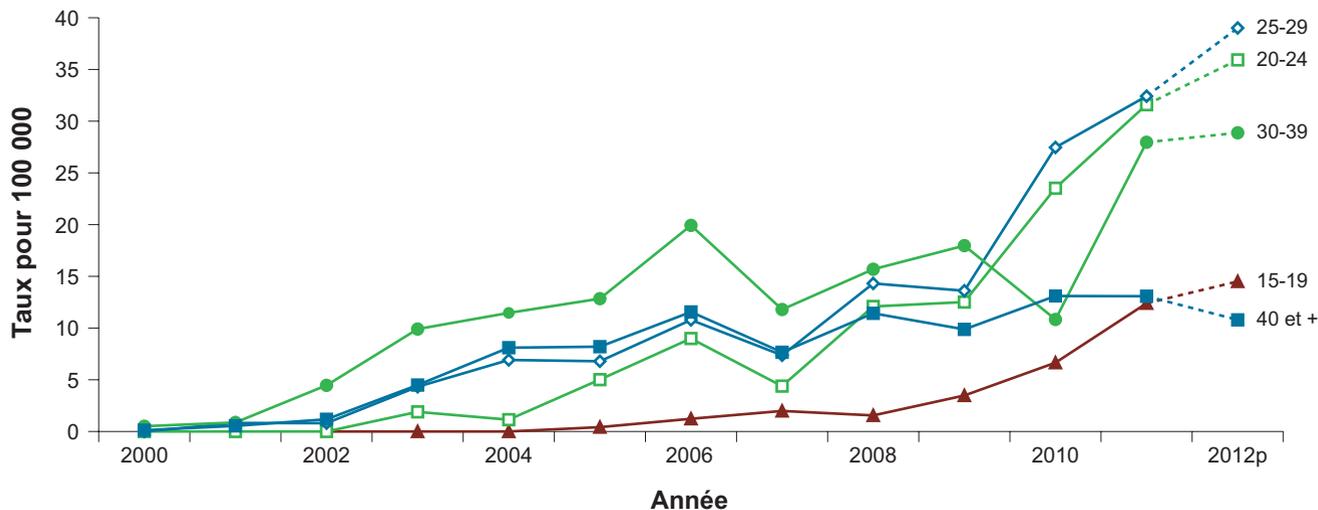
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-64	65 et +
■ Hommes	12,4	31,6	32,4	27,2	28,8	28,9	23,6	16,6	8,2	1,8
■ Femmes	2,1	2,4	1,6	1,1	0,4	1,2	0,3	0,3	0,0	0,1

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

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes.

**Figure 12: Syphilis infectieuse\* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2000 à 2012p\*\***

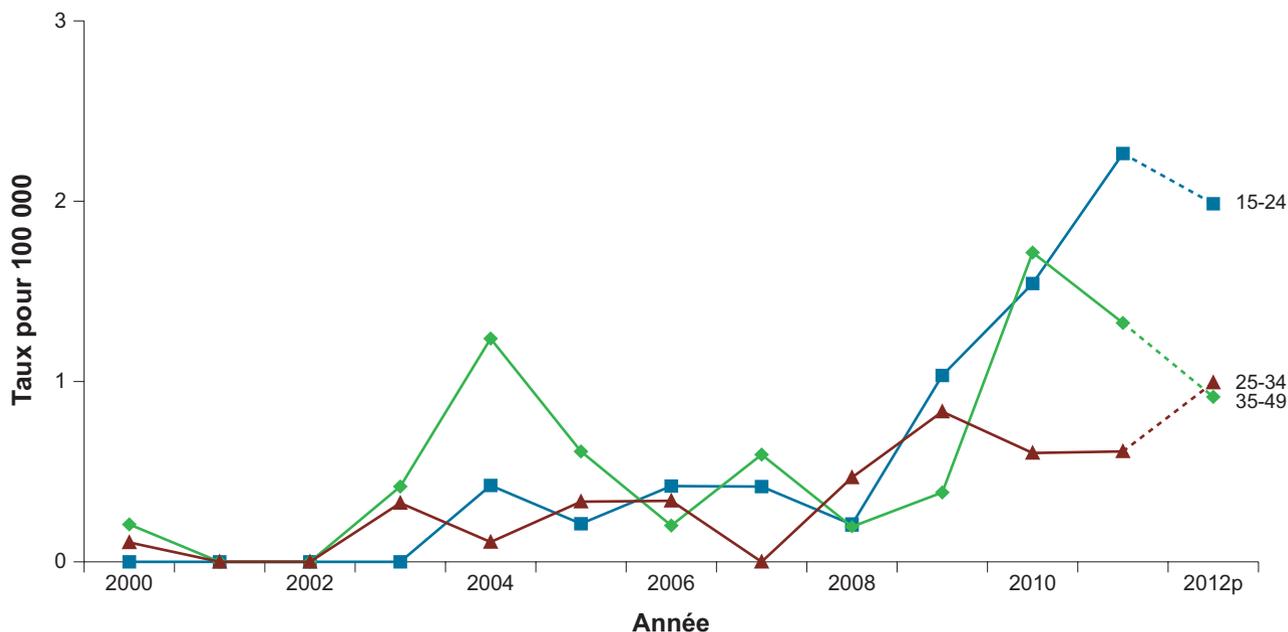


Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 14 août 2012).

**Figure 13: Syphilis infectieuse\* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2000 à 2012p\*\***



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

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 14 août 2012).

**Tableau 6 : Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence\*, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p\*\***

Région	2007		2008		2009		2010		2011		Moyenne 2007-2011		2012**		Variation 2011-2007			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	0	0,0	1	0,5	2	1,0	4	2,0	1,8	0,9	2	0,8	2	100,0	1,0	99,8
Saguenay—Lac-Saint-Jean	0	0,0	0	0,0	1	0,4	3	1,1	2	0,7	1,2	0,4	5	1,8	2	ND	0,7	ND
Capitale-Nationale	11	1,6	27	4,0	39	5,7	58	8,4	66	9,5	40,2	5,9	61	8,8	55	500,0	7,9	483,1
Mauricie et Centre-du-Québec	7	1,4	7	1,4	7	1,4	12	2,4	15	3,0	9,6	1,9	23	4,5	8	114,3	1,6	110,4
Estrie	0	0,0	0	0,0	10	3,3	14	4,5	6	1,9	6,0	2,0	16	5,2	6	ND	1,9	ND
Montréal	174	9,2	270	14,3	236	12,4	339	17,7	405	21,0	284,8	15,0	355	18,3	231	132,8	11,8	127,4
Outaouais	2	0,6	6	1,7	5	1,4	6	1,7	14	3,8	6,6	1,8	3	0,9	12	600,0	3,2	565,3
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0,2	0,1	3	2,2	0	0,0	0,0	0,0
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,1	2	2,1	0,8	0,8	0	0,0	2	ND	2,1	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	0	0,0	5	5,3	11	11,6	1	1,1	3,6	3,8	5	5,1	0	0,0	0,0	0,2
Chaudière-Appalaches	2	0,5	3	0,7	7	1,7	8	2,0	12	2,9	6,4	1,6	11	2,7	10	500,0	2,4	486,7
Laval	5	1,3	4	1,0	9	2,3	15	3,8	18	4,5	10,2	2,6	24	5,9	13	260,0	3,2	238,8
Lanaudière	8	1,8	13	2,9	14	3,0	16	3,4	19	4,0	14,0	3,0	18	3,7	11	137,5	2,2	120,3
Laurentides	3	0,6	12	2,2	13	2,4	11	2,0	18	3,2	11,4	2,1	37	6,5	15	500,0	2,6	463,0
Montérégie	34	2,4	40	2,8	30	2,1	50	3,5	54	3,7	41,6	2,9	79	5,3	20	58,8	1,3	52,0
Nunavik	0	0,0	0	0,0	1	8,7	0	0,0	0	0,0	0,2	1,7	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	1	6,5	0	0,0	0	0,0	0,2	1,3	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
<b>Province de Québec</b>	<b>249</b>	<b>3,2</b>	<b>382</b>	<b>4,9</b>	<b>380</b>	<b>4,9</b>	<b>547</b>	<b>6,9</b>	<b>636</b>	<b>8,0</b>	<b>438,8</b>	<b>5,6</b>	<b>642</b>	<b>8,0</b>	<b>387</b>	<b>155,4</b>	<b>4,8</b>	<b>147,0</b>

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

\* Taux pour 100 000 personnes.

\*\* Le nombre de cas est une projection du nombre de cas survenus au cours des 227 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 14 août 2012).

ND : Non disponible ; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

## Commentaires

Au Québec, la syphilis continue d'affecter principalement les hommes, qui constituent 96 % des cas, et, selon les informations disponibles, il s'agirait principalement d'HARSAH.

### Les jeunes

L'augmentation du nombre de cas chez les jeunes est particulièrement préoccupante. Ainsi, alors qu'en 2007, les jeunes ayant entre 15 et 24 ans ne représentaient que 7 % des cas déclarés au Québec, en 2011, ils en représentent 19 %. Les résultats préliminaires de l'analyse des cas déclarés de syphilis chez les jeunes de 15 à 24 ans montrent que la grande majorité des cas masculins sont des HARSAH. Parmi les cas déclarés chez des jeunes hommes de 15 à 19 ans, 50 % ont eu des partenaires sexuelles féminines (15 % avec partenaires féminines seulement et 35 % d'HARSAH ayant aussi des partenaires féminines). Ce constat vient éclairer l'augmentation des cas de syphilis infectieuse observée chez les jeunes femmes.

La propagation de la syphilis infectieuse chez les jeunes pose des enjeux additionnels dans la lutte contre les ITSS, comme le risque de survenue d'une syphilis congénitale lorsque des femmes en âge de procréer contractent la syphilis et le potentiel d'introduction de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au sein d'un groupe d'âge peu touché jusqu'à maintenant.

Il apparaît primordial de consolider les interventions préventives – notamment celles qui concernent la promotion d'une sexualité saine et responsable, le counseling et le dépistage – auprès des jeunes. Les observations qui précèdent font également ressortir l'importance de l'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires lorsque la syphilis est diagnostiquée chez des jeunes, puisqu'il s'agit d'un groupe jusqu'à présent peu touché par cette maladie.

#### Les femmes

L'analyse des caractéristiques des cas féminins déclarés en 2010 et en 2011 montre qu'une importante proportion de ces femmes ne se connaissent pas de facteurs de risque et ignorent ceux de leurs partenaires. Pour elles, la seule façon d'avoir accès à une détection précoce de la syphilis est d'être avisées rapidement lorsqu'elles ont eu un partenaire sexuel infecté. Ainsi, l'intervention préventive effectuée auprès des hommes atteints de syphilis infectieuse afin d'identifier, d'aviser et de traiter leurs partenaires sexuelles féminines devrait être consolidée. L'augmentation des cas chez des femmes en âge de procréer et la survenue d'un cas de syphilis congénitale sont autant d'arguments en faveur du dépistage systématique de la syphilis chez la femme enceinte au début de sa grossesse, le test de dépistage devant être répété si le risque d'exposition persiste.

#### Les HARSAH

Bien que les jeunes et les femmes constituent des groupes d'un intérêt particulier, il demeure que les HARSAH sont les plus affectés par la syphilis. Il importe donc de poursuivre et d'intensifier les interventions auprès du groupe qu'ils forment, et particulièrement auprès des jeunes, tout en tenant compte de leurs possibles partenaires féminines.

#### Les types de syphilis autres que la syphilis infectieuse

En parallèle avec l'augmentation des syphilis infectieuses, la hausse des cas de syphilis latentes tardives qui s'observe peut donner à croire que des cas ont été diagnostiqués tardivement. La proportion des syphilis latentes tardives par rapport à l'ensemble des cas déclarés de syphilis est toutefois demeurée stable.

La hausse des cas de syphilis sans précisions est plus difficile à interpréter puisque cette catégorie peut inclure des cas d'acquisition récente et des infections anciennes, traitées ou non. La proportion plus élevée de jeunes hommes dans la catégorie des cas non précisés, observée en 2011, pourrait correspondre à une proportion plus élevée des cas d'acquisition récente.

Plus d'une décennie après la résurgence de la syphilis infectieuse au Québec, il s'avère pertinent de commencer à suivre la survenue des complications de la syphilis (syphilis tertiaires), lesquelles peuvent se manifester longtemps après une infection non traitée. La neurosyphilis est une complication qui peut survenir plus précocement que les autres formes de syphilis tertiaire, surtout chez les personnes co-infectées par le VIH. Ainsi, il n'est pas surprenant de constater déjà une légère augmentation des cas de neurosyphilis. On n'observe, pour l'instant, pas de progression du nombre de cas de syphilis tertiaire de nature autre que la neurosyphilis.

## Lymphogranulomatose vénérienne : l'infection persiste au Québec

Au début des années 2000, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), endémique dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes, est réapparue dans le monde industrialisé et des éclosions ont été rapportées dans plusieurs pays d'Europe, aux États-Unis et au Canada. L'émergence de l'infection au Québec est survenue en 2005. Depuis, le nombre de cas y fluctue d'année en année et témoigne d'une transmission locale. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

### Caractéristiques des cas déclarés en 2011

- On recense 13 cas en 2011 (dont 2 cas probables), tous masculins. Cela équivaut à un taux de 0,3 cas pour 100 000 hommes.
- Les cas avaient entre 26 et 55 ans. L'âge moyen est de 42 ans.
- Tous étaient des HARSAH.
- Parmi les cas déclarés en 2011, neuf ont été enregistrés dans la région de Montréal et quatre l'ont été dans deux autres régions (Capitale-Nationale et Montérégie).

### Tendances

Au Québec, 10 cas de lymphogranulomatose vénérienne ont été déclarés, au total, entre 1990 et 2004. L'émergence de l'infection date de 2005, alors que l'on recensait 25 cas déclarés; en 2006, on en comptait 44. Entre 2007 et 2011, le nombre de cas a fluctué entre 2 (2009) et 13 (2011) par année, pour une moyenne de 9 cas par année. Selon les données disponibles en date du 14 août 2012, le nombre de cas pour 2012 devrait se situer autour de 5 (voir la figure 14). Le taux d'incidence demeure faible depuis 2007, variant entre 0 et 0,2 cas déclaré pour 100 000 personnes (voir le tableau 7).

### Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 2011

- Entre 2005 et 2011, 115 cas de LGV ont été déclarés.
- À l'exception d'un cas féminin observé en 2008, tous les cas déclarés au Québec jusqu'à maintenant sont des hommes.
- Ils ont entre 21 et 58 ans, la moyenne s'établissant à 39 ans.
- La région de Montréal regroupe 82,6 % des cas déclarés entre 2005 et 2011. Au cours de cette période, huit autres régions ont déclaré entre un et cinq cas chacune (Saguenay—Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie). Les cas déclarés jusqu'à présent en 2012 se rapportent tous à des résidents de Montréal.

### Autres informations

- La presque totalité (98 %) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.
- Parmi les cas survenus entre 2007 et 2011, deux sur trois (66 %) présentent une co-infection par le VIH.
- La fréquentation des saunas ou la recherche de partenaires sur le Web, ou ces deux activités à la fois, sont rapportées par 71 % des cas.
- Environ 40 % des cas avaient eu de multiples partenaires sexuels.
- Plus du tiers des cas (35 %) auraient eu des rapports sexuels avec une personne de l'extérieur du Canada, à l'occasion d'un voyage, dans les 60 jours précédant la survenue des symptômes.
- Aucun lien avec la prostitution n'a été établi.

## La lymphogranulomatose vénérienne au Canada et ailleurs dans le monde

À la suite de plusieurs rapports d'éclosions au Canada, l'Agence de santé publique du Canada a décidé d'entreprendre une vigie rehaussée de cette infection en 2005. En date du 31 décembre 2009, 112 cas de LGV au total ont été rapportés à l'Agence, soit 65 cas confirmés et 47 cas probables<sup>32</sup>. Seules quatre provinces – Alberta, Colombie-Britannique, Québec et Ontario – ont rapporté des cas confirmés. Les cas rapportés au Canada concernaient pratiquement tous (99 %) des HARSAH. De plus, 63 % de ces hommes rapportaient la fréquentation de saunas, 16 % avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire atteint de la LGV et 30 % avaient eu des relations sexuelles pendant un voyage à l'extérieur de la province déclarante.

La Colombie-Britannique a récemment produit un rapport<sup>33</sup> sur la situation de la LGV dans la province. On y a dénombré 31 cas entre novembre 2004 et le 31 décembre 2011 (par comparaison, 90 cas ont été déclarés au Québec pendant la même période). Tous les cas se rapportaient à des HARSAH. La majorité des cas ont été déclarés en 2011, dans le contexte où une campagne de sensibilisation a été menée auprès des microbiologistes en 2010, où la recherche de cas a été intensifiée et où, dès le début de 2011, tous les tests positifs de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au laboratoire provincial à partir de spécimens rectaux ont été systématiquement transmis au laboratoire national pour une recherche de la LGV.

Aucune donnée n'a été retrouvée sur la situation de la LGV aux États-Unis. En Europe, en 2010, 503 cas ont été déclarés par cinq pays<sup>34</sup>; ce nombre est probablement sous-estimé en raison de la sous-déclaration de certains pays. La presque totalité des cas étaient des HARSAH (98 %) et 82 % des 495 cas pour lesquels l'information était disponible étaient séropositifs. Entre 2003 et 2008, le Royaume-Uni a enregistré 849 cas; 99 % concernaient des HARSAH, dont 75 % étaient porteurs du VIH<sup>35</sup>. L'âge médian des cas était de 37 ans (de 19 à 67 ans).

---

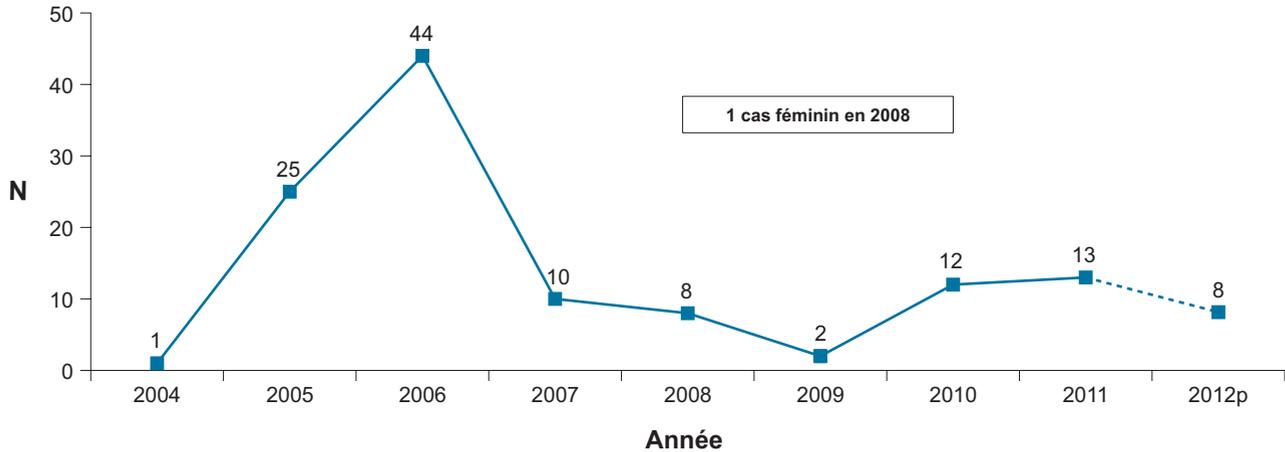
32. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada: 2009*, Ottawa, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2011, 36 p.

33. M. LINDEGGER *et al.*, *Lymphogranuloma venereum in British Columbia: 2004 to 2011*, [Vancouver], Clinical Prevention Services, British Columbia Centre for Disease Control, 2012, 11 p.

34. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL, *op. cit.*

35. HEALTH PROTECTION AGENCY, *Syphilis and Lymphogranuloma Venereum: Resurgent Sexually Transmitted Infections in the UK*, London (United Kingdom), Health Protection Agency, 2009, [8] p.

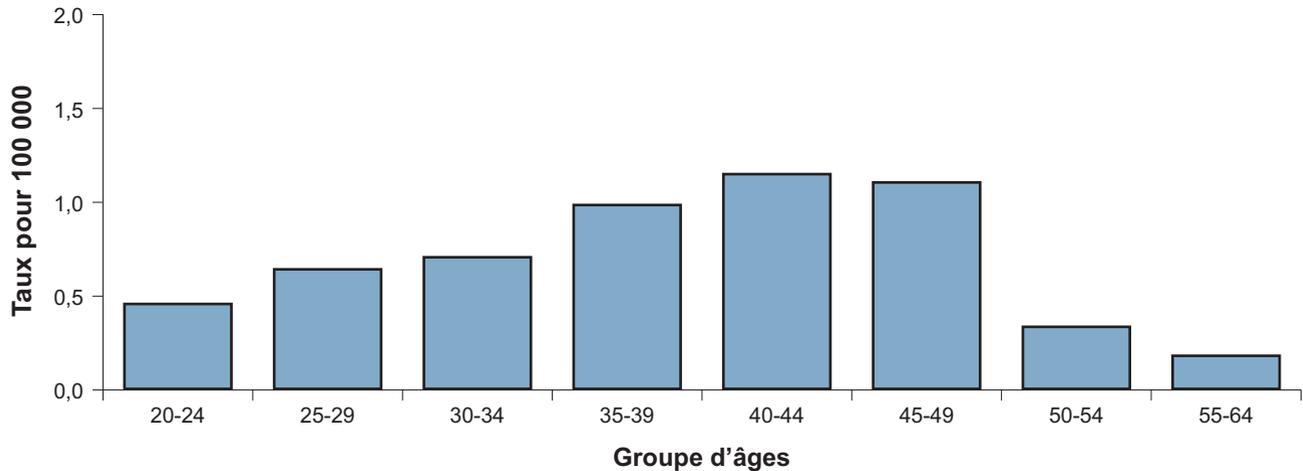
**Figure 14 : Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2004 à 2012p**



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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Figure 15 : Lymphogranulomatose vénérienne : taux\* d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, période de 2005 à 2011**



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

\* Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. N total pour la période 2005-2011 : 113.

**Tableau 7 : Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence\*, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p\*\***

Région	2007		2008		2009		2010		2011		Moyenne 2007-2011		2012**		Variation 2011-2007			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Saguenay—Lac-Saint-Jean	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Capitale-Nationale	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0,6	0,1	0	0,0	2	ND	0,3	ND
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0,4	0,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Estrie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Montréal	10	0,5	3	0,2	2	0,1	9	0,5	9	0,5	6,6	0,3	8	0,4	-1	-10,0	-0,1	-12,1
Outaouais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Chaudière-Appalaches	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Laval	0	0,0	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0,4	0,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Lanaudière	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0,6	0,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Laurentides	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,2	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Montérégie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0,4	0,0	0	0,0	2	ND	0,1	ND
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
<b>Province de Québec</b>	<b>10</b>	<b>0,1</b>	<b>9</b>	<b>0,1</b>	<b>2</b>	<b>0,0</b>	<b>12</b>	<b>0,2</b>	<b>13</b>	<b>0,2</b>	<b>9,2</b>	<b>0,1</b>	<b>8</b>	<b>0,1</b>	<b>3</b>	<b>30,0</b>	<b>0,0</b>	<b>25,7</b>

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

\* Taux pour 100 000 personnes.

\*\* Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

ND : Non disponible ; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

### Commentaires

Dans les pays industrialisés, la LGV touche principalement des HARSAH dont la majorité est infectée par le VIH. L'épidémiologie des cas au Québec appuie ce constat. Le Québec continue de participer à la vigie intensifiée coordonnée par l'Agence de santé publique du Canada afin de surveiller la situation épidémiologique.

## Hépatite B: miser sur la vaccination

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

### Caractéristiques des cas déclarés en 2011

- Aux 871 cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) déclarés correspond un taux de 11,0 pour 100 000 personnes (12,7 pour 100 000 chez les hommes et 9,1 pour 100 000 chez les femmes).
- Plus précisément, 24 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,3 pour 100 000 personnes), soit 16 hommes de 25 ans ou plus – sauf 1 homme ayant entre 20 et 24 ans – et 8 femmes âgées de 25 ans ou plus.
- Encore en 2011, la région de Montréal enregistre le taux le plus élevé de cas déclarés d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé), soit 27,3 pour 100 000 personnes (526 cas). Elle est suivie des régions du Nunavik (25,3 pour 100 000 personnes, avec 3 cas), des Terres-Cries-de-la-Baie-James (12,6 pour 100 000 personnes, avec 2 cas), de Laval (12,4 pour 100 000 personnes, avec 50 cas) et de l'Estrie (11,3 pour 100 000 personnes, avec 35 cas).

