

Année 2012 (et projection 2013)















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

Riyas Fadel Agent de recherche et de planification, Service de lutte contre les ITSS

Direction du développement des individus et de l'environnement social

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylfreed Minzunza Analyste en programmation, Bureau de surveillance et de vigie

Direction de la protection de la santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Édition produite par:

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

Le présent document n'est disponible qu'en version électronique, à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

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

Dépôt légal Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013 Bibliothèque et Archives Canada, 2013 ISBN: 978-2-550-69484-7

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 de 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 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
Détection et déclaration des cas	9
Cas anciens ou nouveaux	9
Extraction des données 1990-2012	9
Projections 2013	10
Calcul des taux	10
Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale	10
Infections transmissibles sexuellement et par le sang à déclaration obligatoire (ITSS-MADO)	11
Infection génitale à Chlamydia trachomatis	15
Infection gonococcique	21
Syphilis infectieuse	29
Lymphogranulomatose vénérienne	39
Hépatite B	43
Hépatite C	48
VIH	5 3
Populations particulièrement touchées	62
Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	62
Jeunes âgés de 15 à 24 ans	75
Jeunes en difficulté	76
Personnes consommant des drogues par injection	78
Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique	80
Autochtones	81
Bibliographie	82
Annexe 1	87

LISTE DES TABLEAUX ET DES FIGURES

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2008, Tableau 1: 13 Taux brut d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2012 14 Tableau 2: INFECTION GÉNITALE À CHLAMYDIA TRACHOMATIS Infection génitale à Chlamydia trachomatis: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Figure 1: 16 Infection génitale à Chlamydia trachomatis: taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge Figure 2: Figure 3: Infection génitale à Chlamydia trachomatis: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2002 à 2013p..... 17 Figure 4: Infection génitale à Chlamydia trachomatis: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains Infection génitale à Chlamydia trachomatis: nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence. Tableau 3: INFECTION GONOCOCCIQUE Figure 5: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, 24 Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Figure 6: Québec, 2012..... Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Figure 7: 25 Figure 8: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, 25 femmes, Québec, de 2002 à 2013p..... Infection gonococcique: nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région. Tableau 4: SYPHILIS INFECTIEUSE Tableau 5: Nombre de cas déclarés de syphilis de nature autre qu'infectieuse, selon le sexe, Québec, 32 Syphilis infectieuse: taux d'incidence des cas déclarés, sexes réunis et hommes seulement. Figure 9: 33 Figure 10: Syphilis infectieuse: taux d'incidence des cas déclarés, femmes, Québec, de 1984 à 2013p . . . Figure 11: Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2012 . . . Figure 12: Syphilis infectieuse: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Syphilis infectieuse: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Figure 13: femmes en âge de procréer, Québec, de 2002 à 2013p..... 35 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 2008 à 2013p . . . 36

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE Figure 14: Lymphogranulomatose vénérienne: nombre de cas déclarés, hommes, Québec, 41 Lymphogranulomatose vénérienne: taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, Figure 15: hommes, Québec, période de 2004 à 2012..... 41 Lymphogranulomatose vénérienne: nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, Tableau 7: **HÉPATITE B** Figure 16: Hépatite B: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2013p Figure 17: Hépatite B: taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2012 Hépatite B aiguë et chronique ou non précisée: taux brut d'incidence des cas déclarés, Figure 18: 45 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée): nombre de cas déclarés Tableau 8: **HÉPATITE C** Figure 19: Hépatite C: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2013p..... Figure 20: Hépatite C: taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2012 Hépatite C: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Québec, Figure 21: 50 Tableau 9: Hépatite C (aiguë et non précisée): nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, VIH Tableau 10: Nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002 à décembre 2012..... Tableau 11: 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, avril 2002 à décembre 2012..... Tableau 12: 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, avril 2002 à décembre 2012..... 58 Figure 22: Nombre de nouveaux diagnostics enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, de 2003 à 2012, selon les groupes d'âge, chez les hommes Figure 23: Nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, de 2003 à 2012, selon les groupes d'âge, 59 Tableau 13: Infection par le VIH: nombre de nouveaux diagnostics enregistrés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2008 à 2012 60 POPULATIONS PARTICULIÈREMENT TOUCHÉES Tableau 14: Étude ARGUS 2008-2009 auprès d'HARSAH du Québec âgés de 18 ans ou plus Faits saillants. . . Tableau 15: SPOT: Projet de recherche-intervention sur le dépistage rapide du VIH