### Tendances

- En vingt ans, le nombre annuel de l'ensemble des cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) a diminué de 61%. Le rythme de la diminution a ralenti au cours des cinq dernières années, la baisse étant de 8% entre 2007 et 2011. Selon les données préliminaires disponibles, environ 944 cas seront déclarés en 2012, ce qui pourrait indiquer une stabilisation. Les nombres et les taux de cas déclarés ont toujours été plus élevés pour les hommes que pour les femmes.
- Le nombre de cas d'hépatite B **aiguë** a diminué de près de 100% au cours des vingt dernières années. Cette situation est associée à l'implantation, en 1994, du programme universel de vaccination en 4<sup>e</sup> année du primaire ainsi qu'à l'accès à la vaccination gratuite pour les groupes à risque. En effet, au cours des cinq premières années suivant l'introduction du programme en milieu scolaire, l'incidence de l'hépatite B aiguë a diminué de 39% entre 1995 et 1999, puis de 61% pendant les cinq années suivantes (2000-2004). Au cours des cinq dernières années, l'incidence a diminué de 47%, et moins de 50 cas ont été déclarés annuellement.

### Les jeunes de 15 à 24 ans

- Dans le groupe d'âge des 15-24 ans, on a compté au total 8 cas d'hépatite B aiguë au Québec pour les années 2007 à 2011, tous des hommes.
- En 2011, 60 cas d'hépatite B chronique ou sans précisions ont été déclarés au Québec chez des jeunes de 15 à 24 ans (24 cas masculins, 34 cas féminins et 2 de sexe non précisé).
- Une diminution de 33% des taux d'hépatite B chronique et sans précisions établis pour les jeunes de 15 à 24 ans a été observée entre 2007 et 2011.

## L'hépatite B au Canada et ailleurs dans le monde

Au Canada<sup>36</sup>, le taux d'hépatite B aiguë dans les provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique était de 0,2 pour 100 000 personnes en 2010 (0,3 au Québec pour la même année). Il n'est pas possible de comparer les taux provinciaux avec celui qui est établi pour l'ensemble du Canada puisque dans certaines provinces, comme au Québec, tous les cas d'hépatite B sont comptés alors que dans d'autres provinces, notamment en Ontario et en Colombie-Britannique, seuls les cas aigus sont pris en compte.

Aux États-Unis<sup>37</sup>, le taux d'incidence de l'hépatite B aiguë établi pour les États participant au système de surveillance était de 1,1 pour 100 000 personnes en 2010 (rappelons qu'il était de 0,3 au Québec pour cette même année). En tenant compte du caractère asymptomatique de l'infection et de la sous-déclaration, les Centers for Disease Control and Prevention estiment que le nombre réel de cas est dix fois plus élevé que le nombre de cas rapportés d'hépatite B aiguë. Le taux d'incidence de l'hépatite B chronique était de 26,3 par 100 000 personnes, la majorité des cas (62,5 %) ayant entre 25 et 54 ans.

En Europe<sup>38</sup>, les différences majeures entre les systèmes de surveillance de l'hépatite B nationaux ne permettent pas de faire une approximation valide des taux d'incidence. On peut toutefois affirmer que, d'une façon générale, le nombre de cas avait diminué en 2007 et en 2008.

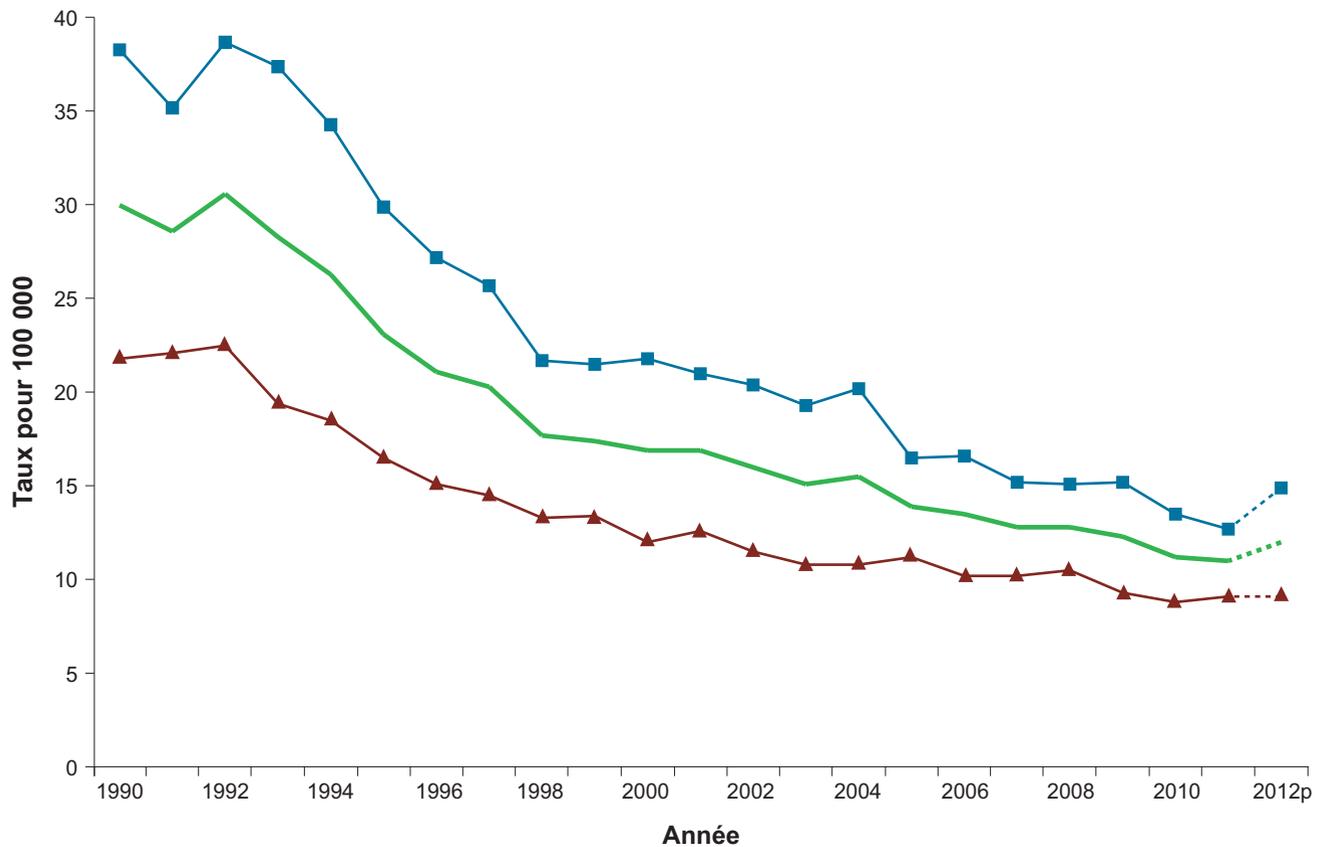
---

36. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Cas signalés et taux d'hépatite B selon la province/le territoire et le sexe, 2005-2010*, Juillet 2012.

37. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Viral Hepatitis Surveillance: United States, 2010*, [Atlanta (Georgie)], Division of Viral Hepatitis, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, s. d., 63 p.

38. CENTRE EUROPÉEN DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES, *Rapport de surveillance: Rapport épidémiologique annuel 2011 – Résumé*, Stockholm (Suède), Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2011, 10 p.

**Figure 16 : Hépatite B\* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p\*\***



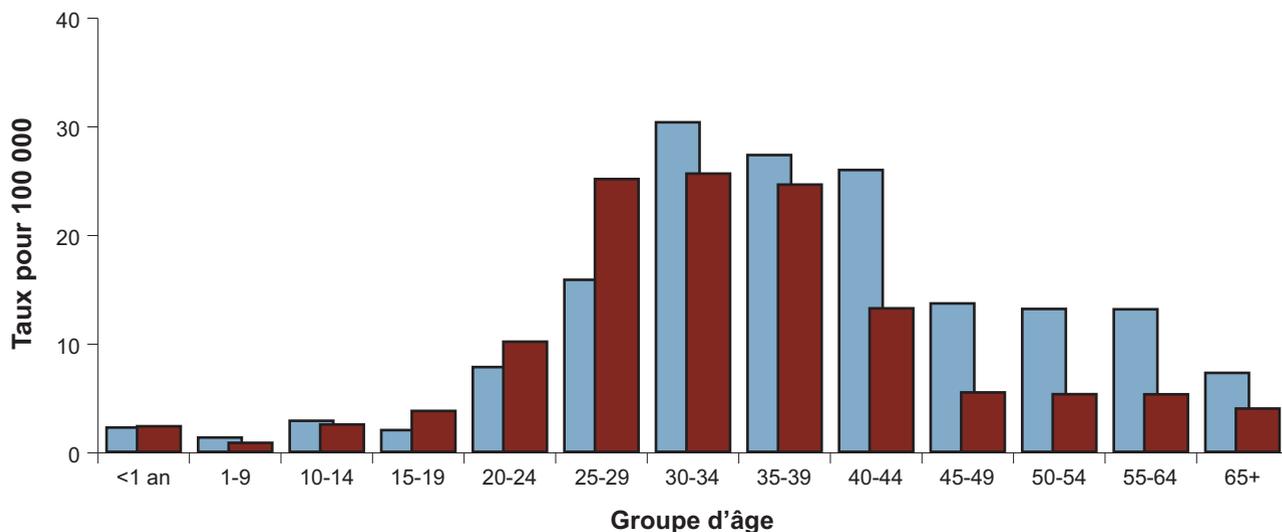
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p*
—■— Hommes	38,3	35,2	38,7	37,4	34,3	29,9	27,2	25,7	21,7	21,5	21,8	21,0	20,4	19,3	20,2	16,5	16,6	15,2	15,1	15,2	13,5	12,7	14,9
—▲— Femmes	21,8	22,1	22,5	19,4	18,5	16,5	15,1	14,5	13,3	13,4	12,0	12,6	11,5	10,8	10,8	11,2	10,2	10,2	10,5	9,3	8,8	9,1	9,1
— Québec	30,0	28,6	30,6	28,3	26,3	23,1	21,1	20,3	17,7	17,4	16,9	16,9	16,0	15,1	15,5	13,9	13,5	12,8	12,8	12,3	11,2	11,0	12,0

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

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Figure 17: Hépatite B\* : taux d'incidence\*\* des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011**



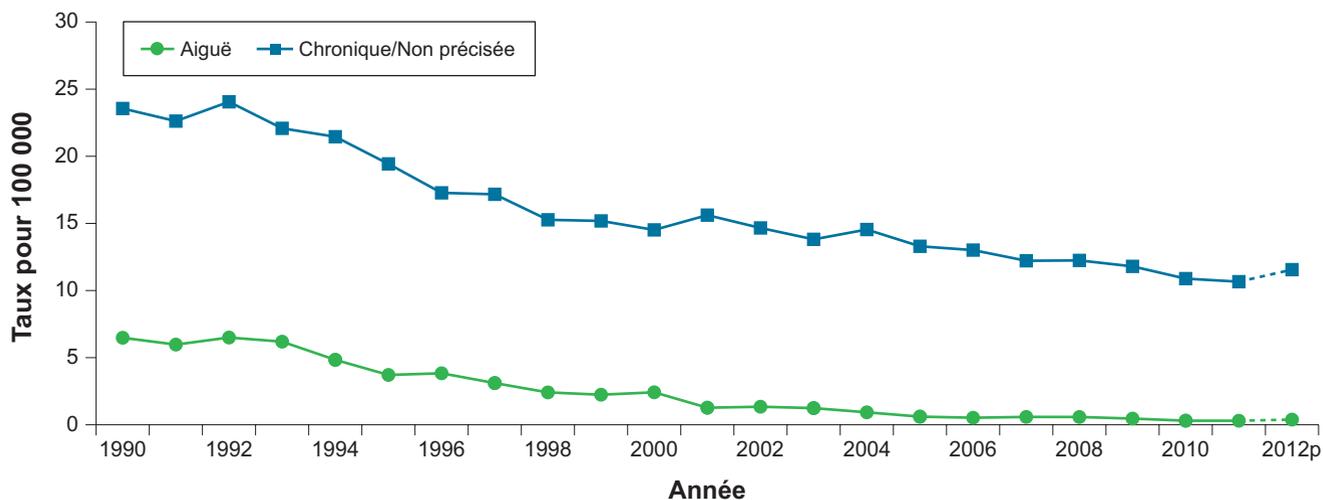
	< 1 an	1-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-64	65+
Hommes	2,2	1,3	2,9	2,0	7,8	15,8	30,3	27,3	25,9	13,7	13,2	13,1	7,3
Femmes	2,4	0,8	2,5	3,8	10,1	25,1	25,6	24,6	13,2	5,5	5,3	5,3	4,0

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

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes.

**Figure 18: Hépatite B aiguë et chronique ou non précisée : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1990 à 2012p\***



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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Tableau 8 : Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence\*, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p\*\***

Région	2007		2008		2009		2010		2011		Moyenne 2007-2011		2012p**		Variation 2011-2007			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	12	6,0	7	3,5	8	4,0	4	2,0	6,2	3,1	7	3,2	4	ND	2,0	ND
Saguenay—Lac-Saint-Jean	10	3,7	8	2,9	6	2,2	12	4,4	6	2,2	8,4	3,1	13	4,8	-4	-40,0	-1,4	-39,5
Capitale-Nationale	42	6,2	59	8,7	48	7,0	50	7,3	32	4,6	46,2	6,7	77	11,0	-10	-23,8	-1,6	-26,0
Mauricie et Centre-du-Québec	25	5,1	14	2,9	20	4,1	20	4,0	12	2,4	18,2	3,7	28	5,5	-13	-52,0	-2,7	-52,9
Estrie	26	8,6	22	7,2	27	8,8	27	8,8	35	11,3	27,4	8,9	23	7,3	9	34,6	2,7	31,3
Montréal	628	33,4	622	32,9	597	31,4	541	28,3	526	27,3	582,8	30,5	521	26,9	-102	-16,2	-6,1	-18,2
Outaouais	35	10,0	44	12,5	41	11,5	41	11,3	36	9,8	39,4	10,9	47	12,7	1	2,9	-0,2	-2,2
Abitibi-Témiscamingue	5	3,5	6	4,1	4	2,8	7	4,8	6	4,1	5,6	3,9	8	5,6	1	20,0	0,7	19,9
Côte-Nord	0	0,0	3	3,1	4	4,2	0	0,0	2	2,1	1,8	1,9	2	1,7	2	ND	2,1	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	2	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,4	2,8	2	11,6	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	5	5,3	4	4,2	3	3,2	3	3,2	3	3,2	3,6	3,8	0	0,0	-2	-40,0	-2,1	-39,9
Chaudière-Appalaches	9	2,3	13	3,2	10	2,5	5	1,2	5	1,2	8,4	2,1	3	0,8	-4	-44,4	-1,0	-45,7
Laval	52	13,7	38	9,9	54	13,8	44	11,1	50	12,4	47,6	12,0	42	10,4	-2	-3,8	-1,3	-9,5
Lanaudière	12	2,7	13	2,9	18	3,9	13	2,8	18	3,8	14,8	3,2	16	3,4	6	50,0	1,1	39,1
Laurentides	21	4,0	27	5,0	24	4,4	22	4,0	24	4,3	23,6	4,3	24	4,3	3	14,3	0,3	7,2
Montérégie	112	8,0	104	7,4	91	6,4	88	6,1	107	7,3	100,4	7,0	150	10,2	-5	-4,5	-0,7	-8,6
Nunavik	0	0,0	2	17,6	0	0,0	0	0,0	3	25,3	1,0	8,6	0	0,0	3	ND	25,3	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	6,8	1	6,7	4	26,1	1	6,4	2	12,6	1,8	11,5	0	0,0	1	100,0	5,7	83,8
Région non précisée	1		0		0		0		0		0,2		0		-1		0,0	
<b>Province de Québec</b>	<b>984</b>	<b>12,8</b>	<b>994</b>	<b>12,8</b>	<b>958</b>	<b>12,3</b>	<b>882</b>	<b>11,2</b>	<b>871</b>	<b>11,0</b>	<b>937,8</b>	<b>11,9</b>	<b>963</b>	<b>12,0</b>	<b>-113</b>	<b>-11,5</b>	<b>-1,8</b>	<b>-14,4</b>

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

\* Taux pour 100 000 personnes.

\*\* Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

ND : Non disponible ; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

## Commentaires

La déclaration constante de cas des stades chronique et non précisé est liée au bassin probablement important que constituent les personnes qui ont contracté l'infection dans le passé (y compris les nouveaux arrivants au Québec) et qui ont maintenant reçu un diagnostic.

Le fait qu'un vaccin efficace contre l'hépatite B soit offert en milieu scolaire et la vaccination des personnes à risque ont eu une influence majeure sur la prévention de cette infection. La survenue d'éclotions d'hépatite B demeure toutefois possible. Ainsi, une éclosion d'hépatite B aiguë a été observée dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2011-2012. Selon les informations disponibles, il s'agit de neuf cas masculins, dont le premier serait survenu à l'automne 2011 et le dernier, au printemps 2012. Ces hommes avaient entre 34 et 65 ans; ils ne faisaient donc pas partie des cohortes ayant bénéficié du programme de vaccination en milieu scolaire. Aucun de ces hommes n'était vacciné adéquatement contre l'hépatite B, même si les deux tiers d'entre eux (6/9) étaient visés par les indications relatives à la vaccination contre l'hépatite B apparaissant dans le Protocole d'immunisation du Québec. Cette éclosion rappelle l'importance d'offrir systématiquement la vaccination contre l'hépatite B aux personnes pour lesquelles ce vaccin est indiqué, notamment les HARSAH, les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, les personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement et leurs partenaires sexuels, les utilisateurs de drogues par injection et les utilisateurs de drogues dures par inhalation qui partagent leur matériel de consommation<sup>39</sup>.

---

39. Pour la liste complète des indications relatives à la vaccination contre l'hépatite B, consulter le Protocole d'immunisation du Québec, à l'adresse suivante: < [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?documentation\\_pro](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?documentation_pro) >, p. 286.

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

Depuis 1990, plus de 35 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec. L'hépatite C évolue de façon chronique chez 80 % des personnes infectées. Elle est principalement liée à l'utilisation de drogues par injection. On observe une diminution des taux d'incidence de cas déclarés depuis le début des années 2000.

### Caractéristiques des cas déclarés en 2011

- Dans l'ensemble, 1 356 cas d'hépatite C (incluant les cas aigus et non précisés) ont été déclarés (taux de 17,1 pour 100 000 personnes).
- Les hommes représentent 65 % des cas déclarés.
- Parmi les cas masculins déclarés, on trouve 49 % d'hommes de 40 à 54 ans, groupes d'âge pour lesquels les taux sont les plus élevés (taux variant entre 38,5 et 52,9 pour 100 000).
- Parmi les cas féminins déclarés, on trouve 40 % de femmes âgées de 40 à 54 ans, groupes d'âge pour lesquels les taux sont aussi les plus élevés (taux variant entre 17,7 et 21,0 pour 100 000).
- La région de Montréal a enregistré 37 % (505) des cas de la province. Les taux les plus élevés s'observent dans les régions des Laurentides (29,1 pour 100 000 personnes), de l'Abitibi-Témiscamingue (27,6 pour 100 000 personnes), de Montréal (26,2 pour 100 000 personnes) et de l'Outaouais (23,7 pour 100 000 personnes). Toutes les autres régions ont des taux inférieurs au taux établi pour la province.
- En ce qui concerne plus particulièrement les cas aigus :
  - 10 cas ont été déclarés en 2011 (7 hommes et 3 femmes), ce qui donne un taux de 0,13 pour 100 000 personnes ;
  - 4 des 7 hommes (57 %) avaient entre 20 et 24 ans, les 3 autres avaient entre 35 et 69 ans et les trois femmes étaient âgées de 30 à 49 ans ;
  - la plupart des cas (6/10) ont été déclarés dans la région de Montréal, les quatre autres se répartissant dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de Lanaudière et des Laurentides.

### Tendances

- Entre 2000 et 2011, les taux d'incidence sont passés de 50,2 à 17,1, soit une diminution de 66 %.
- Pour la période 2007-2011, la diminution est de 29 %. Elle s'observe tant chez les femmes (- 35 %) que chez les hommes (- 31 %).
- Entre 2010 et 2011, la diminution du taux d'incidence est de 7 % et, selon les données préliminaires, le nombre de cas déclarés en 2011 serait légèrement inférieur à celui de 2010.

### Les jeunes de 15 à 24 ans

- En 2011, 59 cas d'hépatite C (aigus ou sans précisions) déclarés concernaient des jeunes de 15 à 24 ans, ce qui correspond à un taux de 5,9 pour 100 000 personnes ; ils équivalent à 4 % de l'ensemble des cas d'hépatite C déclarés au Québec en 2011. Le taux est légèrement plus élevé chez les hommes (6,3) que chez les femmes (5,6).
- Depuis le début de la déclaration obligatoire, instaurée en 1990, les 2 275 cas recensés d'hépatite C touchant des 15-24 ans correspondent à 6 % de l'ensemble des cas déclarés.
- Les taux d'incidence sont passés de 10,6 en 2007 à 5,9 en 2011 (- 44 %).
- Pour ce qui est des cas déclarés d'hépatite C **aiguë** dans ce groupe d'âge, on en compte 20 au total pour la période 2007-2011, le nombre fluctuant entre 2 et 7 par année.

## L'hépatite C au Canada et ailleurs dans le monde

Au Canada<sup>40</sup>, on estime la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) dans la population à moins de 1 % (0,78 %). Une étude a montré une prévalence de 69 % chez les UDI. En 2010<sup>41</sup>, le taux d'incidence des cas déclarés d'hépatite C est de 31,5 pour 100 000 personnes au Canada, par rapport à 18,5 au Québec pour la même année. Toutes les provinces et tous les territoires ont des taux plus élevés (entre 23,4 au Nouveau-Brunswick et 60,8 au Yukon) que le Québec, sauf Terre-Neuve-et-Labrador (12,0). Au Canada, on estime qu'au moins 21 % des personnes infectées ignorent leur condition.

Aux États-Unis<sup>42</sup>, on estime la prévalence du VHC dans la population entre 1,3 et 1,9 %, ce qui représente entre 2,7 et 3,9 millions de personnes atteintes d'une infection chronique. Une moyenne de 675 cas d'hépatite C aiguë a été rapportée chaque année entre 2005 et 2010, mais on estime que le nombre annuel réel de nouvelles infections est plutôt, en moyenne, de 18 000 par année. Selon les estimations, il y aurait une diminution de l'incidence d'environ 18 % entre 2005 et 2010.

En Europe<sup>43</sup>, les systèmes de surveillance diffèrent beaucoup d'un pays à l'autre, tant sur le plan des définitions de cas que sur celui de l'exhaustivité des objets de surveillance. Selon les pays disposant de données assez récentes, les estimations de la prévalence de l'hépatite C dans la population varient de 0,04 % (Suède, 2008) à 2,6 % (Italie, 2007). Les prévalences estimées chez les UDI varient de 34 % (Chypre, 2007) à 70 % (Danemark, 2008).

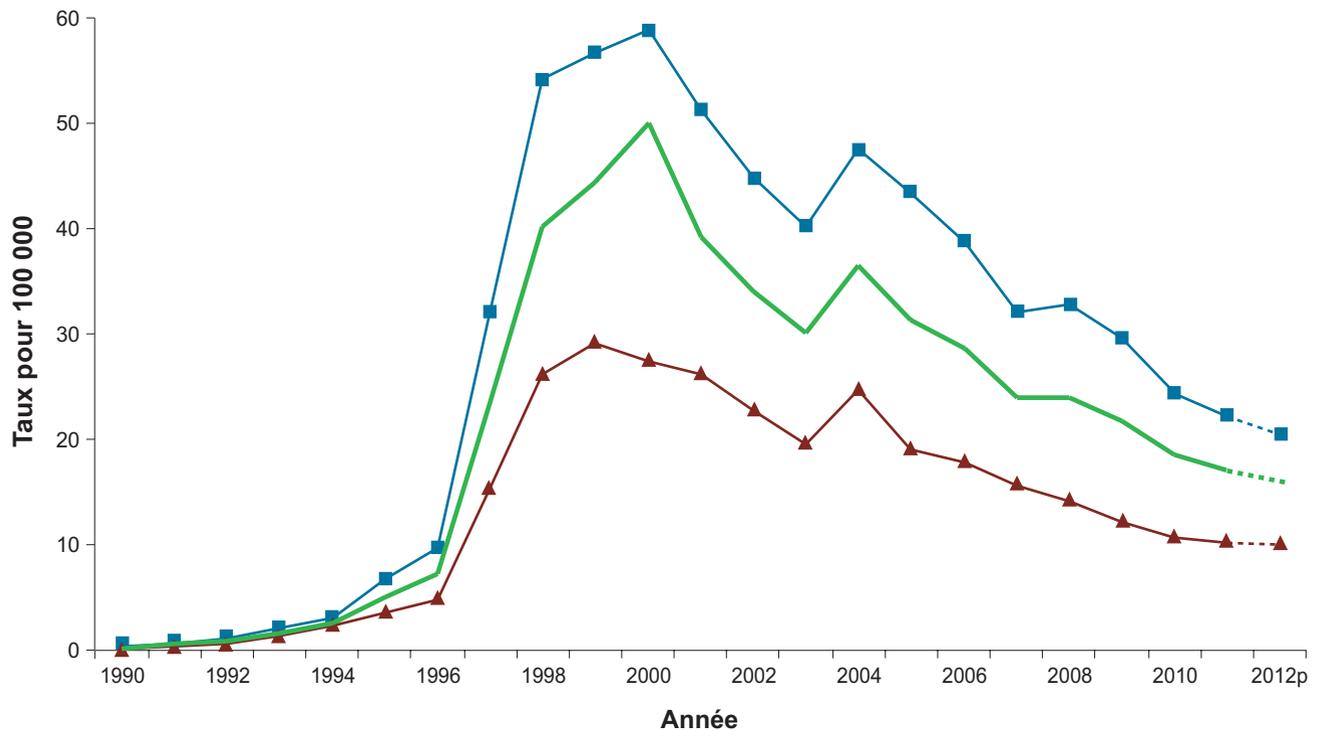
40. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, l'hépatite C au Canada. Rapport de surveillance de 2005-2010. Sommaire. Mai 2012. [En ligne], < <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/hepc/surv-fra.php> >, consulté le 21 novembre 2012.

41. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Cas signalés et taux d'hépatite C selon la province/le territoire et le sexe, 2005-2010*, Juillet 2012.

42. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Viral Hepatitis Surveillance: United States, 2010*, [Atlanta (Georgie)], Division of Viral Hepatitis, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, s. d., 63.

43. CENTRE EUROPÉEN DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES, *op. cit.*

**Figure 19: Hépatite C\* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2012p\*\***



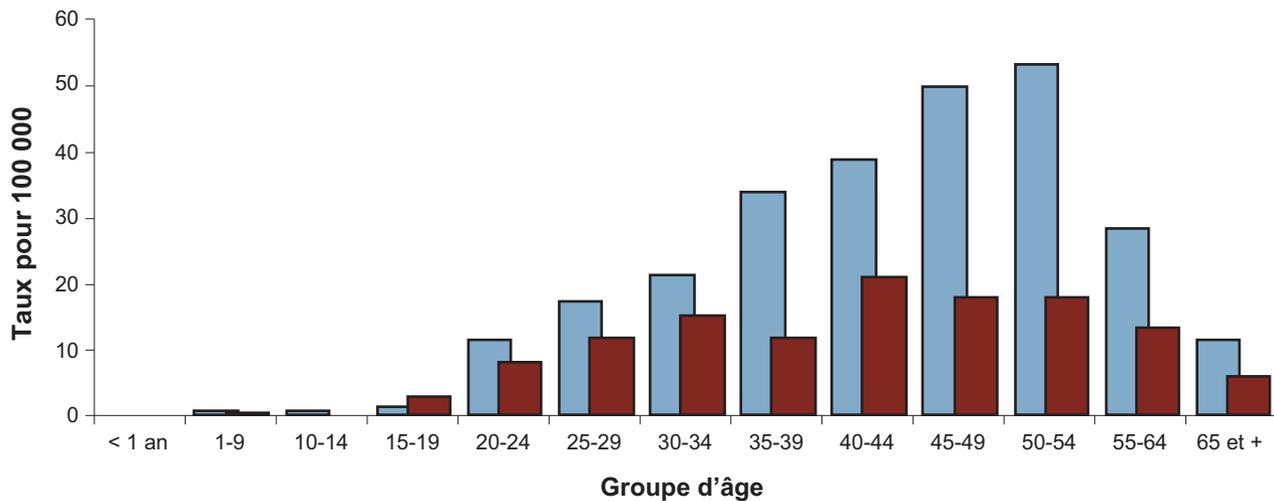
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012p
—■— Hommes	0,3	0,7	1,2	2,0	3,0	6,8	9,8	32,1	54,2	56,7	58,9	51,3	44,9	40,2	47,6	43,4	38,8	32,2	32,9	29,6	24,4	22,2	20,5
—▲— Femmes	0,0	0,5	0,6	1,4	2,3	3,6	4,8	15,3	26,1	29,1	27,4	26,1	22,7	19,7	24,7	19,1	17,9	15,6	14,2	12,1	10,8	10,2	10,1
—●— Total	0,2	0,6	0,9	1,7	2,7	5,1	7,3	23,6	40,2	44,6	50,2	39,3	34,2	30,1	36,6	31,4	28,7	24,1	24,1	21,9	18,5	17,1	16,0

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

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Figure 20 : Hépatite C\* : taux d'incidence\*\* des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2011**



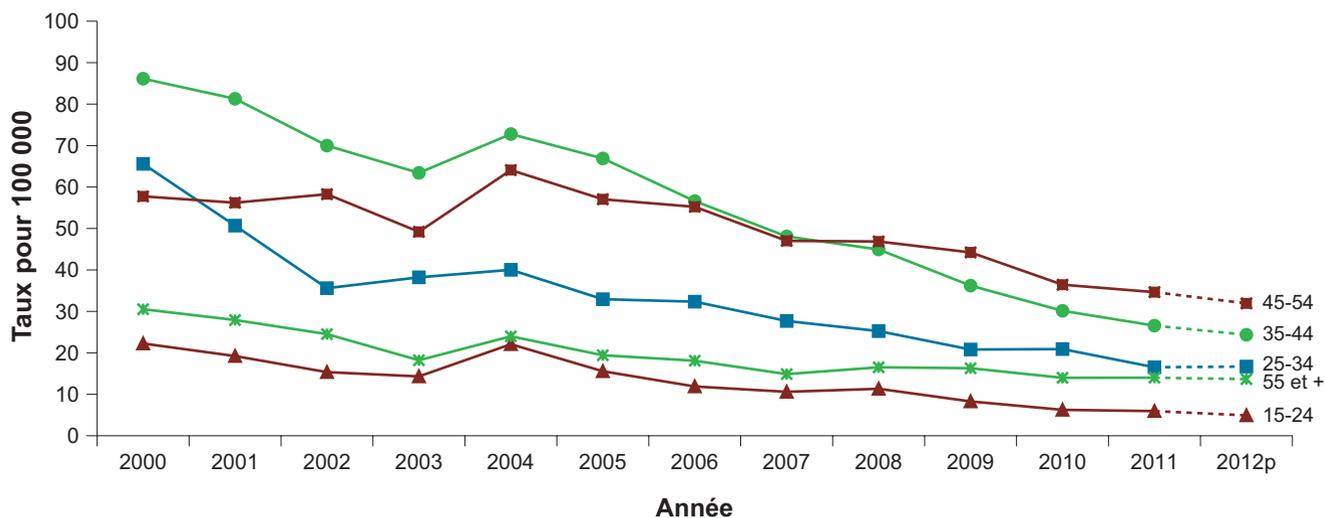
	< 1 an	1-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-64	65 et +
■ Hommes	0,0	0,5	0,5	1,2	11,3	17,3	21,2	33,8	38,5	49,7	52,9	28,3	11,4
■ Femmes	0,0	0,3	0,0	2,9	8,1	11,8	15,0	11,7	21,0	17,7	17,8	13,3	5,8

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

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes.

**Figure 21 : Hépatite C\* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Québec, de 2000 à 2012p\*\***



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

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

\*\* Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2012, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

**Tableau 9: Hépatite C (aiguë et non précisée): nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence\*, selon la région, Québec, de 2007 à 2012p\*\***

Région	2007		2008		2009		2010		2011		Moyenne 2007-2011		2012p**		Variation 2011-2007			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	21	10,4	11	5,5	19	9,4	20	9,9	17	8,4	17,6	8,7	11	5,7	-4	-19,0	-2,0	-19,1
Saguenay—Lac-Saint-Jean	22	8,1	27	9,9	29	10,7	17	6,3	24	8,9	23,8	8,8	16	6,0	2	9,1	0,8	10,1
Capitale-Nationale	113	16,8	152	22,4	137	20,1	100	14,5	116	16,7	123,6	18,0	127	18,2	3	2,7	0,0	-0,2
Mauricie et Centre-du-Québec	98	20,1	96	19,6	97	19,7	65	13,1	61	12,3	83,4	16,9	80	16,0	-37	-37,8	-7,8	-38,9
Estrie	77	25,4	68	22,3	58	18,9	56	18,2	42	13,5	60,2	19,5	41	13,1	-35	-45,5	-11,9	-46,8
Montréal	833	44,3	832	44,0	720	37,9	618	32,3	505	26,2	701,6	36,7	497	25,6	-328	-39,4	-18,1	-40,8
Outaouais	77	22,1	88	24,9	76	21,3	74	20,4	87	23,7	80,4	22,2	75	20,2	10	13,0	1,6	7,4
Abitibi-Témiscamingue	38	26,2	48	33,1	45	31,0	22	15,2	40	27,6	38,6	26,6	31	21,4	2	5,3	1,4	5,2
Côte-Nord	9	9,4	11	11,5	10	10,5	7	7,4	9	9,5	9,2	9,7	10	10,4	0	0,0	0,1	1,6
Nord-du-Québec	0	0,0	2	13,6	1	6,9	0	0,0	2	14,1	1,0	7,0	2	11,6	2	ND	14,1	ND
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	10	10,6	18	19,0	13	13,7	12	12,7	6	6,3	11,8	12,5	8	8,6	-4	-40,0	-4,2	-39,9
Chaudière-Appalaches	39	9,8	43	10,7	35	8,7	25	6,2	19	4,7	32,2	7,9	20	4,8	-20	-51,3	-5,1	-52,4
Laval	79	20,9	69	18,0	55	14,1	44	11,1	52	12,9	59,8	15,1	36	8,8	-27	-34,2	-7,9	-38,0
Lanaudière	73	16,5	45	10,0	52	11,3	41	8,8	38	8,0	49,8	10,6	33	6,7	-35	-47,9	-8,5	-51,7
Laurentides	126	23,9	159	29,7	156	28,7	161	29,1	163	29,1	153,0	27,7	124	21,8	37	29,4	5,1	21,4
Montérégie	234	16,8	198	14,0	197	13,8	192	13,3	171	11,7	198,4	13,7	166	11,3	-63	-26,9	-5,0	-30,1
Nunavik	0	0,0	1	8,8	1	8,7	1	8,5	2	16,9	1,0	8,6	0	0,0	2	ND	16,9	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	4	27,3	2	13,4	5	32,7	4	25,6	2	12,6	3,4	21,8	3	20,1	-2	-50,0	-14,8	-54,1
Région non précisée	0		0		2		0		0		0,4		0		0		0,0	
<b>Province de Québec</b>	<b>1853</b>	<b>24,1</b>	<b>1870</b>	<b>24,1</b>	<b>1708</b>	<b>21,9</b>	<b>1459</b>	<b>18,5</b>	<b>1356</b>	<b>17,1</b>	<b>1649,2</b>	<b>20,9</b>	<b>1279</b>	<b>16,0</b>	<b>-497</b>	<b>-26,8</b>	<b>-7,0</b>	<b>-29,2</b>

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

\* Taux pour 100 000 personnes.

\*\* Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 224 premiers jours de l'année (période du 1<sup>er</sup> janvier au 11 août 2012).

ND : Non disponible ; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

## Commentaires

Le nombre de cas déclarés a été très élevé dans les premières années suivant l'arrivée de tests de détection, années au cours desquelles l'hépatite C a pu être diagnostiquée chez les personnes anciennement infectées. La diminution de l'incidence des cas déclarés qui s'est observée ensuite reflète probablement davantage le rattrapage du diagnostic des cas anciennement infectés qu'une baisse réelle de l'incidence. D'ailleurs, les données issues des études menées auprès des UDI ne montrent pas de diminution de l'incidence ou de la prévalence de l'hépatite C au sein de ce groupe.

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

La condition d'entre 50 et 85 % des personnes infectées par l'hépatite C évoluera vers une infection chronique. Le nombre grandissant de personnes infectées par l'hépatite C qui développent éventuellement des complications et ont alors besoin de soins spécialisés fait en sorte que le fardeau de l'hépatite C sur le système de santé augmente, même si le nombre de cas déclarés chaque année diminue.

En plus des enjeux déjà mentionnés (sous-estimation du nombre réel des cas d'hépatite C aiguë, prévalence et incidence élevées chez les UDI, fardeau grandissant que représentent les soins de santé liés à l'hépatite C), d'autres questions sont de plus en plus préoccupantes : la transmission sexuelle du VHC chez les HARSAH, la co-infection avec le VIH et, enfin, les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les UDI.

## **VIH: encore de nombreux défis pour atteindre les objectifs de 0 transmission, 0 décès**

Depuis 2002, le programme de surveillance de l'infection par le VIH fournit des données sur la fréquence de l'infection et les catégories d'exposition des cas confirmés au LSPQ. Des rapports exhaustifs sont périodiquement diffusés à ce sujet et c'est pourquoi seuls les éléments principaux seront rapportés ici. Au total, 6916 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés, dans le cadre du programme, entre avril 2002 et décembre 2011. Parmi ceux-ci, on compte 3634 nouveaux diagnostics<sup>44</sup>, 2945 anciens diagnostics et 337 cas qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

### **Caractéristiques des cas d'infection par le VIH enregistrés pour l'année 2011<sup>45</sup>**

- En tout, 527 infections par le VIH ont été enregistrées en 2011 : 320 nouveaux diagnostics, 186 anciens et 21 cas pour lesquels on ne peut dire, d'après les informations disponibles, si le premier diagnostic de VIH a été établi en 2011 ou avant.
- Les hommes représentent 87,5 % des nouveaux diagnostics.
- Pour ce qui est des cas masculins consistant en de nouveaux diagnostics (280), 10% de ces hommes ont entre 15 et 24 ans, 30% ont entre 25 et 34 ans, 22% ont entre 35 et 44 ans, et 37% sont âgés de 45 ans ou plus.
- Quant aux cas féminins consistant en de nouveaux diagnostics (40), 12% de ces femmes ont de 15 à 24 ans, 25% ont entre 25 et 34 ans, 18% ont entre 35 et 44 ans, et 40% ont 45 ans ou plus.
- Dans le cadre du programme de surveillance, pour l'année 2011, 62 % des cas (anciens et nouveaux diagnostics) ont été enregistrés dans la région de Montréal, la proportion est de 8 % dans les régions de Québec et de la Montérégie, et de 4 % dans les régions de l'Estrie, de l'Outaouais et de Laval. Aucun cas n'a été enregistré en 2011 dans les régions de la Côte Nord, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

### **Catégories d'exposition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS enregistrés en 2011**

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2011 demeurent les mêmes qu'auparavant ; plus précisément :

- on recense dix fois plus de cas chez les HARSAH (198 cas) que chez les UDI (20 cas). Les HARSAH représentent 62 % des nouveaux diagnostics et 71 % de ceux qui concernent les hommes ;
- les personnes originaires d'un pays où la maladie est endémique<sup>46</sup> représentent 12,5 % des nouveaux diagnostics et 42,5 % de ceux qui se rapportent aux femmes. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente pour ces dernières ;

44. Nouveau diagnostic : aucun antécédent de test de dépistage ou tests antérieurs tous négatifs ; ancien diagnostic : cas dont au moins un des tests antérieurs s'était avéré positif mais qui n'avait pas été enregistré dans le cadre du programme. soit parce que le résultat était antérieur au début du programme, soit parce que les informations étaient insuffisantes pour permettre l'enregistrement (ex. : absence du numéro d'assurance maladie).

45. R. BITERA *et al.*, *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : cas cumulatifs 2002-2011*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2012, 145p., [En ligne], < [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1579\\_ProgSurvInfectionVIHQc\\_CasCumul2002-2011.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1579_ProgSurvInfectionVIHQc_CasCumul2002-2011.pdf) >.

46. Pays qui affichent un taux important d'infections par le VIH et où le mode de transmission prédominant est le contact hétérosexuel.

- les personnes hétérosexuelles non originaires de pays où la maladie est endémique représentent 14,4 % des nouveaux diagnostics. Cette catégorie inclut les personnes hétérosexuelles dont le partenaire présente un facteur de risque connu, les personnes ayant soit de multiples partenaires, soit des contacts avec des travailleuses ou des travailleurs du sexe, soit des antécédents d'ITSS ainsi que les personnes ayant fait des séjours dans un pays où la maladie est endémique et celles pour lesquelles il n'y a aucune précision sur leurs partenaires ;
- les UDI représentent 6,3 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2011.

### Transmission verticale

On a enregistré 31 nouveaux diagnostics de transmission verticale depuis 2002, dont 13 concernent des enfants nés au Canada : 10 enfants ont une mère originaire d'un pays où la maladie est endémique, 1 enfant a une mère d'origine autochtone, 1 enfant a une mère d'une autre origine et 1 enfant a une mère d'origine canadienne. Les 18 autres enfants sont nés à l'extérieur du Canada.

### Tendances<sup>47</sup>

Les tendances sont difficiles à préciser puisque le nombre de cas fluctue d'année en année, mais il est possible de dégager de l'analyse les constats qui suivent.

- Entre 2003 et 2007, on observe une moyenne de 409 nouveaux diagnostics de VIH par année. La moyenne est de 339 pour la période 2008-2011, soit une diminution de 17 %.
- Chez les hommes, la moyenne s'établissait à 330 nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2003 et 2007. Elle est de 286 pour la période 2008-2011, soit une diminution de 13 %.
- Chez les femmes, on comptait, en moyenne, 79 nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2003 et 2007. La moyenne est de 53 pour la période 2008-2011, soit une diminution de 33 %.
- Les tendances ne sont pas homogènes au sein des groupes d'âge et des catégories d'exposition. Une tendance à la hausse des nouveaux diagnostics semble se dégager pour les HARSAH de moins de 30 ans : alors que la moyenne annuelle de nouveaux diagnostics était de 39 pour la période 2003-2007, elle a été de 49 pour la période 2008-2011, soit une augmentation de 26 %. Une tendance inverse est observée surtout pour les hommes âgés de 30 à 49 ans : la moyenne annuelle de nouveaux diagnostics était de 149 pour la période 2003-2007, tandis qu'elle a été de 124 pour la période 2008-2011, soit une diminution de 17 %.
- La proportion d'HARSAH parmi les nouveaux diagnostics est passée de 50 % en 2003 à 57 % en 2006, pour ensuite fluctuer entre 61 et 65 % entre 2007 et 2011. Le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH a varié entre 198 et 237 cas par année.
- Entre 2003 et 2011, la proportion d'UDI parmi les nouveaux diagnostics est passée de 15,8 % à 6,3 %.

Depuis l'implantation du programme de surveillance du VIH en avril 2002, la région de Montréal recense à elle seule 63,9 % de l'ensemble des cas (nouveaux et anciens diagnostics) enregistrés dans le cadre du programme de surveillance ( $n = 6914$ ). La proportion est relativement stable depuis l'instauration de ce programme.

47. Les tendances doivent être observées avec prudence et les différences rapportées dans cette section ne sont pas nécessairement statistiquement significatives.

## Jeunes de 15 à 24 ans

Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 5,5 % (380/6916) de l'ensemble des cas enregistrés depuis le début du programme de surveillance. Pour les nouveaux diagnostics enregistrés depuis avril 2002, la proportion de ces jeunes s'établit à 7%, soit 6% chez les hommes et 9,8% chez les femmes.

La grande majorité (80%) des nouveaux diagnostics chez les hommes de 15 à 24 ans concernent des HARSAH.

Une tendance à la hausse semble se dégager quant au nombre de nouveaux diagnostics chez les jeunes HARSAH de 15 à 24 ans. Il s'agit de petits nombres et la hausse semble s'amorcer seulement depuis 2010, aussi la prudence s'impose-t-elle dans l'interprétation des observations suivantes. En 2011, 27 nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez des jeunes HARSAH de 15 à 24 ans, ce qui est le nombre annuel le plus élevé depuis le début du programme de surveillance: la moyenne annuelle des nouveaux diagnostics est passée de 13 (2003-2007) à 19 (2008-2011).

Depuis avril 2002, les nouveaux diagnostics enregistrés concernant des femmes de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans ont totalisé respectivement 12 et 52 cas. Les principales catégories d'exposition sont l'origine de pays où la maladie est endémique (42%), l'utilisation de drogues par injection (27%) et le fait d'avoir un partenaire sexuel présentant un facteur de risque identifié (22%).

## Estimation de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité

En 2011, selon les estimations produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada<sup>48</sup>, on a évalué qu'au Québec, environ 760 personnes (entre 520 et 1 000) auraient contracté le VIH durant l'année; cette donnée est légèrement inférieure à l'estimation faite pour l'année 2008, qui est de 819 (entre 540 et 1 100).

Selon ces mêmes estimations, environ 19 300 personnes (entre 15 600 et 23 000) seraient atteintes du VIH au Québec (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida) en 2011. Comme l'infection par le VIH est chronique et que le taux de mortalité s'y rapportant connaît une régression, il est prévisible que la prévalence continue de progresser même si l'incidence continue de diminuer. Ainsi, on estime que 17 620 personnes (entre 14 240 et 21 000) vivaient avec le VIH au Québec en 2008.

Le nombre de décès<sup>49</sup> causés par le sida selon le sexe a constamment progressé entre 1983 (7 décès) et 1995 (586 décès). Avec l'avènement de thérapies hautement efficaces, le nombre de décès a diminué considérablement et les données provisoires pour 2010 et 2011 font état de 67 et de 69 décès respectivement. Le taux de mortalité est ainsi passé de 8,1 décès pour 100 000 habitants en 1995 à 0,9 décès pour 100 000 habitants en 2010 et 2011 (données provisoires). Depuis 1983, on compte près de 6 000 personnes décédées du sida, dont 87% étaient des hommes.

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, la proportion estimée de personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut est des 20% chez les HARSAH, 24% chez les UDI et 34% parmi les hétérosexuels<sup>50</sup>.

48. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Estimations pour le Québec de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, province de Québec, mise à jour au 24 septembre 2011*, communication personnelle faite par le D<sup>r</sup> Chris Archibald, 2012.

49. Selon les fichiers de l'Institut de la statistique du Québec, en date du 15 août 2012.

50. CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Résumé: Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011*.

## L'infection par le VIH au Canada et ailleurs dans le monde

Au Canada<sup>51</sup>, 2 358 tests positifs pour le VIH ont été signalés à l'Agence de santé publique du Canada en 2010, nombre qui demeure relativement stable depuis 2002. Le taux (pour 100 000 personnes) de ces tests positifs chez les personnes de 15 ans et plus était de 8,2 pour 100 000. Il varie de 1,1 dans les provinces atlantiques à 19,1 en Saskatchewan. Le taux pour le Québec s'établit à 7,1 alors que ceux de l'Ontario et de la Colombie-Britannique sont respectivement de 9,7 et de 7,8. Là comme au Québec, les HARSAH constituent la catégorie d'exposition la plus fréquemment rapportée.

Aux États-Unis<sup>52</sup>, le taux d'incidence est évalué à 16,1 pour 100 000 personnes pour l'année 2010, et il semble être resté stable entre 2007 et 2010. Par contre, les taux évoluent dans certains groupes d'âge : une diminution des taux s'observe chez les adultes de 35 à 44 ans, mais une augmentation est notée chez les jeunes de 15 à 24 ans. Comme au Québec, la proportion des cas rapportés qui concernent des HARSAH augmente, tandis que celle des cas concernant des UDI diminue.

En Europe<sup>53</sup>, le taux de diagnostic de l'infection par le VIH est évalué à 5,7 pour 100 000 personnes en 2010 pour l'ensemble des pays participant au système de surveillance. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 10,9% des cas.

51. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Coup d'œil – Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2010*, [En ligne], < [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2010/dec/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2010/dec/index-fra.php) > (Consulté le 12 octobre 2012).

52. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, *Diagnoses of HIV Infection and AIDS in the United States and Dependant Areas, 2010*, HIV Surveillance Report, vol. 22, Atlanta (Georgie), Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, 2012, 78 p., [En ligne], < [http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2010report/pdf/2010\\_HIV\\_Surveillance\\_Report\\_vol\\_22.pdf#Page=1](http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2010report/pdf/2010_HIV_Surveillance_Report_vol_22.pdf#Page=1) >.

53. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL and WORLD HEALTH ORGANISATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE, *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011, IX + 89 p., [En ligne], < [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DispForm.aspx?ID=785](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=785) > (Consulté le 4 novembre 2012).

**Tableau 10 : Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, d'avril 2002 à décembre 2011**

	Année du prélèvement										Total
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
<b>Anciens diagnostics</b>											
Sexe masculin	277	339	267	229	198	215	200	209	162	137	<b>2233</b>
Sexe féminin	83	117	80	80	55	75	66	60	42	49	<b>707</b>
Transsexuelle H-F	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	<b>3</b>
Transsexuel F-H	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	<b>1</b>
Sexe inconnu	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	<b>1</b>
Sous-total	360	457	347	310	254	290	268	269	204	186	<b>2945</b>
<b>Nouveaux diagnostics</b>											
Sexe masculin	183	355	305	337	374	280	329	256	281	280	<b>2980</b>
Sexe féminin	47	88	87	83	81	56	60	51	60	40	<b>653</b>
Transsexuelle H-F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Transsexuel F-H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Sexe inconnu	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	<b>1</b>
Sous-total	230	443	392	420	456	336	389	307	341	320	<b>3634</b>
<b>Impossible à caractériser</b>											
Sexe masculin	55	33	48	8	12	22	14	33	17	17	<b>259</b>
Sexe féminin	26	13	14	5	3	4	2	7	0	4	<b>78</b>
Transsexuelle H-F	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Transsexuel F-H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Sexe inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<b>0</b>
Sous-total	81	46	62	13	15	26	16	40	17	21	<b>337</b>
<b>Total</b>	<b>671</b>	<b>946</b>	<b>801</b>	<b>743</b>	<b>725</b>	<b>652</b>	<b>673</b>	<b>616</b>	<b>562</b>	<b>527</b>	<b>6916</b>

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2012

**Tableau 11 : Infection par le VIH : nombre de cas et proportion de l'ENSEMBLE DES CAS, par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, d'avril 2002<sup>1</sup> à décembre 2011**

	HARSAH		HARSAH-UDI		UDI		Pays endém.		Rel Hétéro part à risque		Facteur de coag.		Receveur transfus.		Rel Hétéro. Part SRI		Aucun risqué id.		Mère-enfant		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N
<b>Hommes</b>																						
2002	270	52,4	26	5,0	120	23,3	40	7,8	12	2,3	3	0,6	2	0,4	33	6,4	6	1,2	3	0,6		<b>515</b>
2003	414	56,9	39	5,4	146	20,1	50	6,9	18	2,5	3	0,4	1	0,1	45	6,2	10	1,4	1	0,1		<b>727</b>
2004	364	58,7	38	6,1	92	14,8	50	8,1	14	2,3	1	0,2	0	0,0	48	7,7	9	1,5	4	0,6		<b>620</b>
2005	352	61,3	28	4,9	76	13,2	54	9,4	11	1,9	2	0,3	4	0,7	35	6,1	6	1,0	6	1,0		<b>574</b>
2006	359	61,5	33	5,7	83	14,2	48	8,2	8	1,4	3	0,5	2	0,3	46	7,9	0	0,0	2	0,3		<b>584</b>
2007	341	66,0	19	3,7	53	10,3	33	6,4	9	1,7	5	1,0	1	0,2	48	9,3	4	0,8	4	0,8		<b>517</b>
2008	368	67,8	23	4,2	49	9,0	43	7,9	21	3,9	0	0,0	0	0,0	33	6,1	0	0,0	6	1,1		<b>543</b>
2009	360	72,3	18	3,6	32	6,4	29	5,8	9	1,8	6	1,2	4	0,8	30	6,0	1	0,2	9	1,8		<b>498</b>
2010	331	72,0	17	3,7	29	6,3	35	7,6	8	1,7	2	0,4	1	0,2	33	7,2	3	0,7	1	0,2		<b>460</b>
2011	301	69,4	14	3,2	32	7,4	39	9,0	14	3,2	2	0,5	1	0,2	22	5,1	5	1,2	4	0,9		<b>434</b>
<b>Sous-total H</b>	<b>3460</b>	<b>63,2</b>	<b>255</b>	<b>4,7</b>	<b>712</b>	<b>13,0</b>	<b>421</b>	<b>7,7</b>	<b>124</b>	<b>2,3</b>	<b>27</b>	<b>0,5</b>	<b>16</b>	<b>0,3</b>	<b>373</b>	<b>6,8</b>	<b>44</b>	<b>0,8</b>	<b>40</b>	<b>0,7</b>		<b>5472</b>
<b>Femmes</b>																						
2002					44	28,2	69	44,2	18	11,5	1	0,6	3	1,9	19	12,2	0	0,0	2	1,3		<b>156</b>
2003					65	29,8	97	44,5	24	11,0	0	0,0	1	0,5	26	11,9	3	1,4	2	0,9		<b>218</b>
2004					41	22,7	80	44,2	23	12,7	0	0,0	5	2,8	29	16,0	0	0,0	3	1,7		<b>181</b>
2005					38	22,6	70	41,7	25	14,9	0	0,0	1	0,6	26	15,5	0	0,0	8	4,8		<b>168</b>
2006					30	21,6	57	41,0	25	18,0	1	0,7	1	0,7	22	15,8	0	0,0	3	2,2		<b>139</b>
2007					30	22,2	62	45,9	17	12,6	0	0,0	1	0,7	25	18,5	0	0,0	0	0,0		<b>135</b>
2008					14	10,9	68	53,1	25	19,5	1	0,8	0	0,0	12	9,4	1	0,8	7	5,5		<b>128</b>
2009					20	16,9	58	49,2	17	14,4	0	0,0	2	1,7	17	14,4	0	0,0	4	3,4		<b>118</b>
2010					12	11,8	55	53,9	14	13,7	0	0,0	0	0,0	17	16,7	0	0,0	4	3,9		<b>102</b>
2011					8	8,6	50	53,8	14	15,1	0	0,0	0	0,0	13	14,0	0	0,0	8	8,6		<b>93</b>
<b>Sous-total F</b>					<b>302</b>	<b>21,0</b>	<b>666</b>	<b>46,3</b>	<b>202</b>	<b>14,0</b>	<b>3</b>	<b>0,2</b>	<b>14</b>	<b>1,0</b>	<b>206</b>	<b>14,3</b>	<b>4</b>	<b>0,3</b>	<b>41</b>	<b>2,9</b>		<b>1438</b>
<b>Tous les cas</b>																						
2002	270	40,2	26	3,9	164	24,4	109	16,2	30	4,5	4	0,6	5	0,7	52	7,7	6	0,9	5	0,7		<b>671</b>
2003	414	43,8	39	4,1	211	22,3	147	15,6	42	4,4	3	0,3	2	0,2	71	7,5	13	1,4	3	0,3		<b>945</b>
2004	364	45,4	38	4,7	133	16,6	130	16,2	37	4,6	1	0,1	5	0,6	77	9,6	9	1,1	7	0,9		<b>801</b>
2005	352	47,4	28	3,8	114	15,4	124	16,7	36	4,9	2	0,3	5	0,7	61	8,2	6	0,8	14	1,9		<b>742</b>
2006	359	49,7	33	4,6	113	15,6	105	14,5	33	4,6	4	0,6	3	0,4	68	9,4	0	0,0	5	0,7		<b>723</b>
2007	341	52,3	19	2,9	83	12,7	95	14,6	26	4,0	5	0,8	2	0,3	73	11,2	4	0,6	4	0,6		<b>652</b>
2008	368	54,8	23	3,4	63	9,4	111	16,5	46	6,9	1	0,1	0	0,0	45	6,7	1	0,1	13	1,9		<b>671</b>
2009	360	58,4	18	2,9	52	8,4	87	14,1	26	4,2	6	1,0	6	1,0	47	7,6	1	0,2	13	2,1		<b>616</b>
2010	331	58,9	17	3,0	41	7,3	90	16,0	22	3,9	2	0,4	1	0,2	50	8,9	3	0,5	5	0,9		<b>562</b>
2011	301	57,1	14	2,7	40	7,6	89	16,9	28	5,3	2	0,4	1	0,2	35	6,6	5	0,8	12	2,3		<b>527</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3462</b>	<b>50,1</b>	<b>256</b>	<b>3,7</b>	<b>1014</b>	<b>14,7</b>	<b>1087</b>	<b>15,7</b>	<b>327</b>	<b>4,7</b>	<b>30</b>	<b>0,4</b>	<b>30</b>	<b>0,4</b>	<b>580</b>	<b>8,4</b>	<b>48</b>	<b>0,7</b>	<b>81</b>	<b>1,2</b>		<b>6915</b>

**Source :** Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2012<sup>1</sup> En 2002, les données ne couvrent qu'une période de huit mois et demi en raison de l'entrée en vigueur du programme en avril 2002.

Rel Hétéro part à risque : relations sexuelles avec partenaire ayant un des risques suivants : VIH+, or pays end, UDI, HARSAH, receveur transfusion ou facteur coag.

Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié mais avec mutli part, contact travailleur(euse) du sexe, ant ITS, séjour pays endem, sans précision sur part.

**Tableau 12 : Infection par le VIH : nombre de cas et proportion des NOUVEAUX DIAGNOSTICS, par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, d'avril 2002<sup>1</sup> à décembre 2011**

	HARSAH		HARSAH-UDI		UDI		Pays endém.		Rel Hétéro part à risque		Facteur de coag.		Receveur transfus.		Rel Hétéro. Part SRI		Aucun risqué id.		Mère-enfant		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
<b>Hommes</b>																						
2002	115	62,8	2	1,1	19	10,4	19	10,4	7	3,8	0	0,0	0	0,0	16	8,7	2	1,1	3	1,6		<b>183</b>
2003	223	62,8	18	5,1	48	13,5	24	6,8	12	3,4	0	0,0	0	0,0	25	7,0	5	1,4	0	0,0		<b>355</b>
2004	194	63,6	14	4,6	26	8,5	30	9,8	6	2,0	0	0,0	0	0,0	28	9,2	5	1,6	2	0,7		<b>305</b>
2005	234	69,4	9	2,7	27	8,0	27	8,0	8	2,4	0	0,0	0	0,0	23	6,8	5	1,5	4	1,2		<b>337</b>
2006	258	69,0	14	3,7	24	6,4	38	10,2	7	1,9	1	0,3	1	0,3	30	8,0	0	0,0	1	0,3		<b>374</b>
2007	206	73,6	8	2,9	15	5,4	17	6,1	4	1,4	0	0,0	0	0,0	28	10,0	2	0,7	0	0,0		<b>280</b>
2008	237	72,0	15	4,6	18	5,5	18	5,5	17	5,2	0	0,0	0	0,0	22	6,7	0	0,0	2	0,6		<b>329</b>
2009	199	77,7	4	1,6	15	5,9	13	5,1	5	2,0	0	0,0	1	0,4	19	7,4	0	0,0	0	0,0		<b>256</b>
2010	219	77,9	9	3,2	8	2,8	21	7,5	6	2,1	0	0,0	0	0,0	17	6,0	1	0,4	0	0,0		<b>281</b>
2011	198	70,7	6	2,1	15	5,4	23	8,2	12	4,3	0	0,0	1	0,4	18	6,4	4	1,4	3	1,1		<b>280</b>
<b>Sous-total H</b>	<b>2083</b>	<b>69,9</b>	<b>99</b>	<b>3,3</b>	<b>215</b>	<b>7,2</b>	<b>230</b>	<b>7,7</b>	<b>84</b>	<b>2,8</b>	<b>1</b>	<b>0,0</b>	<b>3</b>	<b>0,1</b>	<b>226</b>	<b>7,6</b>	<b>24</b>	<b>0,8</b>	<b>15</b>	<b>0,5</b>		<b>2980</b>
<b>Femmes</b>																						
2002					11	23,4	20	42,6	8	17,0	0	0,0	0	0,0	7	14,9	0	0,0	1	2,1		<b>47</b>
2003					22	25,0	46	52,3	10	11,4	0	0,0	0	0,0	8	9,1	0	0,0	2	2,3		<b>88</b>
2004					14	16,1	41	47,1	14	16,1	0	0,0	1	1,1	15	17,2	0	0,0	2	2,3		<b>87</b>
2005					13	15,7	36	43,4	15	18,1	0	0,0	0	0,0	16	19,3	0	0,0	3	3,6		<b>83</b>
2006					17	21,0	27	33,3	20	24,7	0	0,0	1	1,2	15	18,5	0	0,0	1	1,2		<b>81</b>
2007					13	23,2	25	44,6	7	12,5	0	0,0	0	0,0	11	19,6	0	0,0	0	0,0		<b>56</b>
2008					5	8,3	27	45,0	16	26,7	0	0,0	0	0,0	9	15,0	1	1,7	2	3,3		<b>60</b>
2009					5	9,8	25	49,0	13	25,5	0	0,0	0	0,0	8	15,7	0	0,0	0	0,0		<b>51</b>
2010					5	8,3	29	48,3	11	18,3	0	0,0	0	0,0	12	20,0	0	0,0	3	5,0		<b>60</b>
2011					5	10,5	17	42,5	10	25,0	0	0,0	0	0,0	6	15,0	0	0,0	2	5,0		<b>40</b>
<b>Sous-total F</b>					<b>110</b>	<b>16,8</b>	<b>293</b>	<b>44,9</b>	<b>124</b>	<b>19,0</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>2</b>	<b>0,3</b>	<b>107</b>	<b>16,4</b>	<b>1</b>	<b>0,2</b>	<b>16</b>	<b>2,5</b>		<b>653</b>
<b>Tous les cas</b>																						
2002	115	50,0	2	0,9	30	13,0	39	17,0	15	6,5	0	0,0	0	0,0	23	10,0	2	0,9	4	1,7		<b>230</b>
2003	223	50,3	18	4,1	70	15,8	70	15,8	22	5,0	0	0,0	0	0,0	33	7,5	5	1,1	2	0,5		<b>443</b>
2004	194	49,5	14	3,6	40	10,2	71	18,1	20	5,1	0	0,0	1	0,3	43	11,0	5	1,3	4	1,0		<b>392</b>
2005	234	55,7	9	2,1	40	9,5	63	15,0	23	5,5	0	0,0	0	0,0	39	9,3	5	1,2	7	1,7		<b>420</b>
2006	258	56,7	14	3,1	41	9,0	65	14,3	27	5,9	1	0,2	2	0,4	45	9,9	0	0,0	2	0,4		<b>456</b>
2007	206	61,3	8	2,4	28	8,3	42	12,5	11	3,3	0	0,0	0	0,0	39	11,6	2	0,6	0	0,0		<b>336</b>
2008	237	60,9	15	3,9	23	5,9	45	11,6	33	8,5	0	0,0	0	0,0	31	8,0	1	0,3	4	1,0		<b>389</b>
2009	199	64,8	4	1,3	20	6,5	38	12,4	18	5,9	0	0,0	1	0,3	27	8,8	0	0,0	0	0,0		<b>307</b>
2010	219	64,2	9	2,6	13	3,8	50	14,7	17	5,0	0	0,0	0	0,0	29	8,5	1	0,3	3	0,9		<b>341</b>
2011	198	61,9	6	1,9	20	6,3	40	12,5	22	6,9	0	0,0	1	0,3	24	7,5	4	1,3	5	1,6		<b>320</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2083</b>	<b>57,3</b>	<b>99</b>	<b>2,7</b>	<b>325</b>	<b>8,9</b>	<b>523</b>	<b>14,4</b>	<b>208</b>	<b>5,7</b>	<b>1</b>	<b>0,0</b>	<b>5</b>	<b>0,1</b>	<b>333</b>	<b>9,2</b>	<b>25</b>	<b>0,7</b>	<b>31</b>	<b>0,9</b>		<b>3633</b>

**Source :** Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2012<sup>1</sup> En 2002, le nombre de spécimens prélevés ne couvre qu'une période de huit mois et demi en raison de l'entrée en vigueur du programme en avril.

Rel Hétéro part à risque : relations sexuelles avec partenaire ayant un des risques suivants : VIH+, or pays end, UDI, HARSAH, receveur transfusion ou facteur coag.

Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié mais avec mutl part, contact travailleur(euse) du sexe, ant ITS, séjour pays endem, sans précision sur part.

**Tableau 13: Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics enregistrés et taux brut d'incidence\*, selon la région, Québec, de 2007 à 2011**

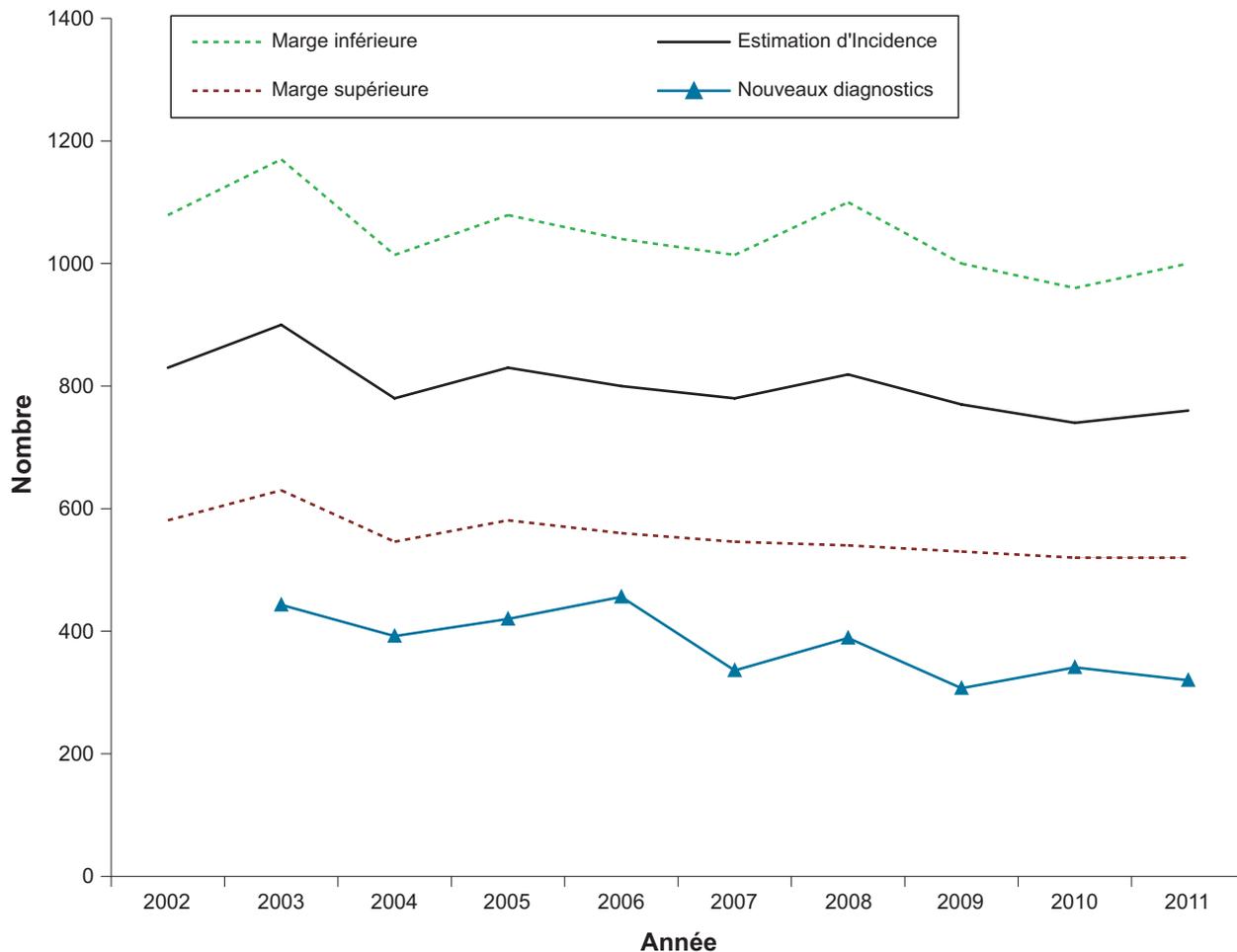
Région	2007		2008		2009		2010		2011		Variation 2011-2007			
	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	8	4,0	2	1,0	2	1,0	2	1,0	0	0,0	0,0	-0,1
Saguenay—Lac-Saint-Jean	2	0,7	2	0,7	3	1,1	4	1,5	2	0,7	0	0,0	0,0	0,9
Capitale-Nationale	19	2,8	28	4,1	24	3,5	24	3,5	28	4,0	9	47,4	1,2	43,2
Mauricie et Centre-du-Québec	4	0,8	11	2,2	2	0,4	13	2,6	3	0,6	-1	-25,0	-0,2	-26,4
Estrie	6	2,0	7	2,3	7	2,3	5	1,6	12	3,9	6	100,0	1,9	95,1
Montréal	218	11,6	249	13,2	182	9,6	215	11,2	192	10,0	-26	-11,9	-1,6	-14,0
Outaouais	14	4,0	4	1,1	10	2,8	8	2,2	14	3,8	0	0,0	-0,2	-5,0
Abitibi-Témiscamingue	1	0,7	2	1,4	3	2,1	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0,0	-0,1
Côte-Nord	0	0,0	2	2,1	2	2,1	3	3,2	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,0	1	ND	7,0	ND
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	1	1,1	1	ND	1,1	ND
Chaudière-Appalaches	0	0,0	2	0,5	6	1,5	2	0,5	2	0,5	2	ND	0,5	ND
Laval	13	3,4	12	3,1	17	4,4	16	4,0	17	4,2	4	30,8	0,8	23,1
Lanaudière	8	1,8	8	1,8	13	2,8	4	0,9	10	2,1	2	25,0	0,3	16,0
Laurentides	18	3,4	15	2,8	9	1,7	7	1,3	8	1,4	-10	-55,6	-2,0	-58,3
Montérégie	30	2,1	38	2,7	26	1,8	38	2,6	27	1,9	-3	-10,0	-0,3	-13,9
Nunavik	1	9,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-1	-100,0	-9,0	-100,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
<b>Province de Québec</b>	<b>336</b>	<b>4,4</b>	<b>389</b>	<b>5,0</b>	<b>307</b>	<b>3,9</b>	<b>341</b>	<b>4,3</b>	<b>320</b>	<b>4,0</b>	<b>-16</b>	<b>-4,8</b>	<b>-0,3</b>	<b>-7,9</b>

Source : Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2012.

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

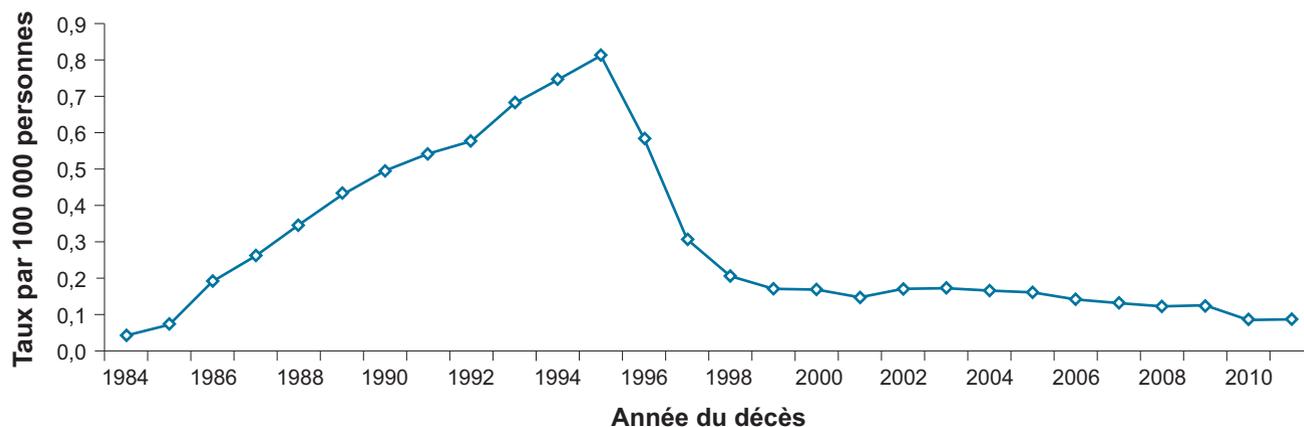
ND : Non disponible ; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

**Figure 22 : Infection par le VIH : estimation de l'incidence et nombre de nouveaux diagnostics, Québec, de 2002 à 2011**



**Source :** Agence de santé publique du Canada, Division de la surveillance et de l'Épidémiologie  
Nouveaux diagnostics Québec : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, Québec, avril 2002 à décembre 2011

**Figure 23 : Taux brut de mortalité par sida, Québec, de 1984 à 2011**



Source : Institut de la statistique du Québec

### Commentaires

L'OMS<sup>54</sup> a adopté, dans sa stratégie 2011-2015 sur le VIH-sida, la vision suivante : zéro nouvelle infection par le VIH, zéro décès lié au SIDA et zéro discrimination dans un monde où les personnes infectées par le VIH vivent longtemps et en bonne santé.

Au Québec, même s'il faut interpréter avec prudence les données du programme de surveillance du VIH, compte tenu des limites de ce système<sup>55</sup>, une légère diminution du nombre annuel de nouveaux diagnostics et des estimations d'incidence pourrait refléter certains résultats prometteurs de la lutte contre l'infection par le VIH (thérapies hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale, dépistage et prise en charge des cas détectés et approches comportementales plus appropriées, par exemple). La diminution du nombre de décès et celle du taux de mortalité sont aussi des éléments encourageants.

Toutefois, plusieurs constats nous donnent à croire que les efforts devront être consolidés pour que la vision de l'OMS se concrétise un jour. L'augmentation des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH chez les jeunes hommes de moins de 30 ans, et en particulier celle touchant les jeunes HARSAH de 15 à 24 ans, témoigne que l'infection par le VIH continue de se propager au Québec. Sur la base de l'estimation faite par l'Agence de santé publique du Canada concernant l'incidence de l'infection par le VIH au Québec, en 2011 (entre 520 et 1 000 cas), le taux d'incidence pour 100 000 personnes se situerait entre 6,5 et 12,5 pour 100 000 ; il serait comparable à celui de l'incidence de la syphilis infectieuse.

54. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/SIDA 2011-2015*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 2011, 42 p., [En ligne], < [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501650\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501650_fre.pdf) >.

55. Le lecteur peut se référer au rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec pour les explications relatives aux limites du programme (voir R. BITERA *et al.*, *op. cit.*).