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

HARSAH Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

ITSS Infection transmissible sexuellement et par le sang

LGV Lymphogranulomatose vénérienne

LSPQ Laboratoire de santé publique du Québec

MADO Maladie à déclaration obligatoire
OMS Organisation mondiale de la santé

PVVIH Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine

TAAN Test d'amplification des acides nucléiques

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 la continuité du Programme national de santé publique (mis à jour en 2008)¹ et 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 2010². 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 infections transmissibles sexuellement et par le sang (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 virus de l'immunodéficience humaine (VIH).

Ces infections sont visées par la Loi sur la santé publique³. Elles doivent être déclarées au directeur de santé publique soit par les médecins, soit par les directeurs des laboratoires de biologie médicale, soit par les deux. La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est devenue une maladie à déclaration obligatoire (MADO) en 1990, mais c'est seulement depuis avril 2002 que tous les tests positifs de dépistage de l'infection par le VIH font 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 tenu par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), lui-même rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec.

Des données complémentaires se rapportant aux facteurs d'exposition sont tirées des enquêtes épidémiologiques faites à la suite des déclarations ou des renseignements recueillis 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.

Le portrait de l'année 2011, avec ses projections pour 2012, mettait l'accent sur la problématique des ITSS chez les jeunes. Cette année, en plus de présenter les principaux éléments de l'épidémiologie de ces infections au Québec à la lumière des données disponibles, le portrait met plutôt en évidence l'ampleur de la problématique des ITSS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

- 1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012: Mise à jour 2008, r*édigé 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. Anctil, 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 1er novembre 2013, [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]. 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, tenu par le LSPQ. En ce qui concerne les données tirées d'études épidémiologiques particulières, le lecteur peut consulter la section *Méthodologie* de chacune de celles-ci. Les sources des données sont mentionnées au bas de tous les tableaux et de toutes les figures.

Détection et déclaration des cas

Les données présentées ici se rapportent aux cas d'ITSS qui ont été détectés et déclarés. Or, les ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent donc non détectés et, *a fortiori*, non déclarés. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. Par exemple, la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, asymptomatique dans la majorité des cas, est probablement mieux évaluée chez les femmes. 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 1990-2012

Pour la période allant du 1^{er} janvier 1990 au 31 décembre 2011, les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode ont été extraites du registre des MADO le 4 avril 2013. En ce qui a trait à l'année 2012, les données ont été extraites le 5 septembre 2013 – sauf les données relatives à la syphilis, qui l'ont été le 17 octobre 2013, et celles qui concernent les sites des infections à *Chlamydia trachomatis* ou les infections gonococciques, qui l'ont été le 10 septembre 2013.

Les données antérieures au 1er janvier 1990 sont des données historiques tirées des rapports annuels antérieurs.

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

Projections 2013

Les projections pour l'année 2013 reposent sur le nombre de cas survenus entre le 1er janvier et le 10 août 2013, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-uniens pour l'année 2013 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du fichier des MADO le 5 septembre 2013 – sauf celles qui concernent la syphilis, dont l'extraction a été effectuée le 17 octobre 2013.

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 2012) basées sur le recensement de l'année 2006 et mises à jour en janvier 2010.

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 des 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 études⁴ 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 intensifiées effectuées à l'échelle provinciale

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

^{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 gonorrhea 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 25 000 cas déclarés en 2012, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 72 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Certaines situations méritent une attention particulière:

- l'augmentation constante des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans, particulièrement les jeunes hommes, qui ne se limite pas à l'infection à *Chlamydia trachomatis* et à l'infection gonococcique mais concerne aussi la syphilis infectieuse et l'infection par le VIH;
- le défi posé par la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement de cette infection;
- la proportion importante (30 %) d'infection gonococcique rectale ou pharyngée parmi les cas déclarés chez les hommes;
- l'extension de l'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal mais qui touche maintenant la plupart des régions du Québec;
- la persistance de plusieurs cas de lymphogranulomatose vénérienne déclarés chaque année au Québec depuis l'émergence de cette infection en 2005 et la recrudescence qui s'observe depuis le printemps 2013;
- 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 celle que forment les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

Bien que les jeunes et les femmes constituent des groupes d'un intérêt particulier dans la lutte contre les ITSS, il demeure que les HARSAH sont les plus affectés par la syphilis, l'infection par le VIH et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV); ces derniers sont aussi fortement touchés par l'infection gonococcique et l'infection à *Chlamydia trachomatis*. En outre, la transmission sexuelle de l'hépatite C concerne particulièrement les HARSAH qui vivent avec le VIH.

Plusieurs facteurs contribuent à la propagation des ITSS parmi les HARSAH. La prévalence et l'incidence plus élevées de certaines infections au sein de cette population, notamment l'infection par le VIH et la syphilis, font augmenter le risque d'être exposé à une personne infectée pour les hommes qui en font partie. Certaines pratiques sexuelles, comme les relations sexuelles anales non protégées, comportent un risque très élevé de transmission quand l'un des partenaires a une ITSS. Enfin, des facteurs psychosociaux, notamment la stigmatisation et l'homophobie, peuvent influencer à la baisse la capacité et la motivation des HARSAH à adopter ou à conserver des comportements sécuritaires ainsi qu'à recourir aux soins préventifs et curatifs recommandés.

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 constats issus de la surveillance 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*⁵:

- « 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 certains facteurs de risque, des personnes infectées et de leurs partenaires à un dépistage précoce et à un traitement efficace, le cas échéant.

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'incidence¹ de certaines ITSS, Québec, 2008, 2012 et projections pour 2013²

			Province of	de Québec				
	2008	8	20	12	2013²			
Infections bactériennes	N	Tx	N	Tx	N	Tx		
Infection génitale à <i>Chlamydia</i> trachomatis	15 025	193,8	20150	251,6	21 415	265,5		
< 1 an – Sexes réunis ³	3	3,5	4	4,6	5	5,8		
15-24 ans – Hommes	2327	460,2	3375	664,4	3791	749,4		
15-24 ans – Femmes	7 5 3 3	1 560,6	9740	2 004,8	10018	2071,7		
Lymphogranulomatose vénérienne	9	0,1	9	0,1	38	0,5		
Infection gonococcique	1 651	21,3	2230	27,8	2 453	30,4		
< 1 an – Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
15-24 ans – Hommes	362	71,6	451	88,8	510	100,7		
15-24 ans – Femmes	412	85,4	465	95,7	490	101,3		
Syphilis infectieuse ⁴	382	4,9	680	8,5	603	7,5		
15-24 ans – Hommes	34	6,7	152	29,9	105	20,8		
15-24 ans – Femmes	1	0,2	13	2,7	16	3,4		
Syphilis congénitale	0	0,0	1	0,0	0	0,0		

			Province of	de Québec					
	2008	8	20	12	2013²				
Infections virales	N	Tx	N	Tx	N	Tx			
Hépatite B ⁵	993	12,8	925	11,5	940	11,7			
aiguë	45	0,6	30	0,4	20	0,2			
< 1 an – Sexes réunis	1	1,2	1	1,2	0	0,0			
Hépatite C ⁶	1 845	23,8	1 304	16,3	1 325	16,4			
< 1 an – Sexes réunis	3	3,5	0	0,0	2	2,3			
Infection par le VIH ⁷	389	5,0	319	4,0	nd	nd			
Transmission mère-enfant ⁸	0		5		nd	nd			
HARSAH ⁹	252	nd	203	nd					

Résultats d'études auprès de populat	tions spécifiques										
UDI-VHC 1997-2010: 24,9 pour 100 personnes-années (2006 : 27,1; 2007 : 28,6; 2008 : 29,3: 2009 : 22,7)											
UDI-VIH	1995-2010: 2,6 pour 100 personnes-années (2006 : 2,2; 2007 :1,5; 2008 : 1,3; 2009 : 1,7)										
HARSAH	HARSAH 2008-2009: 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 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).
- 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). Pour l'année 2012, ce nombre inclus 55 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédentes où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.
- 8. Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.
- 9. Pour l'année 2012, le nombre inclus 9 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédentes où seuls les cas sans NAM pouvaient être enregistrés.