## POPULATIONS PARTICULIÈREMENT TOUCHÉES

Certains groupes de la population apparaissent plus vulnérables aux ITSS : les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue), les HARSAH, les personnes qui utilisent des drogues (notamment les UDI), les personnes incarcérées, les Québécois originaires de régions où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, les Autochtones ainsi que les travailleurs et travailleuses du sexe.

Ces groupes sont plus vulnérables soit à l'une ou à l'autre des ITSS en particulier, soit à plusieurs d'entre elles.

Des données épidémiologiques détaillées concernant ces diverses populations sont regroupées aux annexes 3 et 4.

### Jeunes âgés de 15 à 24 ans

Le Québec compte un million de jeunes âgés de 15 à 24 ans (489 203 filles et 511 647 garçons), lesquels forment 12,4 % de la population<sup>56</sup>.

En 2011, selon les données du fichier des MADO, les jeunes de 15 à 24 ans représentent 67 % des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, 44 % des cas d'infection gonococcique, 19 % des cas de syphilis infectieuse, 7 % des cas d'hépatite B (tous types) et 4 % des cas d'hépatite C (tous types). Par ailleurs, ils représentent 10,6 % des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH<sup>57</sup>.

Entre 2007 et 2011, les nombres de cas déclarés de chlamydie génitale, d'infection gonococcique et de syphilis en phase infectieuse ont crû respectivement de 45 %, de 40 % et de 576 % dans ce groupe d'âge. Aucune étude représentative de la population que forment les jeunes n'a encore été effectuée au Québec, ni au Canada, concernant la prévalence de ces infections.

1. **L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire**, dont la collecte s'est déroulée en 2010-2011, est la dernière enquête d'envergure nationale incluant des informations sur le comportement sexuel<sup>58</sup>. Il ressort de cette enquête que :
  - 37 % des élèves du secondaire âgés de 14 ans et plus ont eu des relations sexuelles consensuelles (33 % ont eu des relations orales, 31 % ont eu des relations vaginales et 6 %, des relations anales) ;
  - parmi ceux-ci, environ 3 sur 10 disent avoir eu des relations orales (31 %) ou vaginales (30 %) avec « 3 partenaires ou plus au cours de leur vie » (la proportion est de 15 % pour les relations anales) ;
  - les deux tiers (68 %) des jeunes ayant eu des relations sexuelles vaginales rapportent avoir utilisé un condom pendant leur dernière relation de ce type (75 % des garçons versus 62 % des filles), alors que 51 % des jeunes ayant eu des relations anales rapportent avoir utilisé un condom au cours de leur dernière relation de ce type (58 % des garçons versus 42 % des filles).

56. Direction des statistiques sociodémographiques. Le Bilan Démographique du Québec édition 2012. Institut de la statistique du Québec. Décembre 2012.

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

58. L.A. PICA, P. LECLERC et H. CAMIRAND, « Comportements sexuels chez les élèves de 14 ans et plus », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*, tome 1 : *Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, chapitre 8, [Québec], Institut de la statistique du Québec, 2012, p. 209-229.

2. **L'Enquête québécoise sur la santé de la population** de 2008, qui comportait elle aussi un volet sur la santé sexuelle<sup>59</sup>, a montré :
- qu'environ la moitié des jeunes âgés de 15 à 17 ans (52%) et presque 9 jeunes âgés de 18 à 24 ans sur 10 (87 %) ont déjà eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales. La proportion des 15-19 ans ayant déjà eu de telles relations sexuelles est similaire à celle qui s'observait dix ans plus tôt (61 % versus 59%)<sup>60</sup>;
  - qu'environ le tiers des jeunes de 15 à 24 ans ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête (27% ont eu entre deux et quatre partenaires, et environ 6% en ont eu cinq et plus). La proportion des 15-19 ans sexuellement actifs ayant eu plus d'un partenaire au cours des douze derniers mois (36 %, soit 41 % des garçons et 31 % des filles) est similaire à celle qui s'observait dix ans plus tôt (33 %) ;
  - que 6 jeunes âgés de 15 à 17 ans sur 10 (59%) et environ le tiers (35%) des jeunes âgés de 18 à 24 ans actifs sexuellement rapportent utiliser le condom pour toutes leurs relations sexuelles.
3. Au Canada, d'après les données de **l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes**<sup>61</sup> :
- en 2009-2010, les deux tiers (66%) des jeunes de 15-24 ans ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au moins une fois, proportion relativement inchangée par rapport à 2003. Chez les jeunes de 15 à 17 ans, 30% ont dit avoir eu des relations sexuelles, contre 68% des 18-19 ans et 86% des 20-24 ans; les proportions de 2003 étaient respectivement de 30 %, de 68% et de 85%. En 2009-2010, 9% des jeunes de 15 à 24 ans disaient avoir eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans, un pourcentage similaire à celui de 2003;
  - en 2009-2010, environ le tiers (32,5%) des jeunes de 15 à 24 ans sexuellement actifs ont déclaré avoir eu des relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours de l'année précédente, proportion qui reste inchangée par rapport à 2003. Toutefois, les garçons sexuellement actifs étaient plus susceptibles que les filles d'avoir eu plus d'un partenaire : 39% contre 25%. Quant aux jeunes ayant déclaré avoir eu plusieurs partenaires, la proportion était plus élevée chez ceux de 15 à 17 ans que chez ceux de 20 à 24 ans (35% contre 30%) ;
  - en 2009-2010, la proportion des jeunes sexuellement actifs âgés de 15 à 24 ans qui ont déclaré s'être servis d'un condom pendant leur dernière relation sexuelle atteint 68 %, contre 62 % en 2003. Comme en 2003, l'utilisation du condom était plus fréquente chez les garçons que chez les filles (73 % des garçons contre 63 % des filles ont dit avoir utilisé un condom au cours de leur dernière relation sexuelle). Comme en 2003, les résultats de 2009-2010 montrent que l'utilisation du condom diminue avec l'âge : 80 % des jeunes de 15 à 17 ans l'utilisent, contre 63 % des 20-24 ans ;
  - en 2009-2010, au Québec et au Manitoba, la proportion des jeunes qui utilisent un condom était moins élevée que la moyenne nationale (respectivement 60 %, 65% et 67%).

---

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

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

61. M. ROTERMANN, « Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010 », *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 1, mars 2012, p. 1-5.

4. Selon les **données recueillies en 2005-2006 auprès de cégépiens montréalais dont l'âge variait de 17 à 25 ans**<sup>62</sup> :

- ce sont 7 répondants sur 10 qui ont déjà eu une relation sexuelle orale, vaginale ou anale consensuelle ;
- le nombre moyen de partenaires sexuels que les répondants avaient eu dans leur vie jusqu'au moment de l'enquête était de 4,1 pour les femmes et de 4,8 pour les hommes ;
- au cours des douze mois précédant la collecte des données, 14 % des femmes et 17 % des hommes avaient consommé de l'alcool ou des drogues au cours de 50 % ou plus de leurs relations sexuelles ;
- pendant les relations sexuelles qu'ils ont eues au cours des douze mois précédant la collecte des données, 68 % des répondants n'avaient pas « toujours » utilisé le condom avec leurs partenaires « réguliers », 47 % ne l'avaient pas « toujours » utilisé avec leurs partenaires « occasionnels » et 34 %, avec leurs partenaires sexuels « d'un soir » ;
- le tiers des filles sexuellement actives avaient eu recours à une contraception orale d'urgence (pilule du lendemain) une fois ou plus dans leur vie.

Les données concernant la proportion des étudiants ayant déjà eu des relations sexuelles, l'âge moyen à la première relation sexuelle vaginale et le nombre moyen de partenaires sexuels à vie recueillies dans le cadre de cette étude n'étaient pas statistiquement différentes de celles qui ont été recueillies en 1994<sup>63</sup> (chez les cégépiens dont la langue d'enseignement était le français).

#### ITSS

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

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

63. J.J. LÉVY, J. OTIS et J.M. SAMSON, *Risques face au sida, relations de pouvoir et styles de communication sexuelle chez les étudiants des cégeps francophones du Québec: Rapport de recherche*, Montréal, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, 1996, 36 p.

## Commentaires

L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique sont nettement les deux ITSS-MADO les plus importantes chez les 15-24 ans. Elles connaissent une croissance continue depuis quelques années et semblent affecter l'ensemble des jeunes. La hausse récente de la syphilis et de l'infection par le VIH chez les 15-24 ans est également notable.

Des travaux comparatifs menés tant au Québec qu'au Canada<sup>64</sup> montrent que l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels ainsi que l'usage des méthodes de protection n'auraient pas significativement changé au cours des dernières années. Toutefois, les enquêtes générales sur la santé prennent en compte seulement quelques-uns des comportements sexuels. Il s'avère nécessaire d'étudier de manière plus détaillée l'évolution d'une variété d'aspects associés aux ITSS (notamment, les réseaux de partenaires et la concomitance de partenaires). Par ailleurs, plus une infection se répand, plus grande est la probabilité de rencontrer des partenaires infectés et de contracter l'infection, et ce, malgré un niveau global de prise de risque relativement stable.

Les garçons sexuellement actifs sont plus susceptibles que les filles d'avoir eu plus d'un partenaire au cours de l'année ayant précédé l'enquête. La proportion des jeunes ayant eu plus d'un partenaire sexuel pendant cette période diminue avec l'âge, de même que celle des jeunes qui ont utilisé le condom au cours de leur dernière relation sexuelle. La proportion des relations protégées par un condom est plus élevée lorsqu'il s'agit de partenaires sans engagement.

---

64. M. BLAIS *et al.*, « La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens: Regard critique sur le concept d'«hypersexualisation» », *Globe – revue internationale d'études québécoises*, vol. 12, n° 2, 2009, p. 23-46, [En ligne], < [www.erudit.org/revue/globe/2009/v12/n2/1000705ar.pdf](http://www.erudit.org/revue/globe/2009/v12/n2/1000705ar.pdf) >.

## Jeunes en difficulté

On estime qu'entre 4 000 et 5 000 jeunes âgés de plus de 14 ans transitent par des unités de vie et des foyers de groupe des centres jeunesse au cours d'une année au Québec<sup>65</sup>. Le nombre de jeunes de la rue à Montréal était de l'ordre de 5 000 en 1998<sup>66</sup>.

### 1. Selon les **données recueillies en 2008-2009 auprès de jeunes âgés de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse du Québec**<sup>67</sup> :

- près de 9 jeunes sur 10 (89 %) ont déjà eu une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire, et ce, avant l'âge de 14 ans pour pratiquement 6 jeunes sur 10 (59 %).

En ce qui concerne les jeunes âgés de 14 à 17 ans qui ont déjà eu une relation sexuelle ou plus dans leur vie :

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

Pour ce qui est de l'ensemble des répondants :

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

### ITSS

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

65. ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC, *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux 2010*, s. l., Service des communications, Association des centres jeunesse du Québec, 2010, 49 p.

66. L. FOURNIER et S. CHEVALIER, *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997 – 2*. Montréal : premiers résultats, *Santé Québec*, 1998, 25 p.

67. G. LAMBERT *et al.*, *Sexe, drogue et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, XIII + 85 p.

2. Des **données recueillies entre 2001 et 2005 auprès de jeunes de la rue de Montréal âgés de 14 à 23 ans**<sup>68</sup> permettent de faire les constats qui suivent :

- pratiquement tous les jeunes qui ont participé à l'enquête ont déjà eu au moins une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire ;
- les trois quarts des jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles n'ont pas « toujours » utilisé un condom pendant les relations sexuelles vaginales qu'ils ont eues au cours des six mois précédant la collecte des données ;
- un peu plus du tiers (37 %) des filles sexuellement actives et 18 % des garçons sexuellement actifs ont reçu de l'argent en échange de relations sexuelles une fois ou plus dans leur vie ;
- près de la moitié des jeunes de la rue, soit 46 %, se sont déjà injecté des drogues (âge moyen à la première injection : 16,8 ans) et 31 % l'ont fait au cours des six derniers mois ;
- la moitié (47 %) des filles ayant déjà eu des relations sexuelles ont été enceintes une fois ou plus au cours de leur vie.

*ITSS*

- La prévalence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* était de 14 % chez les filles et de 7,4 % chez les garçons (9 % chez les 14-20 ans et 4,1 % chez les 21-25 ans). La prévalence de l'infection gonococcique était nulle<sup>69</sup>.
- Environ 1 jeune de la rue sur 100 (0,9 %) est infecté par le VIH (2 % de ceux qui se sont déjà injecté des drogues et 0 % de ceux qui ne l'ont jamais fait) alors que 1 jeune de la rue sur 7 (14 %) a développé des anticorps contre l'infection par le VHC (30,4 % de ceux qui se sont déjà injecté des drogues et 0 % de ceux qui ne l'ont jamais fait).

---

68. É. ROY *et al.*, *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue: Rapport d'étape n° 4*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, III + 38 p.

69. N. HALEY *et al.*, « Risk behaviours and prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* genital infections among Montreal street youth », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 13, n° 4, 1<sup>er</sup> avril 2002, p. 238-245.

## Commentaires

Les ITSS sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes en difficulté. En ce qui concerne les jeunes âgés de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse (et ayant déjà eu des relations sexuelles), environ 18 % des filles et 3,4 % des garçons ont reçu au moins une fois un diagnostic d'ITSS au cours de leur vie<sup>70</sup>; les proportions sont respectivement de 28 % et de 29 % pour les jeunes de la rue âgés de 14 à 23 ans<sup>71</sup>, de 2 % et de 8 % pour les cégépiens âgés de 18 ans ou moins<sup>72</sup>, et de 1,3 % et de 0,4 % pour les jeunes âgés de 15 à 17 ans dans la population en général<sup>73</sup>.

Par comparaison avec les jeunes du même âge fréquentant les écoles secondaires québécoises<sup>74</sup>, les jeunes admis dans un centre jeunesse sont actifs sexuellement à un âge plus précoce, cumulent un plus grand nombre de partenaires sexuels dans leur vie et utilisent moins fréquemment le condom.

Jusqu'à six fois plus de jeunes admis dans un centre jeunesse présentent un problème évident de consommation abusive d'alcool ou de drogue nécessitant une intervention spécialisée (« feu rouge » selon la grille de dépistage DEP-ADO) que les jeunes Québécois en 5<sup>e</sup> secondaire (60 % contre 10 %)<sup>75</sup>.

Chez les jeunes de la rue, les infections par le VIH et par le VHC sont directement associées à l'injection de drogue. Près de la moitié des jeunes de la rue s'étant déjà injecté de la drogue, la prévention des ITSS passe par la prévention du passage à l'injection.

70. G. LAMBERT *et al.*, *Sexe, drogue et autres questions de santé: Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec* op. cit.

71. É. ROY *et al.*, op. cit.

72. G. LAMBERT *et al.*, *Je passe le test: enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydie sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal*. op. cit.

73. L. CAZALE et P. LECLERC, op. cit.

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

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

## Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Selon l'EQSP 2008, 2,5 % des hommes québécois âgés de 15 ans ou plus actifs sexuellement ont eu des relations sexuelles avec des hommes au cours des douze derniers mois<sup>76</sup>.

En ce qui a trait aux cas de syphilis infectieuse déclarés au Québec en 2012 (jusqu'au mois d'août) pour des hommes ayant entre 15 et 24 ans, 93 % concernaient des hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (les proportions étaient de 85 % chez les 15-19 ans et de 97 % chez les 20-24 ans); 41 % des HARSAH âgés de 15 à 19 ans avaient eu des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, contre 11 % des HARSAH âgés de 20 à 24 ans<sup>77</sup>. Parmi l'ensemble des cas de syphilis infectieuse déclarés dans la région de Montréal durant la période 2000-2011, un peu plus de 9 sur 10 (94 %) concernaient des HARSAH. Le nombre de cas de syphilis infectieuse chez des HARSAH de moins de 30 ans est 11 fois plus élevé en 2011 qu'il ne l'était en 2003; en 2011, 32 % des HARSAH chez qui a été déclarée une syphilis en phase infectieuse étaient âgés de moins de 30 ans, contre 7 % en 2003<sup>78</sup>.

Entre 2005 et 2011, pratiquement tous les cas déclarés (98 %) de lymphogranulomatose vénérienne au Québec concernaient des HARSAH<sup>79</sup>. En 2005, 60 % des cas masculins d'infection gonococcique déclarés au Québec se rapportaient à des HARSAH<sup>80</sup>.

Les HARSAH constituent 50 % de l'ensemble des nouveaux et des anciens cas d'infection par le VIH depuis l'implantation du programme québécois de surveillance de cette infection (54 % si l'on prend en compte les HARSAH également UDI) et 62 % des nouveaux diagnostics de 2011 (63 % si l'on inclut les HARSAH également UDI)<sup>81</sup>.

Environ 46 % des HARSAH de la région de Montréal pour qui a été posé un diagnostic de syphilis en phase infectieuse (période 2000-2011) et 66 % des HARSAH québécois chez qui on a diagnostiqué une lymphogranulomatose vénérienne (période 2005-2012) étaient également infectés par le VIH<sup>82</sup>.

76. L. CAZALE et P. LECLERC, *op cit.*

77. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Enquête et vigie rehaussée de la syphilis infectieuse chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans: Résultats d'analyse intérimaire (1<sup>er</sup> janvier au 24 août 2012)*, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, en collaboration avec le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.

78. G. LAMBERT et C. TREMBLAY, *Vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal: cas déclarés entre septembre 2000 et août 2012 – Analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, communication personnelle, 2012.

79. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne, 2005-2012, province du Québec: Analyse du 28 septembre 2012*, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.

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

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

82. G. LAMBERT et C. TREMBLAY, *op. cit.*, et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne, 2005-2012, province du Québec: Analyse au 28 septembre 2012*, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, communication personnelle, 2012.

Selon les données recueillies en 2008-2009 auprès d'HARSAH québécois dans le cadre de l'enquête ARGUS<sup>83</sup>, il ressort les constats qui suivent pour les HARSAH sexuellement actifs au cours des six derniers mois :

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

### Les HARSAH âgés de 18 à 29 ans

Parmi les HARSAH non infectés par le VIH (ou de statut sérologique inconnu), les répondants âgés de 18 à 29 ans étaient plus susceptibles que les répondants âgés de 30 ans et plus, d'avoir notamment, au cours des six derniers mois :

- eu des relations sexuelles avec une femme (22,3% versus 13,8%) ;
- eu des relations anales non protégées par un condom avec un partenaire masculin une fois ou plus (52,9% versus 40,3%) ;
- rencontré un ou des nouveaux partenaires sexuels dans un *circuit party* (11,4% versus 5,1%) ; et d'avoir recherché un partenaire sexuel sur Internet une fois par mois ou plus (37,8% versus 26,7%) ;
- été sous l'effet de l'*ecstasy* (23,5% versus 12,3%) ou du GHB (17,4% versus 9,4%) une fois ou plus lors de relations sexuelles ;
- prisé de la cocaïne une fois ou plus (31,6% versus 16,0%).

### Infection par le VIH

- Environ 1 HARSAH québécois sur 7 (13,5%) ; prévalence de 18% chez les HARSAH âgés de 40 à 49 ans) serait infecté par le VIH, soit une prévalence 70 fois plus élevée que celle qui est estimée pour l'ensemble de la population. La prévalence était de 15% à Montréal, de 9,8% dans la région métropolitaine de Montréal (sans l'île de Montréal) et de 9,2% dans les autres régions du Québec. La prévalence du VIH était de 24% chez les répondants HARSAH qui avaient déjà fait usage de drogues par injection dans leur vie et de 12,6% chez ceux qui n'en avaient jamais fait usage.

83. G. LAMBERT, J. COX et al., ARGUS 2008-2009: Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes – Rapport préliminaire, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2011, 40 p.

- Environ 15 % des HARSAH québécois infectés par le VIH ignoreraient leur infection. Selon l'étude, 1 répondant sur 10 n'avait jamais passé de test permettant de détecter l'infection par le VIH au cours de sa vie et, parmi ceux qui ne savaient pas qu'ils étaient infectés, 4 répondants sur 10 n'avaient pas subi de test au cours des douze derniers mois.
- En ce qui a trait aux HARSAH qui se savaient infectés, 68 % prenaient des médicaments contre le VIH au moment de l'enquête.

### **Infection par le VHC**

- Environ 1 HARSAH québécois sur 25 (3,8 %) est porteur d'anticorps contre le VHC (la prévalence est de 30 % chez ceux qui se sont déjà injecté des drogues et de 1,8 % chez ceux qui ne l'ont jamais fait).
- Environ 18 % des HARSAH québécois infectés par le VHC ignoreraient leur infection. Le tiers (34,2 %) des HARSAH ne se sachant pas déjà infectés par le VHC rapportent avoir passé un test de détection du VHC au moins une fois au cours des douze mois précédant la collecte des données (54 % ont déjà passé un test au moins une fois dans leur vie).
- Le quart (23,5 %) des HARSAH infectés par le VHC étaient aussi infectés par le VIH.

### **Autres ITSS**

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

## Commentaires

Les HARSAH, et particulièrement les jeunes HARSAH, sont très touchés par les ITSS. Le nombre de cas de syphilis infectieuse chez des HARSAH de moins de 30 ans est 11 fois plus élevé en 2011 qu'il ne l'était en 2003. De plus, le nombre de nouveaux diagnostics de VIH chez des HARSAH de 15 à 24 ans est en forte hausse en 2011 par rapport aux années précédentes ; selon les données préliminaires disponibles, cette hausse se confirme en 2012<sup>84</sup>.

Un HARSAH non infecté par le VIH sur trois et un HARSAH se sachant infecté sur deux a eu une fois ou plus, au cours des six derniers mois, une relation anale non protégée par un condom avec un partenaire d'un soir ou un partenaire dont le statut concernant le VIH était différent du sien (ou de statut inconnu). Ces proportions élevées, rapportées à l'occasion du cycle 2008-2009 de l'enquête ARGUS, sont similaires à celles qui ont été établies pour le cycle 2005. Par ailleurs, en 2008-2009, parmi les HARSAH non infectés par le VIH, cette prise de risque ne variait pas significativement selon le groupe d'âge (18-29 ans versus plus de 30 ans) ni selon le lieu de résidence (Montréal versus hors Montréal). La persistance de comportements sexuels à risque indique qu'il est urgent non seulement d'intensifier mais aussi d'élargir la gamme des stratégies actuelles de prévention du VIH.

Par ailleurs, il est encourageant d'observer que la proportion d'HARSAH ayant passé un test de détection du VIH au cours des douze derniers mois a nettement augmenté en 2008-2009 par rapport à 2005 (59 % contre 46 %)<sup>85</sup>. Il demeure essentiel d'offrir régulièrement un test aux personnes les plus susceptibles d'être infectées et de détecter l'infection à un stade précoce.

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

85. G. LAMBERT, J COX *et al.*, ARGUS 2008-2009: *Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes et al.*, *op.cit.*

## Personnes consommant des drogues par injection

Selon l'EQSP 2008, 0,5% des Québécois âgés de 15 ans ou plus ont consommé de la drogue par injection une fois ou plus au cours de leur vie (ce qui représente environ 30 900 personnes); jusqu'à 2,3% des hommes et 0,8% des femmes ont déclaré avoir consommé de la cocaïne ou du crack dans la dernière année; 1,7% des hommes et 1,0% des femmes ont consommé de l'ecstasy<sup>86</sup>.

En 1996, on a estimé que le nombre d'UDI résidant à Montréal se situait entre 8500 et 16500<sup>87</sup>; les résultats d'une récente étude d'évaluation du nombre d'UDI seront bientôt disponibles.

Les UDI représentent 15% des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002 (18% si l'on inclut les UDI également HARSAH) et 20 nouveaux diagnostics concernant des UDI ont été déclarés en 2011 (26 si l'on compte les UDI également HARSAH)<sup>88</sup>. La moitié des cas d'hépatite C (tous types) déclarés entre 2005 et 2010 à Montréal se rapportaient à des personnes ayant consommé de la drogue par injection (proportions de 37,4% pour les cas féminins et de 58,4% pour les cas masculins)<sup>89</sup>.

Selon les données recueillies sur une base continue auprès d'UDI de diverses régions du Québec, dans le cadre de l'**étude SurvUDI**<sup>90</sup>:

- près du tiers des UDI (31,5%) se sont injecté de la drogue tous les jours pendant le dernier mois et un autre tiers (31,7%) l'a fait au moins une fois par semaine. La cocaïne est la drogue dont l'injection était la plus répandue (83,8% des répondants en ont fait usage; le Dilaudid suit, avec 39,0%, puis l'héroïne, blanche ou brune, avec 29,8%). La proportion des UDI pour qui la cocaïne a été la drogue qu'ils se sont le plus souvent injectée au cours des six derniers mois est en baisse continue depuis 1996;
- après avoir diminué de façon importante jusqu'en 2006, la proportion des **personnes** qui rapportent avoir utilisé des seringues déjà utilisées par d'autres s'est stabilisée (elle est de 24% pour la période 2003-2010). Environ 80% des **injections** (83,7% pour les seringues et 79,4% pour les autres éléments) ont été faites avec du matériel n'ayant jamais été utilisé par d'autres.