Tableau 2: Taux brut d'incidence¹ des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2012

	n génitale chomatis		ection occique	Syph infecti		Hépat	ite B³	Hépat	ite C ⁴	VIH		
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ⁵	
17	3186,3	17	2135,3	6	19,3	6	26,6	10	35,7	6	9,1	
18	2062,7	18	358,2	3	8,9	10	21,4	15	28,5	3	4,4	
9	301,9	6	55,6	Qc	8,5	7	12,7	6	25,2	4	4,0	
8	298,7	10	35,7	16	6,6	Qc	11,5	7	19,1	Qc	4,0	
15	280,1	Qc	27,8	15	5,6	13	10,6	8	18,6	1	4,0	
4	279,4	3	23,7	4	5,6	3	9,5	3	18,2	13	2,7	
6	268,5	8	22,1	14	4,7	16	9,1	17	16,7	16	2,4	
5	260,5	13	20,6	13	4,2	17	8,3	Qc	16,3	2	1,9	
Qc	251,6	7	15,9	5	4,2	5	6,7	4	14,6	5	1,6	
7	251,0	16	15,1	11	3,2	2	5,2	5	13,1	15	1,6	
3	245,2	15	15,1	12	3,2	4	4,4	18	12,4	14	1,4	
14	241,1	14	14,5	8	2,8	15	4,2	9	11,7	7	1,1	
10	235,8	4	8,0	2	2,2	8	4,1	16	10,9	9	1,1	
13	228,9	1	7,9	7	1,6	14	3,1	2	9,6	12	0,7	
16	221,3	5	6,7	1	1,0	9	2,1	11	8,5	8	0,7	
2	195,9	2	6,3	9	0,0	1	2,0	14	8,1	10	0,0	
11	187,4	11	4,2	10	0,0	12	1,5	13	7,9	11	0,0	
12	161,5	12	3,9	17	0,0	11	1,1	1	5,0	17	0,0	
1	152,5	9	1,1	18	0,0	18	0,0	12	4,6	18	0,0	

- 1. 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.
- 2. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).
- 3. Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).
- 4. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).
- 5. Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2012. Ce nombre inclus 38 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés en 2012. Parmi ceux-ci, 28 étaient de la région 6, 6 de la région 16, 1 de la région 2, 1 de la région 4 et 2 de la région 13. Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2013.

RSS =	= Région sociosanitaire	Effectifs population
01	Bas-Saint-Laurent	201 336
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	270 063
03	Capitale-Nationale	697 329
04	Mauricie et Centre-du-Québec	499 276
05	Estrie	312097
06	Montréal	1 937 836
07	Outaouais	370 984
08	Abitibi-Témiscamingue	144943
09	Côte-Nord	94 075
10	Nord-du-Québec	13997
11	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	94473
12	Chaudière-Appalaches	409856
13	Laval	407 196
14	Lanaudière	484370
15	Laurentides	569 049
16	Montérégie	1 473 966
17	Nunavik	11 989
18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	16192
QC	Province de Québec	8 009 027

Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: progression accrue chez les hommes

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 184 % entre 1997 et 2012. Cette hausse touche les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge.

Caractéristiques des cas déclarés en 2012

- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 20150 cas déclarés en 2012 (taux de 251,6 pour 100000 personnes), dont 67% sont des femmes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 51 % des cas masculins et 72 % des cas féminins. Ils ont les taux d'incidence les plus élevés, tant chez les hommes (664,4 pour 100 000) que chez les femmes (2 004,8 pour 100 000).
- Parmi les hommes, on compte 313 cas d'infection rectale à *Chlamydia trachomatis* (310 pour lesquels le rectum est le seul site mentionné) qui représentent 5% des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes au Québec; la proportion atteint 12% dans la région de Montréal.
- Parmi les femmes, on retrouve 10 cas d'infection rectale (9 pour lesquels le rectum est le seul site mentionné).
 Les infections rectales représentent moins de 1 cas sur 1 000 chez les 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 treize et huit fois supérieurs à celui de la province. Dans les autres régions, les taux varient de 152,5 pour 100 000 à 301,9 pour 100 000. Ce sont la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, les Laurentides, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que Montréal et l'Estrie qui enregistrent les taux les plus élevés. Les taux les plus faibles s'observent dans le Bas-Saint-Laurent et en Chaudière-Appalaches.