### Infection par le VIH

- Environ 2,6% des UDI non infectés contractent le VIH chaque année (il s'agit de l'incidence moyenne pour la période 1995-2010). Le taux d'incidence du VIH, considéré comme plutôt stable depuis 2002, ne diminue plus; il est de 1,7 pour 100 personnes-années en 2009 (dernière année pour laquelle l'incidence a été calculée).
- Environ 1 UDI sur 6 (15,1%; il s'agit de la prévalence moyenne pour la période 2003-2010) serait infecté par le VIH. La prévalence la plus élevée s'observe chez les UDI âgés de 40 ans et plus; elle est de 21,6%. Pour la dernière année complète de recrutement (2010), la prévalence du VIH dans le réseau SurvUDI est de 17,7%.

86. L. CAZALE et P. LECLERC, *op. cit.*

87. R. REMIS *et al.*, *Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver): Final Report*, [Contrat pour le Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada], Toronto, Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto, 1998, 74 p + annexes.

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

89. J. COX *et al.*, « Facteurs d'exposition des cas d'hépatite C », dans *Risques infectieux et environnementaux: Montréal 2004-2010*, Montréal, Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (à paraître au début de 2013).

90. R. PARENT *et al.*, *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection, réseau I-Track-SurvUDI: épidémiologie du VIH de 1995 à 2010, épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*, Document de travail, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 74 p.

- Jusqu'à 85,9% des UDI infectés par le VIH avaient aussi des anticorps contre le VHC.
- Un peu moins du quart (23%) des UDI infectés par le VIH ignoraient leur infection. Selon l'étude, 1 répondant sur 10 n'avait jamais passé de test permettant de détecter l'infection par le VIH au cours de sa vie et, parmi ceux qui ne savaient pas qu'ils étaient infectés, 4 répondants sur 10 (38%) n'avaient pas subi de test au cours des douze derniers mois.
- Les deux tiers (65,3%) des personnes infectées par le VIH uniquement (non co-infectées par le VIH et le VHC), et le sachant, prenaient des médicaments contre l'infection par le VIH au moment de l'enquête.

### Infection par le VHC

- On estime que, chaque année, le quart (24,9%) des UDI non déjà infectés contractent l'hépatite C (il s'agit de l'incidence moyenne pour la période 1997-2010). Globalement, on n'observe pas de tendance significative à la hausse ou à la baisse entre 1998 et 2009. L'incidence du VHC avait augmenté entre 2002 et 2008, mais une baisse a été observée en 2009; le taux d'incidence est de 22,7 par 100 personnes-années en 2009 (dernière année pour laquelle l'incidence a été calculée).
- Près des deux tiers (62,9%; il s'agit de la prévalence moyenne pour la période s'étendant de 2003 à 2010) de l'ensemble des UDI québécois et les trois quarts (76,0%) des UDI âgés de 40 ans et plus sont infectés par le VHC (infection encore présente ou résolue). Pour la dernière année complète de recrutement (2010), la prévalence du VHC dans le réseau SurvUDI est de 70,5%.
- Le cinquième (20,7%) des UDI ayant des anticorps contre le VHC étaient infectés par le VIH.
- Un peu moins du quart (22,2%) des UDI infectés par le VHC ignoraient leur infection. Environ 1 répondant sur 10 n'avait jamais passé de test d'anticorps contre le virus de l'hépatite C au cours de sa vie et, parmi ceux qui ne savaient pas qu'ils étaient porteurs de ces anticorps, 5 sur 10 (49%) n'avaient pas passé de test au cours des douze derniers mois.
- Seulement 12,9% des personnes infectées par le VHC uniquement (non co-infectées par le VHC et le VIH), et le sachant, avaient déjà pris des médicaments contre l'infection par le VHC au cours de leur vie.

En ce qui a trait aux **personnes incarcérées dans les centres de détention de compétence provinciale**, 28% des hommes et 43% des femmes se sont déjà injecté des drogues<sup>91</sup>; les UDI, hommes et femmes, étaient beaucoup plus susceptibles d'être infectés par le VHC que ne l'étaient les détenus hommes et femmes non UDI (taux de prévalence respectifs de 53,3%, de 63,6% versus de 2,6% et de 3,5%. Cette observation est aussi vraie pour l'infection par le VIH (taux de prévalence respectifs de 7,2% et de 20,6% versus de 0,5% et de 0,0%)

### UDI âgés de 14 à 24 ans<sup>92</sup>

- Pour pratiquement toutes les drogues injectées (notamment les opioïdes médicamenteux tels que le Dilaudid), les proportions des utilisateurs sont plus élevées chez les UDI âgés de 24 ans et moins que chez ceux de 25 ans et plus (durant la période 2003-2010, 58,7% des UDI âgés de 24 ans et moins ont consommé des opioïdes médicamenteux par injection, versus 47,7% des UDI de 25 ans et plus). La proportion des utilisateurs de cocaïne par injection est par contre plus élevée chez ceux qui ont 25 ans et plus.

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

92. R. PARENT *et al.*, *Analyses spécifiques aux répondants âgés de 25 ans et moins*, présentées dans K. Blouin *et al.*, *Rapport intégré: Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 179 p.

- La proportion des UDI de moins de 25 ans qui déclarent s'injecter de la drogue tous les jours a fortement augmenté (augmentation nettement plus prononcée à partir de 2001), alors qu'elle est demeurée relativement stable chez les 25 ans et plus.
- L'utilisation de seringues déjà utilisées par une autre personne a diminué de manière parallèle dans les deux groupes d'âge. En 2008, la proportion des UDI de moins de 25 ans ayant déclaré avoir utilisé une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre est la même que celle des UDI âgés de 25 ans et plus, soit 24,1 %.
- Entre les périodes 1995-2002 et 2003-2009, le taux d'incidence du VIH est passé de 1,5 à 3,1 par 100 personnes-années chez les jeunes UDI de moins de 25 ans ( $p < 0,03$ ), alors qu'il a diminué de 3,8 à 2,1 par 100 personnes-années chez ceux de 25 ans et plus ( $p < 0,0001$ ).

### Commentaires

Dans le réseau SurvUDI, la proportion de participants qui a déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées par d'autres personnes dans les six derniers mois était de 43,4 % en 1995 et de 19,3 % en 2010, soit une diminution statistiquement significative de plus de 50 %. Cette diminution est très encourageante ; les efforts doivent être poursuivis pour atteindre l'absence de partage de seringues.

Une hausse importante de l'injection d'opioïdes médicamenteux a été observée dans le réseau SurvUDI depuis quelques années. Cette hausse est inquiétante car le risque de dépendance aux opioïdes médicamenteux est très important, une grande proportion des consommateurs se les injectent et la consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et donc le risque d'infection par le VIH et le VHC<sup>93</sup>.

La proportion des UDI qui contractent l'hépatite C et celle des UDI porteurs d'anticorps contre l'hépatite C sont extrêmement élevées. Quant au taux d'incidence du VIH, il a fortement augmenté chez les jeunes UDI de moins de 25 ans entre 1995-2002 et 2003-2009.

Par ailleurs, une grande partie des personnes infectées par le VIH ou le VHC ignorent leur condition.

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

Bien qu'un nombre relativement faible de personnes incarcérées dans les centres de détention de compétence provinciale déclarent s'injecter des drogues en prison, le partage de seringues est relativement fréquent chez ceux qui le font. L'implantation d'un projet pilote d'échange de seringues stériles en milieu correctionnel figure parmi les pistes d'intervention.

---

93. Roy, E., Arruda, N., Vaillancourt, E., *et al.* (2012) Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal. *Drug Alcohol Rev*, 31(1), 72-80.

## Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique

Lors du recensement canadien de 2006, on dénombrait 56 750 immigrants nés en Haïti résidant au Québec. Près de 53 750 d'entre eux disaient résider dans la région métropolitaine de Montréal.

Les Québécois originaires d'un pays où le VIH est fortement endémique (essentiellement Haïti et les pays de l'Afrique subsaharienne) représentent 16 % des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec depuis 2002 et 12,5 % (40 cas) des nouveaux diagnostics déclarés en 2011<sup>94</sup>.

En ce qui a trait aux cas féminins déclarés depuis 2002, 46 % concernent des femmes originaires d'Haïti ou des pays de l'Afrique subsaharienne. Les deux tiers (68 %) des femmes enceintes infectées par le VIH suivies par le Centre maternel et infantile sur le sida entre juillet 1997 et décembre 2011 étaient originaires d'un pays à forte endémicité (47,8 % d'Afrique subsaharienne et 20,4 % d'Haïti)<sup>95</sup>.

À partir des **données recueillies en 2007-2008 auprès de 789 Québécois d'origine haïtienne âgés de 15 à 49 ans**, recrutés dans six cliniques médicales (33 % de ces répondants avaient de 15 à 24 ans) et cinq organismes communautaires localisés à Montréal (81 % de ces répondants étaient âgés de 15 à 24 ans)<sup>96</sup>, on peut faire les constats qui suivent :

- en ce qui concerne les répondants recrutés dans les cliniques médicales et ayant déjà eu des relations sexuelles dans leur vie, le tiers (33 %) des femmes et la moitié (54 %) des hommes ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête. Pour les jeunes recrutés dans les organismes communautaires, les proportions atteignaient respectivement 62 % et 88 % ;
- pour ce qui est des répondants recrutés dans les cliniques médicales et ayant eu au moins un partenaire « occasionnel » au cours des douze mois précédant l'enquête, 43 % disent avoir « toujours » utilisé un condom avec leurs partenaires « occasionnels ». Pour les jeunes recrutés dans les organismes communautaires, la proportion atteint 48 % (22,5 % n'ont pas utilisé de condom pendant leur dernière relation sexuelle avec un partenaire « occasionnel ») ;
- aucun homme n'a déclaré avoir eu des relations sexuelles anales avec un autre homme. En ce qui a trait aux répondants recrutés dans les cliniques, 15,8 % des hommes ont eu des relations ano-génitales avec une femme au cours de leur vie et 51 % ont utilisé un condom. Pour les jeunes recrutés dans les organismes communautaires, les proportions se situaient à 14,7 % et à 81 % ;
- aucun des répondants recrutés dans les cliniques n'a mentionné avoir utilisé des drogues injectables dans sa vie. Parmi les jeunes recrutés dans un organisme communautaire, 3 répondants l'ont fait (2 %), dont deux au cours des douze derniers mois ; ces derniers n'auraient jamais partagé leur matériel d'injection ;
- en ce qui concerne les répondants recrutés dans les cliniques médicales et ayant déjà eu un rapport sexuel avec pénétration, les deux tiers (66 %) ont eu recours au test de dépistage du VIH au moins une fois dans leur vie. Pour les participants recrutés dans les organismes communautaires, la proportion chute au tiers (32 %).

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

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

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

### ITSS

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

### Commentaires

Dans le cadre d'une étude menée en 1994, environ le tiers des hommes québécois d'origine haïtienne rapportaient avoir une partenaire féminine habituelle; environ 50% de ceux-ci ont indiqué qu'ils n'utilisaient pas toujours un condom avec une partenaire occasionnelle ou d'un soir. Ce constat d'un faible recours au condom pendant des relations sexuelles avec une partenaire occasionnelle ou d'un soir correspond à celui auquel est récemment parvenue l'étude de 2007-2008<sup>97</sup>. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ne pas avoir utilisé de condom au cours de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel; parmi celles qui disent avoir eu une relation protégée, le condom était davantage fourni par les hommes.

---

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

## Autochtones

Au Québec, les Premières Nations et les Inuits totalisent 93 541 personnes, soit 1,2% de la population.

Les membres des Premières Nations (82 653 personnes) sont répartis en dix nations; environ 72% d'entre eux résident toujours dans l'une ou l'autre de leurs 41 communautés.

Les quelque 10 000 Inuits résidant au Québec sont dispersés au sein de 14 villages situés le long du littoral de la baie d'Hudson, du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava<sup>98</sup>.

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

En 2011, le Nunavik affiche des taux de chlamydie génitale et d'infection gonococcique qui sont respectivement 9 et 73 fois supérieurs aux taux moyens du Québec. Pour les Terres-Cries-de-la-Baie-James, les taux de ces infections sont respectivement 7 et 11 fois supérieurs aux taux moyens du Québec. Les régions canadiennes à forte densité de population autochtone, telles que le Nunavut et les Territoires du-Nord-Ouest, enregistrent également des taux très élevés au regard de ces infections.

La syphilis infectieuse, l'hépatite C et l'hépatite B aiguë sont des infections rarement rapportées dans les régions à forte densité autochtone au Québec. Depuis 2002, les Autochtones représentent moins de 1% des cas d'infection par le VIH déclarés au Québec (soit un total de 59 personnes)<sup>99</sup>; leurs principales catégories d'exposition se répartissent ainsi: personnes hétérosexuelles non originaires de pays à forte endémicité du VIH: 39,0%; UDI: 28,8% et HARSAH: 27,1%.

En 2009-2010, des données ont été recueillies auprès de 935 adultes de 18 à 60 ans **résidant dans 10 communautés des Premières Nations** ainsi qu'auprès de 179 jeunes de 12 à 18 ans fréquentant des écoles secondaires au sein de ces communautés (âge moyen des filles: 15,4 ans et âge moyen des garçons: 15,5 ans)<sup>100</sup>.

### Volet relatif aux jeunes de 12 à 18 ans

- Environ 1 jeune de 12-14 ans sur 10 (11,3%), la moitié des jeunes de 15-17 ans (51,7%) et les trois quart des jeunes de 18-20 ans (75,7%) ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours des douze derniers mois.
- Un peu moins de la moitié des filles (44,9) et 46,4% des garçons sexuellement actifs ont rapporté avoir eu plus d'un ou une partenaire au cours des douze derniers mois. Le nombre moyen de partenaires sexuels pendant cette période a été de 1,5 pour les filles et de 1,9 pour les garçons.
- Un peu moins du cinquième des filles (17,7%) et 21,2% des garçons ont déclaré avoir déjà consommé de la drogue au moins une fois avant une relation sexuelle au cours des douze derniers mois (2,1% des filles et 9,8% des garçons en ont consommé la « plupart du temps » ou « toujours »).
- 42% des filles et 16% des garçons se sont fait tatouer ou percer une partie du corps au cours des douze mois précédant l'enquête.
- Deux jeunes (une fille et un garçon) ont reçu de l'argent ou des drogues en échange d'une relation sexuelle.

98. SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES, *Statistiques des populations autochtones du Québec 2011*, Québec, Secrétariat aux affaires autochtones, 2011, [En ligne], < <http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm> >.

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

100. Z. LAGHDIR *et al.*, *Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des Premières Nations: Région du Québec*, [Wendake (Québec)], Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2011, XI + 155 p.

- Un peu plus de la moitié (55,5%) des jeunes âgés de 12 à 14 ans, les deux tiers (64%) des 15-17 ans et 89% des 18-20 ans ont déclaré avoir « toujours » utilisé un condom pendant leurs relations sexuelles; 43% des filles et 58% des garçons ont « toujours » ou « la plupart du temps » utilisé un condom.
- Tous groupes d'âge confondus, 1 fille sur 5 (22,4%) et 6,7% des garçons ont déjà reçu un diagnostic d'ITSS au cours de leur vie (12,2% des filles et 2,7% des garçons ont indiqué avoir eu un diagnostic de chlamydirose génitale, et 2% des filles et 0% des garçons ont quant à eux reçu un diagnostic d'infection gonococcique).
- Parmi les jeunes sexuellement actifs, 20% mentionnent avoir passé un test de dépistage pour une ITSS au moins une fois dans leur vie (20%, un test de dépistage du VIH et 14%, un test de dépistage de l'hépatite C).
- La majorité des jeunes savaient que le sida est une maladie incurable, que l'on peut contracter le VIH par la pratique du sexe oral ou anal et que la transmission du VIH d'une mère à son fœtus est possible. Toutefois, seulement 32,4% des filles et 13,5% des garçons savaient qu'une ITSS ne s'accompagne pas toujours de symptômes.

### Commentaires

Hors des régions du Nunavik et de l'Iiyiyiu Aschii où le regroupement des communautés au sein de villages permet une meilleure appréciation, la situation épidémiologique des Premières Nations au regard des ITSS demeure relativement peu connue. Aucune étude représentative de la population des Premières Nations n'a encore été effectuée au Québec concernant la prévalence des ITSS.

Près des deux tiers de la population autochtone du Québec ont moins de 30 ans<sup>101</sup>. Comme dans toutes les populations, les jeunes ont davantage de comportements à risque. Il importe donc de concevoir des programmes de prévention adaptés à leur réalité.

## Travailleuses et travailleurs du sexe

Aucune étude consacrée expressément aux travailleuses et travailleurs du sexe n'a décrit l'épidémiologie des ITSS et les comportements à risque de ce groupe. Des observations se trouvent dans divers travaux visant d'autres populations, notamment les jeunes de la rue qui ont des relations sexuelles en échange d'argent, les UDI, les personnes incarcérées, les HARSAH ou encore les Autochtones. Il ressort de ces travaux que l'usage inconsistant du condom avec les clients est commun et que la prostitution est fréquemment observée conjointement avec l'usage de drogues par injection.

---

101. M.J. DISANT *et al.*, *Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé*, Carnet-synthèse n° 4, Montréal, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 11 p.

## BIBLIOGRAPHIE

ADRIEN, A., *et al.* « Behavioural risks for HIV infection among Quebec residents of Haitian origin », *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 12, n° 6, décembre 2010, p. 894-899.

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

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

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Coup d'œil – Le VIH et le sida au Canada: Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2010*, [En ligne], < [www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2010/dec/index-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2010/dec/index-fra.php) > (Consulté le 12 octobre 2012).

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada: 2009*, Ottawa, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2011, 145p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Estimations pour le Québec de la prévalence et de l'incidence de l'infection par le VIH et étendues d'incertitude associées, par catégorie d'exposition, province de Québec, mise à jour au 24 septembre 2011*, communication personnelle faite par le D<sup>r</sup> Chris Archibald, 2012.

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

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

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC. *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/ directeurs provinciaux 2010*, s. l., Service des communications, Association des centres jeunesse du Québec, 2010, 49 p.

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

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

BITERA, R., *et al.* *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: cas cumulatifs 2002-2011*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2011, 145 p. [En ligne] < [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1579\\_ProgSurvInfectionVIHQc\\_CasCumul2002-2011.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1579_ProgSurvInfectionVIHQc_CasCumul2002-2011.pdf) >.

BLAIS, M., *et al.* « La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens: Regard critique sur le concept d'«hypersexualisation» », *Globe, revue internationale d'études québécoises*, vol. 12, n° 2, 2009, p. 23-46, [En ligne], < <http://www.erudit.org/revue/globe/2009/v12/n2/1000705ar.pdf> >.

BRITISH COLUMBIA CENTRE FOR DISEASE CONTROL, CLINICAL PREVENTION SERVICES. *HIV and Sexually Transmitted Infections 2010*, Vancouver, British Columbia Centre for Disease Control, 2011, 85 p.

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

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Diagnoses of HIV Infection and AIDS in the United States and Dependant Areas, 2010*, Atlanta (Georgie), Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, 2012, 78 p. [En ligne], < [http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2010report/pdf/2010\\_HIV\\_Surveillance\\_Report\\_vol\\_22.pdf#Page=1](http://www.cdc.gov/hiv/surveillance/resources/reports/2010report/pdf/2010_HIV_Surveillance_Report_vol_22.pdf#Page=1) >.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2010*, Atlanta (Georgie), U.S. Department of Health and Human Services, 2011, XIX + 155 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *2010 Sexually Transmitted Diseases Surveillance*, Atlanta (Georgie), Centers for Disease Control and Prevention, [En ligne], < [www.cdc.gov/std/stats10/default.htm](http://www.cdc.gov/std/stats10/default.htm) > (Consulté en septembre 2012).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Viral Hepatitis Surveillance: United States, 2010*, [Atlanta (Georgie)], Division of Viral Hepatitis, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, s. d., 63 p.

CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Cas signalés et taux de l'infection à Chlamydia trachomatis selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010*.

CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Cas signalés et taux de l'infection gonococcique selon la province/le territoire et le sexe, 1991-2010*.

CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Cas signalés et taux d'hépatite B selon la province/le territoire et le sexe, 2005-2010*.

CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Cas signalés et taux d'hépatite C selon la province/le territoire et le sexe, 2005-2010*.

CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, L'HÉPATITE C AU CANADA. *Rapport de surveillance de 2005-2010. Sommaire*. Mai 2012. [En ligne], < <http://www.phac-aspc.gc.ca/sti-its-surv-epi/hepc/surv-fra.php> >, consulté le 21 novembre 2012.

CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Résumé: Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011*.

CENTRE EUROPÉEN DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES MALADIES. *Rapport de surveillance: Rapport épidémiologique annuel 2011 – Résumé*, Stockholm (Suède), Centre européen de prévention et de contrôle des maladies, 2011, 10 p.

DIRECTION DES STATISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES. *Le Bilan Démographique du Québec édition 2012*. Institut de la statistique du Québec. Décembre 2012.

DISANT, M.J., *et al.* *Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé*, Carnet-synthèse n° 4, Montréal, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 11 p.

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

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010*, Surveillance Report, Stockholm (Suède), European Centre for Disease Prevention and Control, 2012, VII + 123 p., [En ligne], < [www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DisForm.aspx?ID=903](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DisForm.aspx?ID=903) > (Consulté en septembre 2012).

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL AND WORLD HEALTH ORGANISATION, REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control, 2011, IX + 89 p., [En ligne], < [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC\\_DisForm.aspx?ID=785](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DisForm.aspx?ID=785) > (Consulté le 4 novembre 2012).

FOURNIER, L., *et* S. CHEVALIER. *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997 – 2. Montréal: premiers résultats*, Santé Québec, 1998, 25 p.

FRAPPIER, J.Y., *et al.* « Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers », *Paediatrics and Child Health*, vol. 13, n° 1, janvier 2008, p. 25-30.

GÖTZ, H.M., *et al.* « High yield in reinfections during a Chlamydia screening programme when automatically sending testkits after 6 month to previously infected », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A21-A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

HALEY, N., *et al.* « Risk behaviours and prevalence of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* genital infections among Montreal street youth », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 13, n° 4, 1<sup>er</sup> avril 2002, p. 238-245.

HEALTH PROTECTION AGENCY. *Syphilis and Lymphogranuloma Venereum: Resurgent Sexually Transmitted Infections in the UK*, London (United Kingdom), Health Protection Agency, 2009, [8] p.

HOSENFELD, C.B., *et al.* « Repeat infection with Chlamydia and gonorrhoea among females: a systematic review of the literature », *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 36, n° 8, août 2009, p. 478-489.

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

LAGHDIR, Z., *et al.* *Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des Premières Nations: Région du Québec*, [Wendake (Québec)], Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2011, XI + 155 p.

LAMBERT, G., *et al.* *Sexe, drogue et autres questions de santé: Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, XIII + 85 p.

LAMBERT, G., et al. *ARGUS 2008 – 2009: Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes – Rapport préliminaire*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2011, 40 p.

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

LAMBERT, G., et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la syphilis infectieuse à Montréal: cas déclarés entre septembre 2000 et août 2012 – Analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, communication personnelle, 2012.

LAMBERT, G., et C. TREMBLAY. *Vigie intensifiée de la lymphogranulomatose vénérienne à Montréal: cas déclarés entre janvier 2003 et août 2010 – Analyses périodiques des données de déclaration et d'enquête*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, communication personnelle, 2012.

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

LEFEBVRE, B. *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec: Rapport 2011*, [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 37 p. [En ligne], < [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1543\\_SurvSouchesNGonoResistAntibioQc\\_2011.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1543_SurvSouchesNGonoResistAntibioQc_2011.pdf) >, consulté en octobre 2012.

LÉVY, J.J., J. OTIS et J.M. SAMSON. *Risques face au sida, relations de pouvoir et styles de communication sexuelle chez les étudiants des cégeps francophones du Québec: Rapport de recherche*, Montréal, Département de sexologie, Université du Québec à Montréal, 1996, 36 p.

LINDEGGER, M., et al. *Lymphogranuloma venereum in British Columbia: 2004 to 2011*, [Vancouver], Clinical Prevention Services, British Columbia Centre for Disease Control, 2012, 11 p.

MAY-HADFORD, J. *Syphilis: An Old Foe – Investigation of a Syphilis Outbreak in the Northwest Territories*, Canadian Field Epidemiology Program, Public Health Agency of Canada, présentation réalisée dans le cadre du Programme Canadien d'Épidémiologie de Terrain de l'Agence de la Santé Publique du Canada, 2009.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Enquête et vigie rehaussée de la syphilis infectieuse chez les jeunes âgés entre 15 et 24 ans: Résultats d'analyse intérimaire (1<sup>er</sup> janvier au 24 août 2012)*, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, en collaboration avec le Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport de vigie rehaussée: Syphilis infectieuse chez les femmes, province du Québec, 1<sup>er</sup> janvier 2010 – 31 décembre 2011*, Bureau de surveillance et de vigie de la Direction de la protection de la santé publique et Service de lutte contre les ITSS, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne, 2005-2012, province du Québec: Analyse du 28 septembre 2012*, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012.

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation du Québec*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009, mises à jour d'octobre 2012, XXXVII + 447 p., [En ligne], < [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?documentation\\_pro](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/vaccination/index.php?documentation_pro) >.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, rédigé par J. Gauthier et A.-M. Langlois, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 103 p.

NATIONAL CENTER FOR HIV/AIDS, VIRAL HEPATITIS, STD, AND TB PREVENTION, DIVISION OF STD PREVENTION. *2010 Sexually Transmitted Diseases Surveillance*, Atlanta (Georgie), Centers for Disease Control and Prevention, [En ligne], < [www.cdc.gov/std/stats10/default.htm](http://www.cdc.gov/std/stats10/default.htm) > (Consulté en septembre 2012).

OFFICE OF THE CHIEF MEDICAL OFFICER OF HEALTH, ALBERTA HEALTH AND WELLNESS. *The Syphilis Outbreak in Alberta*, s. l., Government of Alberta, 2010, 9 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/SIDA 2011-2015*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 2011, 42 p., [En ligne], < [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501650\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501650_fre.pdf) >.

PARENT, R., et al. *Analyses spécifiques aux répondants âgés de 25 ans et moins*, dans K. Blouin et al., *Rapport intégré : Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 179 p.

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

PICA, L.A., P. LECLERC et H. CAMIRAND. « Comportements sexuels chez les élèves de 14 ans et plus », dans *L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011*, tome 1 : *Le visage des jeunes d'aujourd'hui : leur santé physique et leurs habitudes de vie*, chapitre 8, [Québec], Institut de la statistique du Québec, 2012, p. 209-229.

PROGRAMME DE BIOLOGIE MÉDICALE, DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES DE SANTÉ ET DE LA MÉDECINE UNIVERSITAIRE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. Communication personnelle de Denis Ouellette et Laurent Delorme en date du 18 septembre 2012.

QUÉBEC. *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1<sup>er</sup> novembre 2012*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne], < [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_2\\_2/S2\\_2.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html) >.

REMIS, R., et al. *Consortium to characterize injection drug users in Canada (Montreal, Toronto and Vancouver) : Final Report*, [Contrat pour le Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada], Toronto, Department of Public Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Toronto, 1998, 74 p + annexes.

ROTERMANN, M. « Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010 », *Rapports sur la santé*, vol. 23, n° 1, mars 2012, p. 1-5.

ROTERMANN, M. « Tendances du comportement sexuel et de l'utilisation du condom à l'adolescence », *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 3, septembre 2008, p. 1-5.

ROY, É., et al. *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue: Rapport d'étape n° 4*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, III + 38 p.

SATTERWHITE, C., H. WEINSTOCK et D. DATTA. « Chlamydia trends in the USA: results from multiple data sources », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A21 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES. *Statistiques des populations autochtones du Québec 2011*, Québec, Secrétariat aux affaires autochtones, 2011, [En ligne], < <http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm> >.

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

TUITE, A., et D. FISMAN. « Estimation of the burden of disease and costs of genital *Chlamydia trachomatis* infection in Canada », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

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

WHELAN, M., et S. RAJU. *Bacterial STIs in Ontario*, presentation at the HIV Testing Conference, AIDS Bureau, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Toronto, May 8 and 9, 2012.

## ANNEXE 1

### NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2011

#### Nombre de cas déclarés et taux d'incidence<sup>1</sup> de certaines ITSS, selon le groupe d'âges, hommes, Québec, 2011

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse <sup>2</sup>		Hépatite B <sup>3</sup>		Hépatite C <sup>4</sup>		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N <sup>5</sup>	Tx <sup>6</sup>
< 1 an	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,2	0	0,0	0	0,0
1-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,3	2	0,5	1	0,3
10-14	6	2,9	2	1,0	0	0,0	0	0,0	6	2,9	1	0,5	1	0,5
15-19	900	359,9	85	34,0	0	0,0	31	12,4	5	2,0	3	1,2	6	2,4
20-24	2286	891,6	318	124,0	0	0,0	81	31,6	20	7,8	29	11,3	23	9,0
25-29	1274	480,2	213	80,3	1	0,4	86	32,4	42	15,8	46	17,3	43	16,2
30-34	688	242,6	194	68,4	1	0,4	77	27,2	86	30,3	60	21,2	40	14,1
35-39	370	140,4	91	34,5	4	1,5	76	28,8	72	27,3	89	33,8	38	14,4
40-44	246	91,1	91	33,7	2	0,7	78	28,9	70	25,9	104	38,5	25	9,3
45-49	160	49,7	91	28,2	2	0,6	76	23,6	44	13,7	160	49,7	29	9,0
50-54	88	27,6	54	16,9	2	0,6	53	16,6	42	13,2	169	52,9	29	9,1
55-64	80	15,2	38	7,2	1	0,2	43	8,2	69	13,1	149	28,3	19 <sup>7</sup>	6,7
65 et +	15	2,7	4	0,7	0	0,0	10	1,8	40	7,3	63	11,4	26 <sup>7</sup>	3,3
Inconnu	8		2		0		0		0		1		0	
<b>Total</b>	<b>6 121</b>	<b>155,3</b>	<b>1 183</b>	<b>30,0</b>	<b>13</b>	<b>0,3</b>	<b>611</b>	<b>15,5</b>	<b>502</b>	<b>12,7</b>	<b>876</b>	<b>22,2</b>	<b>280</b>	<b>7,1</b>

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

1. Taux pour 100 000 personnes.
2. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
3. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).
4. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
5. Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).  
Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2012.
6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.
7. Groupes d'âge de 55-59 et 60 et plus.

## Nombre de cas déclarés et taux d'incidence<sup>1</sup> de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2011

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse <sup>2</sup>		Hépatite B <sup>3</sup>		Hépatite C <sup>4</sup>		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N <sup>5</sup>	Tx <sup>6</sup>
< 1 an	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0
1-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,8	1	0,3	2	0,6
10-14	103	51,9	9	4,5	0	0,0	0	0,0	5	2,5	0	0,0	0	0,0
15-19	4613	1929,0	189	79,0	0	0,0	5	2,1	9	3,8	7	2,9	1	0,4
20-24	4935	2001,0	235	95,3	0	0,0	6	2,4	25	10,1	20	8,1	4	1,6
25-29	1763	691,5	121	47,5	0	0,0	4	1,6	64	25,1	30	11,8	3	1,2
30-34	842	308,0	52	19,0	0	0,0	3	1,1	70	25,6	41	15,0	7	2,6
35-39	385	155,2	34	13,7	0	0,0	1	0,4	61	24,6	29	11,7	3	1,2
40-44	182	70,7	21	8,2	0	0,0	3	1,2	34	13,2	54	21,0	4	1,6
45-49	88	28,3	13	4,2	0	0,0	1	0,3	17	5,5	55	17,7	1	0,3
50-54	35	10,9	10	3,1	0	0,0	1	0,3	17	5,3	57	17,8	6	1,9
55-64	28	5,1	5	0,9	0	0,0	0	0,0	29	5,3	73	13,3	4 <sup>7</sup>	1,4
65 et +	8	1,1	1	0,1	0	0,0	1	0,1	28	4,0	41	5,8	5 <sup>7</sup>	0,5
Inconnu	16		3		0		0		1		1		0	
<b>Total</b>	<b>12 998</b>	<b>324,5</b>	<b>693</b>	<b>17,3</b>	<b>0</b>	<b>0,0</b>	<b>25</b>	<b>0,6</b>	<b>364</b>	<b>9,1</b>	<b>409</b>	<b>10,2</b>	<b>40</b>	<b>1,0</b>

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

1. Taux pour 100 000 personnes.
2. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
3. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).
4. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
5. Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).  
Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2012.
6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.
7. Groupes d'âge de 55-59 et 60 et plus.

## Nombre de cas déclarés et taux d'incidence<sup>1</sup> de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2011

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse <sup>2</sup>		Hépatite B <sup>3</sup>		Hépatite C <sup>4</sup>		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N <sup>5</sup>	Tx <sup>6</sup>
< 1 an	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	2,3	0	0,0	0	0,0
1-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	1,1	3	0,4	3	0,4
10-14	109	26,7	11	2,7	0	0,0	0	0,0	11	2,7	1	0,2	1	0,2
15-19	5 513	1126,9	274	56,0	0	0,0	36	7,4	15	3,1	10	2,0	7	1,4
20-24	7 227	1436,8	553	109,9	0	0,0	87	17,3	46	9,1	49	9,7	27	5,4
25-29	3 040	584,3	336	64,6	1	0,2	90	17,3	107	20,6	76	14,6	46	8,8
30-34	1 532	275,1	246	44,2	1	0,2	80	14,4	157	28,2	102	18,3	47	8,4
35-39	756	147,8	126	24,6	4	0,8	77	15,0	133	26,0	118	23,1	41	8,0
40-44	429	81,3	112	21,2	2	0,4	81	15,4	104	19,7	158	30,0	29	5,5
45-49	248	39,2	105	16,6	2	0,3	77	12,2	61	9,6	215	34,0	30	4,7
50-54	124	19,4	64	10,0	2	0,3	54	8,4	59	9,2	226	35,3	35	5,5
55-64	108	10,1	43	4,0	1	0,1	43	4,0	98	9,1	222	20,7	23 <sup>7</sup>	4,0
65 et +	23	1,8	5	0,4	0	0,0	11	0,9	68	5,4	104	8,3	31 <sup>7</sup>	1,8
Inconnu	56		8		0		0		2		72		0	
<b>Total</b>	<b>19 165</b>	<b>241,2</b>	<b>1 883</b>	<b>23,7</b>	<b>13</b>	<b>0,2</b>	<b>636</b>	<b>8,0</b>	<b>871</b>	<b>11,0</b>	<b>1 356</b>	<b>17,1</b>	<b>320</b>	<b>4,0</b>

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

1. Taux pour 100 000 personnes.
2. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
3. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).
4. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
5. Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).  
Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2012.
6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.
7. Groupes d'âge de 55-59 et 60 et plus.

## ANNEXE 2

### CAS SIGNALÉS ET TAUX D'INCIDENCE<sup>1</sup> D'INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*, D'INFECTION GONOCOCCIQUE, DE SYPHILIS INFECTIEUSE, D'HÉPATITE B ET D'HÉPATITE C SELON LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE ET LE SEXE, CANADA, ANNÉE 2010<sup>2</sup>

		Sexe	T.-N.-L.	Î.-P.-É. <sup>3</sup>	N.-É. <sup>3</sup>	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT	Total	
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Cas	Homme	162	58	609	566	5 396	11 785	2 258	1 762	4 557	3 983	83	359	487	32 065	
		Femme	482	155	1 627	1 258	11 896	21 658	4 117	3 298	8 575	7 878	147	554	906	62 551	
		Non spécifié <sup>4</sup>	0	0	1	1	30	35	0	1	0	6	0	0	0	0	74
		<b>Total</b>	<b>644</b>	<b>213</b>	<b>2 237</b>	<b>1 825</b>	<b>17 322</b>	<b>33 478</b>	<b>6 375</b>	<b>5 061</b>	<b>13 132</b>	<b>11 867</b>	<b>230</b>	<b>913</b>	<b>1 393</b>	<b>94 690</b>	
	Taux	Homme	64,8	83,4	133,1	153,4	137,6	181,0	367,1	338,5	239,8	177,3	471,0	1 586,6	2 835,2	189,5	
Femme	185,5	213,1	335,5	328,6	298,4	323,2	663,7	628,1	471,0	344,9	869,6	2 621,6	5 647,3	363,8			
<b>Total</b>	<b>126,3</b>	<b>149,7</b>	<b>237,3</b>	<b>242,8</b>	<b>219,1</b>	<b>253,4</b>	<b>516,0</b>	<b>484,0</b>	<b>352,9</b>	<b>261,9</b>	<b>666,2</b>	<b>2 086,4</b>	<b>4 193,3</b>	<b>277,6</b>			
Infection gonococcique	Cas	Homme	9	38	37	1 371	2 196	435	313	631	921	14	110	310	6 385		
		Femme	3	62	24	690	1 767	547	446	557	442	17	110	338	5 003		
		Non spécifié <sup>4</sup>	0	0	0	4	3	0	0	0	2	0	0	0	9		
		<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>61</b>	<b>2 065</b>	<b>3 966</b>	<b>982</b>	<b>759</b>	<b>1 188</b>	<b>1 365</b>	<b>31</b>	<b>220</b>	<b>648</b>	<b>11 397</b>		
	Taux	Homme	3,6	7,2	10,0	35,0	33,7	70,7	60,1	33,2	41,0	79,5	486,1	1 804,7	37,7		
Femme	1,2	11,1	6,3	17,3	26,4	88,2	84,9	30,6	19,4	100,6	520,5	2 106,8	29,1				
<b>Total</b>	<b>2,4</b>	<b>9,2</b>	<b>8,1</b>	<b>26,1</b>	<b>30,0</b>	<b>79,5</b>	<b>72,6</b>	<b>31,9</b>	<b>30,1</b>	<b>89,8</b>	<b>502,8</b>	<b>1 950,6</b>	<b>33,4</b>				
Syphilis infectieuse <sup>5</sup>	Cas	Homme	4	20	32	511	728	9	27	114	141	1	3	0	1 590		
		Femme	0	1	2	26	46	8	9	54	14	0	5	0	165		
		Non spécifié <sup>4</sup>	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2		
		<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>21</b>	<b>34</b>	<b>539</b>	<b>774</b>	<b>17</b>	<b>36</b>	<b>168</b>	<b>155</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>1 757</b>		
	Taux	Homme	1,6	3,8	8,7	13,0	11,2	1,5	5,2	6,0	6,3	5,7	13,3	0,0	9,4		
Femme	0,0	0,2	0,5	0,7	0,7	1,3	1,7	3,0	0,6	0,0	23,7	0,0	1,0				
<b>Total</b>	<b>0,8</b>	<b>1,9</b>	<b>4,5</b>	<b>6,8</b>	<b>5,9</b>	<b>1,4</b>	<b>3,4</b>	<b>4,5</b>	<b>3,4</b>	<b>2,9</b>	<b>18,3</b>	<b>0,0</b>	<b>5,2</b>				
Hépatite B <sup>6</sup>	Cas	Homme	13	12	14	531	81	2	59	366	9	3	0	n/d	1 090		
		Femme	10	13	19	350	44	0	38	311	2	1	0	n/d	788		
		Non spécifié <sup>4</sup>	0	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	n/d	6		
		<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>25</b>	<b>33</b>	<b>886</b>	<b>126</b>	<b>2</b>	<b>97</b>	<b>677</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>n/d</b>	<b>1 884</b>		
	Taux <sup>7</sup>	Homme	5,2	2,3	3,8	13,5	1,2	0,3	11,3	19,3	0,4	17,0	0,0	n/d	6,4		
Femme	3,8	2,3	5,0	8,8	0,7	0,0	7,2	17,1	0,1	5,9	0,0	n/d	4,6				
<b>Total</b>	<b>4,5</b>	<b>2,3</b>	<b>4,4</b>	<b>11,2</b>	<b>1,0</b>	<b>0,2</b>	<b>9,3</b>	<b>18,2</b>	<b>0,2</b>	<b>11,6</b>	<b>0,0</b>	<b>n/d</b>	<b>5,5</b>				
Hépatite C <sup>8</sup>	Cas	Homme	36	38	210	116	961	2 796	200	351	662	1 484	13	6	n/d	6 873	
		Femme	25	18	93	60	429	1 679	117	236	355	737	8	5	n/d	3 762	
		Non spécifié <sup>4</sup>	0	0	0	0	79	25	0	0	0	2	0	0	n/d	106	
		<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>56</b>	<b>303</b>	<b>176</b>	<b>1 469</b>	<b>4 500</b>	<b>317</b>	<b>587</b>	<b>1 017</b>	<b>2 223</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>n/d</b>	<b>10 741</b>	
	Taux <sup>7</sup>	Homme	14,4	54,6	45,9	31,4	24,5	42,9	32,5	67,4	34,8	66,1	73,8	26,5	n/d	40,7	
Femme	9,6	24,7	19,2	15,7	10,8	25,1	18,9	44,9	19,5	32,3	47,3	23,7	n/d	21,9			
<b>Total</b>	<b>12,0</b>	<b>39,4</b>	<b>32,1</b>	<b>23,4</b>	<b>18,6</b>	<b>34,1</b>	<b>25,7</b>	<b>56,1</b>	<b>27,3</b>	<b>49,1</b>	<b>60,8</b>	<b>25,1</b>	<b>n/d</b>	<b>31,5</b>			

1. Taux par 100 000 habitants. Estimations démographiques fournies par Statistique Canada. (Source : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques, estimations de la population pour juillet, estimations préliminaires postcensitaires de 2010.)
2. Les données de 2010 sont préliminaires et l'on s'attend à ce qu'elles changent. Les données ont été vérifiées par les provinces et les territoires en novembre 2011.
3. En raison de petits comptes, les cas signalés et le taux de î.-P.-É. et N-É ont été combinés pour l'infection gonococcique et la syphilis infectieuse.
4. La catégorie « sexe non spécifié » inclut les cas transgenres.
5. Syphilis infectieuse inclut les syphilis primaire, secondaire et latente précoce.
6. Ne distingue pas entre infection aiguë et chronique pour l'hépatite B, sauf pour ONT., MAN., et C.-B., où seulement une infection aiguë de l'hépatite B est affichée.
7. Les données du Nunavut pour 2009 et 2010 ne sont pas disponibles. Les taux nationaux (pour 100 000) sont donc basés sur des estimations postcensitaires provisoires de l'année correspondante excluant le Nunavut.
8. Ne distingue pas entre infection aiguë et chronique pour l'hépatite C.

**Source :** Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2012.

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

## ANNEXE 3

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

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

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

Jeunes	2010-2011 N = 63 196 (Garçons = 51 %/Filles = 49 %)			
	1. L'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011	Groupe	Garçons	Filles
<b>Comportements sexuels</b>		%	%	%
Relations sexuelles vaginales consensuelles une fois ou plus au cours de la vie	1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> secondaire	19,9	20,5	20,2
	3 <sup>e</sup> secondaire	24,6	22,6	23,6
	4 <sup>e</sup> secondaire	31,1	35,8	33,5
	5 <sup>e</sup> secondaire	41,9	49,0	45,6
	Ensemble	31,2	29,5	33,1
Première relation sexuelle vaginale consensuelle avant l'âge de 14 ans	Ensemble	10,6	8,8	9,8
<b>Parmi les jeunes ayant eu une relation sexuelle consensuelle une fois ou plus au cours de la vie</b>	1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> secondaire	88,0	77,3	83,2
	3 <sup>e</sup> secondaire	77,1	68,4	73,1
	4 <sup>e</sup> secondaire	74,1	60,8	66,9
	5 <sup>e</sup> secondaire	69,1	55,9	61,6
	Ensemble	74,9	61,9	68,2
Relations sexuelles vaginales consensuelles avec trois partenaires ou plus au cours de la vie	1 <sup>re</sup> et 2 <sup>e</sup> secondaire	30,8	26,5	28,9
	3 <sup>e</sup> secondaire	32,6	25,2	29,1
	4 <sup>e</sup> secondaire	27,8	26,7	27,2
	5 <sup>e</sup> secondaire	30,5	32,6	31,7
	Ensemble	30,4	28,7	29,5
Relations sexuelles vaginales consensuelles, nombre de partenaires au cours de la vie	1 partenaire	50,2	51,7	51,0
	2 partenaires	19,4	19,6	19,5
	3 partenaires	10,2	10,5	10,3
	4 à 6 partenaires	11,6	12,4	12,0
	7 partenaires ou +	8,6	5,8	7,1
	<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
<b>Consommation de drogue</b>				
Consommation de drogue une fois ou plus au cours de la vie	1 <sup>re</sup> secondaire	6,5	5,0	5,8
	2 <sup>e</sup> secondaire	18,0	17,2	17,6
	3 <sup>e</sup> secondaire	31,7	28,0	29,9
	4 <sup>e</sup> secondaire	39,2	37,8	38,5
	5 <sup>e</sup> secondaire	49,1	44,9	46,9
	Ensemble	27,9	26,4	27,1
Usage de drogues par injection une fois ou plus au cours de la vie	Ensemble	0,6	0,4*	0,5
Consommation de drogue une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	1 <sup>re</sup> secondaire	6,1	4,6	5,4
	2 <sup>e</sup> secondaire	17,0	16,5	16,8
	3 <sup>e</sup> secondaire	30,3	27,0	28,7
	4 <sup>e</sup> secondaire	37,4	35,6	36,5
	5 <sup>e</sup> secondaire	46,5	41,1	43,7
	Ensemble	26,5	24,8	25,7

\* Coefficient de variation supérieur à 15% et inférieur ou égal à 25%. La valeur de proportion doit donc être interprétée avec prudence.

<b>Consommation de drogue une fois ou plus au cours des 12 derniers mois, par type de drogues :</b>				
Cannabis	1 <sup>er</sup> cycle	11,2	9,9	10,6
	2 <sup>e</sup> cycle	36,6	33,0	34,8
	Ensemble	26,0	23,8	24,9
Ecstasy	1 <sup>er</sup> cycle	3,1	4,2	3,6
	2 <sup>e</sup> cycle	11,0	13,1	12,0
	Ensemble	7,7	9,5	8,6
Amphétamine/méthamphétamine	1 <sup>er</sup> cycle	2,7	3,9	3,3
	2 <sup>e</sup> cycle	8,4	10,1	9,3
	Ensemble	6,0	7,7	6,8
Cocaïne	Ensemble	3,2	2,6	2,9
Médicaments pris sans prescription pour avoir un effet	Ensemble	1,9	1,6	1,8
Élèves du secondaire se classant dans la catégorie « <i>feu rouge</i> » de l'indice de consommation problématique d'alcool et de drogues (DEP-ADO)	1 <sup>er</sup> cycle	2,4	2,9	2,6
	2 <sup>e</sup> cycle	7,7	6,0	6,8
	Ensemble	5,5	4,8	5,1

La compilation des données a été effectuée par le MSSS à partir de l'onglet Plan commun de surveillance de l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec. La source de données utilisée est le Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (2010-2011) de l'Institut de la statistique du Québec.

2. Enquête nationale sur la santé de la population (Canada 1996-1997) et enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Canada, cycle 2003, cycle 2005 et cycle 2009-2010)					
	Groupe	1996-1997	2003	2005	2009-2010
<b>Parmi les jeunes âgés entre 15 et 24 ans</b>		%	%	%	%
Relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie	Garçons	43	46		
	Filles	51*	45		
	15 à 17 ans	32	30	29	30
	18 et 19 ans	70	68	65	68
	20-24 ans		85		86
<b>Parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans ayant eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois</b>					
Plus d'un partenaire sexuel(le) au cours des 12 derniers mois	Garçons	35	37		39
	Filles	25	25		25
	15 à 17 ans	43	35	43	35
	18 et 19 ans	31	35	36	39
	20-24 ans		29		30
	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>33</b>	<b>33</b>
<b>Parmi les personnes âgées de 15 à 19 ans actives sexuellement qui étaient célibataires et(ou) avaient eu des relations sexuelles avec plus d'un(e) partenaire au cours des 12 derniers mois</b>					
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle	Garçons		79		73
	Filles		65*		63
	15 à 17 ans		79	81	80
	18 et 19 ans		68	70	74
	20-24 ans		56		63
	Québec		56		60
	<b>Total</b>		<b>62</b>		<b>68</b>

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

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

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

4. Enquête sur la santé sexuelle auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal Jeunes âgés entre 16 et 25 ans	2005-2006 N = 3 047 (H = 1 228 ; F = 1 819)	
	Groupe	%
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales au moins une fois au cours de la vie	Hommes Femmes <b>Total</b>	71,5 68,8 <b>69,9</b>
<b>Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles</b>		
Âge moyen à la première relation sexuelle avec pénétration vaginale	Hommes Femmes <b>Total</b>	(16,0 ans) (16,0 ans) <b>(16,0 ans)</b>
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au cours de la vie	Hommes Femmes <b>Total</b>	5,1 9,9 <b>8,0</b>
Plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 derniers mois (parmi les personnes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois)	Hommes Femmes <b>Total</b>	39,9 36,3 <b>37,7</b>
Au moins un(e) partenaire « occasionnel(le) » au cours des 12 derniers mois (personne avec qui le (la) répondant(e) a eu des relations sexuelles à l'occasion et considérée comme un « amant » ou une « amante », ou comme ce que des gens appellent communément un « fuck friend »)	Hommes Femmes <b>Total</b>	40,7 30,9 <b>34,9</b>
Au moins un(e) partenaire « d'un soir » au cours des 12 derniers mois (personne avec qui le(la) répondant(e) n'a eu qu'une seule relation sexuelle)	Hommes Femmes <b>Total</b>	28,3 17,8 <b>22,0</b>
Relations sexuelles « en groupe » au moins une fois au cours des six derniers mois	Hommes Femmes <b>Total</b>	8,3 5,8 <b>6,8</b>
Relations sexuelles sous l'influence d'alcool ou de drogue la moitié des fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes <b>Total</b>	17,5 13,6 <b>15,2</b>
Utilisation du condom « toujours » lors des relations vaginales avec des partenaires « d'un soir » au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes <b>Total</b>	66,5 66,0 <b>62,2</b>
Utilisation du condom et d'une autre méthode contraceptive au cours de la dernière relation sexuelle vaginale avec un(e) partenaire autre qu'un(e) partenaire habituel(le)		28,9
Nombre moyen (et nombre median) de relations sexuelles avec un partenaire habituel avant que soit abandonnée l'utilisation du condom (parmi les personnes ayant un partenaire habituel au moment de l'enquête, ayant utilisé régulièrement le condom au début de cette relation amoureuse et ayant cessé d'utiliser le condom par la suite)		(24) (15)
Utilisation d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) au moins une fois au cours de la vie	Femmes	32,2
Test de détection de l'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> au moins une fois au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes <b>Total</b>	6,7 21,6 <b>15,6</b>
Antécédent d'une ITSS ou plus à vie ; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère)	Hommes Femmes <b>Total</b>	3,4 7,0 <b>5,6</b>

<b>5. Étude « Sexe, drogue et autres questions de santé » auprès des jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec</b> Sélection des répondants âgés entre 14 et 17 ans		<b>2008-2009</b> N = 578 (G = 335 ; F = 243)	
	<b>Groupe</b>	<b>%</b>	
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales une fois ou plus au cours de la vie	Gars Filles	88,7 89,3	
<b>Parmi les répondants ayant déjà eu des relations sexuelles</b>			
Première relation sexuelle vaginale avant l'âge de 14 ans	Gars Filles	66,0 65,6	
Nombre moyen de partenaires de relations sexuelles vaginales au cours de la vie	Gars Filles	(10,4) (9,5)	
Relations sexuelles avec une personne du même sexe une fois ou plus à vie	Gars Filles	5,0 31,8	
Recherche de partenaires sexuels sur Internet une fois ou plus au cours de l'année précédant l'admission en centre jeunesse	Gars Filles	11,7 8,2	
Relations sexuelles « en groupe » une fois ou plus à vie	Gars Filles	43,2 38,4	
Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus à vie	Gars Filles	4,7 16,1	
Biens autres que de l'argent (drogue, cadeaux, endroit où dormir, etc.) reçus en échange de relations sexuelles une fois ou plus à vie	Gars Filles	6,1 22,6	
Relations sexuelles sous l'influence d'alcool ou de drogue la moitié des fois ou plus à vie	Gars Filles	47,8 42,9	
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale avec un partenaire autre qu'un(e) partenaire habituel(le)	Gars Filles	65,5 60,0	
Utilisation du condom <u>et</u> d'une autre méthode contraceptive lors de la dernière relation sexuelle vaginale avec un(e) partenaire autre qu'un(e) partenaire habituel(le)	Gars Filles	22,6 29,2	
Utilisation d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) une fois ou plus à vie	Filles	48,1	
Test de détections de la l'infection génitale à <i>Chlamydis trachomatis</i> une fois ou plus à vie	Gars Filles	28,9 61,1	
Grossesse une fois ou plus à vie	Filles	27,9	
Antécédent d'une ITSS ou plus à vie ; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un(e) infirmier(ère)	Gars Filles	3,4 17,6	
<b>Parmi l'ensemble des répondants</b>			
Consommation de cannabis trois ou plus par semaine au cours de l'année précédant l'admission en centre jeunesse	Gars Filles	68,7 55,1	
Consommation de cocaïne une fois ou plus au cours de l'année précédant l'admission en centre jeunesse	Gars Filles	34,6 36,8	
Injection de drogue une fois ou plus à vie	Gars Filles	1,5 6,2	
Problème évident de consommation d'alcool et ou de drogue nécessitant une intervention spécialisée (niveau rouge selon la grille de dépistage DEP-ADO)	Gars Filles	63,1 58,4	

6. Étude « Cohorte des jeunes de la rue de Montréal » Jeunes âgés entre 14 et 23 ans	2001-2004 N = 860 (G = 593 ; F = 267)	
	Groupe	%
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales une fois ou plus au cours de la vie	Garçons	99
	Filles	99
Âge moyen à la première relation sexuelle	Garçons	(14,1)
	Filles	(14,3)
Relations sexuelles avec une personne du même sexe une fois ou plus au cours de la vie	Garçons	17
	Filles	30
Antécédent d'abus sexuel à vie	Garçons	26
	Filles	62
Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie	Garçons	18
	Filles	37
Utilisation du condom « toujours » lors des relations sexuelles au cours des 6 derniers mois		25
Antécédent d'une ITSS ou plus au cours de la vie	Garçons	29
	Filles	28
Grossesse une fois ou plus au cours de la vie	Filles	47
Injection de drogue une fois ou plus au cours de la vie		46
<b>Parmi les jeunes s'étant injectés des drogues au moins une fois au cours de la vie</b>		
Âge moyen à la première injection		(16,8 ans)
Injection de drogues une fois ou plus au cours des six derniers mois avant l'entrée dans l'étude		67

<b>Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes</b>	
<b>Étude « ARGUS 2008-2009 »</b> Hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation Personnes âgées de 18 ans ou plus, dont 75 % résidaient sur le territoire de l'île de Montréal	<b>2008-2009</b> N = 1 873
	<b>%</b>
Relations sexuelles orales ou anales avec un homme au cours des six derniers mois	92,4
<b>Parmi les répondants sexuellement actifs au cours des six derniers mois</b>	
Relations sexuelles avec six partenaires ou plus au cours des six derniers mois	44,4
Relations sexuelles avec un partenaire « d'un soir » une fois ou plus au cours des six derniers mois	68,9
Relations sexuelles avec six partenaires « d'un soir » ou plus au cours des six derniers mois	32,4
Relations sexuelles « en groupe » une fois ou plus au cours des six derniers mois	33,0
Relations <i>anales</i> avec six partenaires masculins ou plus au cours des six derniers mois	21,3
Relations sexuelles sous l'influence de drogues récréatives la moitié des fois ou plus au cours des six derniers mois	13,4
Rencontre d'un nouveau partenaire sexuel dans un sauna une fois ou plus au cours des six derniers mois	41,6
Rencontre d'un partenaire sexuel recruté sur Internet une fois ou plus au cours des six derniers mois	35,0
Argent donné en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	6,2
Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	5,2
Relations sexuelles sous l'influence de drogues récréatives la moitié des fois ou plus au cours des six derniers mois	13,4
Relation <i>anale</i> sans condom une fois ou plus avec un partenaire sexuel considéré comme « à risque » (partenaire « d'un soir », partenaire occasionnel ou habituel infecté par le VIH, partenaire occasionnel ou habituel dont on ne connaît pas s'il est infecté ou non) (parmi les répondants non infectés par le VIH ou ne sachant pas leur statut VIH)	31,5
<b>Ensemble des répondants</b>	
Discrimination (sous forme d'insultes, de harcèlement, de rejet ou de violence physique) subie une fois ou plus au cours des six derniers mois à cause de l'orientation sexuelle ou des activités sexuelles	22,7
Consommation de cocaïne par voie nasale (priser) une fois ou plus au cours des six derniers mois	22,0
Injection de drogues (autres que des stéroïdes) une fois ou plus au cours des six derniers mois	3,4
Vaccination contre l'hépatite B (plus d'une dose)	50,4
Prise d'une prophylaxie post-exposition sexuelle une fois ou plus au cours de la vie (parmi les répondants non infectés par le VIH ou ne sachant pas leur statut VIH)	5,5
Antécédent d'au moins une ITSS autre que l'infection par le VIH au cours de la vie; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un (e) infirmier (ère)	42,3
Test de détection de la syphilis une fois ou plus au cours des douze derniers mois	42,8
Test de détection du VIH une fois ou plus au cours des douze derniers mois (parmi les personnes ne se sachant pas déjà infectées par le VIH)	59,3
Ignorance de son infection (parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude)	14,5
Prise d'une médication contre le VIH au moment de la participation à l'étude (parmi les hommes se sachant infectés par le VIH)	68,4

<b>Personnes utilisatrices de drogues par injection</b>		
<b>Étude «SurvUDI», Personnes qui se sont injecté des drogues dans les six mois précédents, recrutées principalement dans des programmes qui donnent accès à du matériel d'injection stérile</b>	<b>Données 1995-2010</b> N = 11 894 (H = 8 987 ; F = 2 907)	
	<b>Groupe</b>	<b>%</b>
Utilisation d'un condom « toujours » au cours des relations hétérosexuelles vaginales ou anales avec un(e) partenaire « occasionnel(le) » au cours des six derniers mois (parmi les personnes sexuellement actives au cours des six derniers mois)	Période 2003-2010	
	Hommes	55,7
	Femmes	48,3
Argent, drogues ou autres biens et services reçus en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	Période 2003-2010	
	Hommes	5,4
	Femmes	31,7
Injection de cocaïne une fois ou plus au cours des six derniers mois	Période 1995-2010	
	24 ans ou moins	74,4
	25 ans ou plus	85,5
Injection d'héroïne beige/brune une fois ou plus au cours des six derniers mois	Période 1995-2010	
	24 ans ou moins	37,9
	25 ans ou plus	18,6
Injection de drogues une fois ou plus par jour au cours du dernier mois	Période 1995-2010	
	UDI milieu urbain	33,6
	UDI milieu semi-urbain	19,9
Injection de drogues avec une seringue empruntée une fois ou plus au cours des six derniers mois	Période 2003-2010	
	UDI milieu urbain	22,6
	UDI milieu semi-urbain	30,3
Ignorance de son infection (parmi les personnes infectées par le VIH mais non par le VHC, selon les résultats des tests faits au moment de l'entrevue)	Période 2003-2010	27,9
Ignorance de son infection (parmi les personnes infectées par le VHC mais non par le VIH, selon les résultats des tests faits au moment de l'entrevue)	Période 2003-2010	24,3
Prise d'une médication contre le VIH <i>au moment de la participation à l'étude</i> (parmi les personnes infectées par le VIH mais non par le VHC se sachant infectées par le VIH)	Période 2003-2010	65,3
Prise d'une médication contre le VHC <i>au moment de la participation à l'étude</i> (parmi les personnes infectées par le VHC mais non par le VIH se sachant infectées par le VHC)	Période 2003-2010	2,4

Personnes incarcérées	situés en milieu urbain et semi-urbain	
Personnes incarcérées dans sept établissements de compétence provinciale situés en milieu urbain et semi-urbain	Groupe	%
Nombre moyen d'incarcérations depuis l'âge de 18 ans	Hommes Femmes	(6) (8)
Argent reçu en échange de relations sexuelles anales ou vaginales une fois ou plus au cours de la vie (parmi les personnes ayant déjà eu des activités sexuelles et ayant déjà utilisé des drogues par injection)	Hommes Femmes	6 42
Consommation de cocaïne par voie nasale une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	79 81
Injection de drogues une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	28 43
Injection de drogues avec une seringue déjà utilisée par d'autres une fois ou plus à vie (parmi les personnes ayant déjà consommé de la drogue par injection)	Hommes Femmes	53 56
Consommation de cocaïne par voie nasale <i>pendant une incarcération</i> , une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	24 13
Injection de drogues <i>pendant une incarcération</i> , une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	4 1
Tatouage une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	48 60
Vaccination contre l'hépatite B (au moins une dose à vie)	Hommes Femmes	56 61
Test de détection du virus de l'hépatite C une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	52 69
Test de détection du VIH une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	63 76
Ignorance de son infection (parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude)		20

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

Peuples autochtones			
1. Personnes résidant dans 10 communautés des premières nations de la région de Québec		2009-2010	
		Groupe	%
<b>Jeunes âgés de 12 à 18 ans fréquentant des écoles secondaires</b>		N = 179 (G = 75 F = 104)	
Relations sexuelles au cours des 12 derniers mois		12-14 ans	11,3
		15-17 ans	51,7
		18-20 ans	75,7
<b>Parmi les jeunes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois</b>			
Relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois		Garçons	46,4
		Filles	44,9
Relations sexuelles sous l'influence de drogue (consommation de drogue avant une relation sexuelle) au cours des 12 derniers mois		<i>Une fois ou plus</i>	
		Garçons	21,2
		Filles	17,7
		<i>La «plupart du temps» ou «toujours»</i>	
		Garçons	9,8
		Filles	2,1
Utilisation d'un condom « toujours » lors des relations sexuelles des 12 derniers mois		Garçons	57,8
		Filles	43,1
		12-14 ans	44,4
		15-17 ans	45,9
		18-20 ans	69,2
Argent ou drogues reçus en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie (parmi les jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles)		Garçons	Un garçon
		Filles	Une fille
Tatouage ou « perçage » d'une partie du corps au cours des 12 derniers mois		Garçons	16
		Filles	42
Consommation de drogue une fois ou plus au cours des 12 derniers mois		Garçons	34,3
		Filles	36,3
Test de détection à vie		Test de détection d'une ITSS	
		Test de détection du VIH	
			19,7
			19,7
Antécédent d'une ITSS ou plus au cours de la vie		Garçons	6,7
		Filles	22,4
<b>Adultes âgés de 18 et plus</b>		N = 935 (H = 440 ; F = 493)	
Relations sexuelles au cours des 12 derniers mois		Hommes	93
		Femmes	90
<b>Parmi les personnes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois</b>			
Relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois		Hommes	30,3
		Femmes	15,9
Relations sexuelles sous l'influence de drogue (consommation de drogue avant une relation sexuelle) au cours des 12 derniers mois		<i>Une fois ou plus</i>	
		Hommes	33,6
		Femmes	22,0
		<i>La «plupart du temps» ou «toujours»</i>	
		Hommes	6,8
		Femmes	4,0
Utilisation d'un condom « toujours » lors des relations sexuelles des 12 derniers mois (les personnes mariées ou en union libre ayant eu un seul partenaire au cours des 12 derniers mois ont été exclues du dénominateur)		Hommes	22,2
		Femmes	17,4
Argent ou drogues reçus en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie		Hommes	4,1
		Femmes	2,5
Tatouage ou « perçage » d'une partie du corps au cours des 12 derniers mois		Hommes	6,6
		Femmes	12,6
Consommation de drogue une fois ou plus au cours des 12 derniers mois		Hommes	25,5
		Femmes	19,9
Test de détection à vie		Test de détection d'une ITSS	
		Test de détection du VIH	
		Hommes	36,3
		Femmes	50,9
		Hommes	38,4
		Femmes	49,2
Antécédent d'une ITSS ou plus au cours de la vie		Hommes	43,4
		Femmes	55,3

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

\* Estimation imprécise, à interpréter avec circonspection

## ANNEXE 4

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

Description	Période de collecte-recrutement	Groupe	VIH		Hépatite C	
			Prévalence %	Incidence (pour 100 p.-a.)	Prévalence %	Incidence (pour 100 p.-a.)
<b>Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes</b>						
ARGUS 2008-2009 Étude transversale. Hommes <i>québécois</i> ayant des relations sexuelles avec des hommes; recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation (n = 1 873) dont 75 % résidaient sur le territoire de l'île de Montréal.	Mai 2008 – mars 2009	18-29 ans	4,5		2,0	
		30-39 ans	15,1		4,4	
		40-49 ans	18,3		5,1	
		50-59 ans	16,8		1,6	
		60 ans ou plus	11,2		1,6	
<b>Total</b>		<b>13,5</b> (12,0-15,1)		<b>3,4</b> (2,5-4,2)		
ARGUS 2005 Étude transversale. Hommes <i>montréalais</i> ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation (n = 1 957).	Février 2005 – août 2005			1,3 (0,54-2,25)		
OMÉGA Étude de cohorte ouverte. Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes séronégatifs au regard du VIH ou ne connaissant pas leur statut (n = 1 592).	Octobre 1996 – juin 2003	Données de 1996-2001		0,62		
		Données de 2002-2003		0,83		
<b>Personnes utilisatrices de drogues par injection</b>						
SURV-UDI Étude de cohorte ouverte. Réseau de surveillance des maladies infectieuses parmi les utilisateurs de drogues par injection implanté dans huit régions du Québec et à Ottawa. Personnes qui se sont injecté des drogues dans les six mois précédents, recrutées principalement dans des programmes qui donnent accès à du matériel d'injection stérile, mais aussi dans des milieux tels les centres de détention et les cliniques de désintoxication. (n = 10 931 ; 8 256 hommes et 2 675 femmes).	VIH Prévalence 2003-2010	<b>Hommes</b>				
		≤ 20 ans	0,0		19,5	
		20-24 ans	4,7		36,7	
		25-29 ans	8,2		50,3	
		30-34 ans	10,2		52,8	
		35-39 ans	18,2		69,1	
	Incidence 1995-2010	≥ 40 ans	22,5		76,2	
		Tous	15,9		63,2	
		<b>Femmes</b>				
		≤ 20 ans	0,0		20,6	
		20-24 ans	3,8		49,1	
		25-29 ans	14,1		54,5	
	VHC Prévalence 2003-2010	30-34 ans	11,6		65,8	
		35-39 ans	17,1		76,7	
≥ 40 ans		16,9		75,0		
Toutes		12,0		61,5		
<b>Total</b>		<b>15,1</b>	<b>2,6</b>	<b>62,9</b>	<b>24,9</b>	
Par région de recrutement		Abitibi-Tém.	3,9		49,7	
	Estrie	11,4		53,8		
	Mauricie	7,3		62,0		
	Montréal	13,1		59,0		
	Montréal	20,4	3,1	68,5	25,5	
	Ottawa	10,1		58,0		
	Outaouais	10,9		52,9		
	Ville de Québec	14,4	2,1	67,7	27,8	
	Saguenay	5,4		18,9		
	Tous semi-urbains		1,5		16,1	

Description	Période de collecte-recrutement	Groupe	VIH		Hépatite C	
			Prévalence %	Incidence (pour 100 p.-a.)	Prévalence %	Incidence (pour 100 p.-a.)
<b>Personnes utilisatrices de drogues par injection (suite)</b>						
Cohorte St-Luc Étude de cohorte ouverte. Cohorte débutée en 1988 et renouvelée depuis 2004, qui recrute des utilisateurs de drogues par injection actifs (le dernier mois), par des méthodes dites « boule de neige » à Montréal.	1992 – 2004 (n = 2062)  Novembre 2004 – octobre 2007	Tous les participants n = 178  Nouveaux participants (n = 100)		2,6 (2,3-3,0)		18,9 (13,8-25,5)  34,9 (24,2-48,9)
<b>Jeunes de la rue</b>						
Cohorte des jeunes de la rue de Montréal. Étude de cohorte prospective. Jeunes âgés entre 14 et 23 ans qui, dans la dernière année ont dû se chercher plus d'une fois un endroit pour dormir ou ont utilisé régulièrement (trois fois ou plus) les services des organismes de rue (n = 860 ; 593 garçons et 267 filles).	Juillet 2001 – juin 2004  La Cohorte des jeunes de la rue mène des travaux depuis 1995.	Garçons	1,0		14,0	4,1
		Filles	0,8		14,0	5,3
		> 19 ans	1,3		18,8	
		< 19 ans	0		1,7	
		UDI à vie	2,0		30,7	
Non-UDI à vie	0		0			
<b>Total</b>			<b>0,9</b>	<b>0,9</b> (0,5-1,5)	<b>14,0</b>	<b>4,5</b> (3,4-5,8)
<b>Personnes incarcérées dans des établissements de détention</b>						
Personnes incarcérées. Étude transversale. Personnes incarcérées dans 7 établissements de détention de compétence provinciale situés en milieu urbain et semi-urbain (n = 1 607 ; 1 357 hommes et 250 femmes)	Janvier 2003 – juin 2003	<b>UDI</b>				
		Hommes	7,2		53,3	
		Femmes	20,6		63,6	
		<b>Total</b>	<b>10,2</b> (7,6-13,2)		<b>55,6</b> (51,0-60,1)	
		<b>UDI et non-UDI</b>				
		Hommes	2,4		16,6	
		Femmes	8,8		29,2	
		<b>Total</b>	<b>3,4</b> (2,5-4,4)		<b>18,5</b> (16,7-20,5)	
<b>Personnes originaires de pays fortement endémiques en regard du VIH</b>						
Population haïtienne. Étude transversale. Québécois d'origine haïtienne qui, à Montréal, consultent un médecin généraliste ou participent à des activités d'un organisme communautaire (n = 773 ; 352 hommes et 427 femmes)	Mai 2007 à septembre 2008	<b>Total</b>	<b>0,3</b> (deux personnes, toutes deux nées en Haïti)			
Population haïtienne. Étude transversale. Montréalais et Montréalaises d'origine haïtienne (n = 4 960 ; 1 997 hommes et 3 042 femmes).	Avril 1994 – décembre 1996	Homme	1,1			
		Femme	1,5			
		<b>Total</b>	<b>1,3</b>			

100 p.-a. : 100 personnes-années.

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

## Notes

### Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

**VIH** Un peu plus d'un participant sur sept (13,5 %) était infecté par le VIH (près de un répondant sur cinq chez les hommes âgés entre 40 et 49 ans) parmi les participants à l'étude ARGUS 2008-2009. Le taux d'incidence était de 1,3 par 100 p.-a. parmi les participants à l'étude **ARGUS 2005**.

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

**VHC** Parmi l'ensemble des participants à **ARGUS 2008-2009**, 3,4 % avaient des anticorps contre le VHC (reflétant une infection active ou résolue) ; cependant, la prévalence était de 55,8 % parmi les participants utilisateurs de drogues par injection et de 1,8 % parmi les participants non UDI.

**Syphilis** Un participant sur vingt était ou avait déjà été infecté par la syphilis (**ARGUS 2008-2009**).

Prévalence de marqueurs de la syphilis selon l'âge, ARGUS 2008-2009	
Groupe d'âges	Prévalence (%)
18-29 ans	3,1
30-39 ans	7,0
40-49 ans	10,5
50-59 ans	10,8
60 ans ou plus	16,0
<b>Total</b>	<b>8,5</b> (IC 95 % : 7,2-9,8)

### Personnes utilisatrices de drogues par injection

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

**VIH** Chez les 40 ans ou plus, un peu plus d'un individu sur cinq (21,6 %) est déjà infecté par le VIH. La prévalence brute du VIH est de 8,5 % parmi les UDI recrutés dans les programmes implantés dans des régions semi-urbaines, et de 16,2 % parmi les UDI recrutés dans les programmes en régions urbaines. L'incidence globale du VIH est de 2,7 par 100 personnes-années pour l'ensemble des participants du réseau entre 1995-2010. Les taux d'incidence du VIH, considéré comme plutôt stable depuis 2002, ne diminue plus ; il est de 1,7 par 100 personnes-année en 2009 (dernière année pour laquelle une incidence a été calculée). (étude **SurvUDI**).

**VHC** Chez les 40 ans ou plus, trois individus sur quatre (76 %) sont déjà infectés par le VHC. La prévalence brute du VHC est de 65,2 % en milieu urbain et de 52,3 % en milieu semi-urbain. L'incidence globale du VHC est de 25,7 par 100 personnes-années pour l'ensemble des participants du réseau entre 1997-2010. Globalement, on n'observe pas de tendance significative à la hausse ni à la baisse de 1998 à 2009 ; le taux d'incidence est de 22,7 par 100 personnes-année en 2009 (dernière année pour laquelle une incidence a été calculée). (étude **SurvUDI**).

Les données sur la prévalence et l'incidence du VHC, basées sur la présence d'anticorps contre le VHC, reflètent une infection active ou résolue (de 14 à 46 % des personnes infectées pouvant se débarrasser du virus). (étude **SurvUDI**).

## JEUNES EN DIFFICULTÉS

### Jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec

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

**Infection gonococcique** Cette même étude a montré une prévalence de l'infection gonococcique nulle chez les garçons et de 1,7% chez les filles (chez les jeunes âgés de 14 à 17 ans)

### Jeunes de la rue

Les données de la **cohorte des Jeunes de la rue de Montréal** sur la prévalence se rapportent à la prévalence des anticorps contre le VIH et contre le VHC à l'entrée dans l'étude.

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

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

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

**Infection gonococcique** La même étude réalisée en 2000 auprès de 302 jeunes de la rue de Montréal a montré une prévalence nulle de l'infection gonococcique.

## PERSONNES INCARCÉRÉES

Dans chaque établissement de détention participant à l'**étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec**, la prévalence de ces infections a varié en fonction de la proportion d'UDI dans l'établissement.

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

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

## **PERSONNES ORIGINAIRES DE RÉGIONS FORTEMENT ENDÉMIQUES AU REGARD DU VIH**

- VIH** Le taux de prévalence du VIH était de moins de 1 % lors de l'étude menée en 2007-2008.
- VHC** Aucun prélèvement n'a été trouvé positif pour les anticorps contre l'hépatite C.
- SYPHILIS** La prévalence d'une syphilis ancienne ou courante parmi les répondants recrutés en clinique était de 1,8 % (IC 95 % : 1,55-6,89) ; aucun résultat n'a été trouvé réactif pour la syphilis parmi les jeunes recrutés dans les organismes communautaires.



Santé  
et Services sociaux

Québec