Tendances des cinq dernières années (2008-2012)

- L'incidence des cas déclarés d'infection génitale à Chlamydia trachomatis a augmenté de 30% entre 2008 et 2012, et cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+ 39%) que chez les femmes (+ 26%).
 La hausse a été de 4% entre 2011 et 2012 et, selon les projections, les taux de 2013 seront supérieurs à ceux de 2012.
- En ce qui concerne les cas féminins, entre 2008 et 2012, on observe des hausses des taux d'incidence de 28 % chez les jeunes de 15 à 24 ans, de 30 % chez les femmes qui ont entre 25 et 29 ans, de 29 % chez celles de 30 à 39 ans et de 53 % chez celles qui ont 40 ans ou plus.
- Pour ce qui est des cas masculins, entre 2008 et 2012, on observe des hausses des taux d'incidence de 44% chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, de 45% chez les hommes de 25 à 29 ans, de 32% chez ceux de 30 à 39 ans et de 53% chez ceux qui ont 40 ans ou plus.
- Entre 2008 et 2012, le nombre de déclarations de cas d'infection rectale à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes est passé de 94 à 313. Pour l'année 2013, on compte déjà 320 cas en date du 5 septembre; la projection pour l'année 2013 serait ainsi de 526 cas.
- Une hausse des taux d'incidence s'observe dans toutes les régions sociosanitaires du Québec.

Les HARSAH

L'information sur le sexe des partenaires des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés au Québec n'est pas inscrite dans le fichier des MADO. Il est donc impossible, à partir du fichier, de décrire l'épidémiologie de cette infection chez les HARSAH.

Figure 1 : Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2013p*

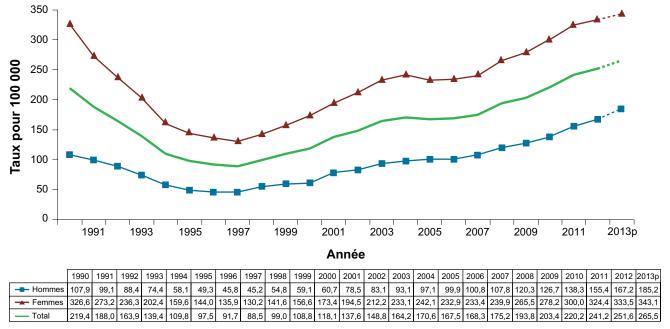
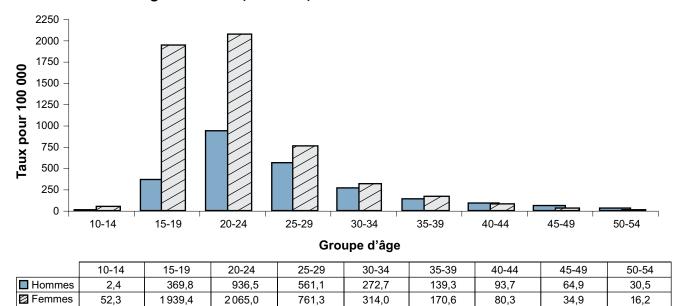


Figure 2: Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: taux* d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2012



^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

^{*} 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 2002 à 2013p*

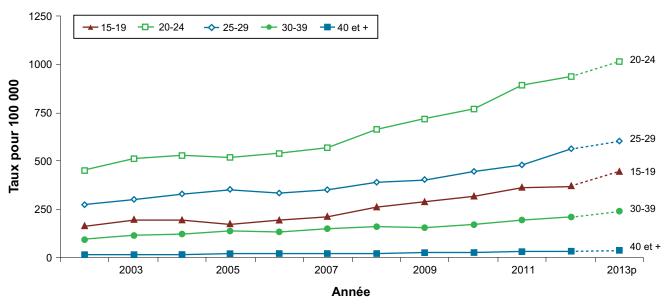
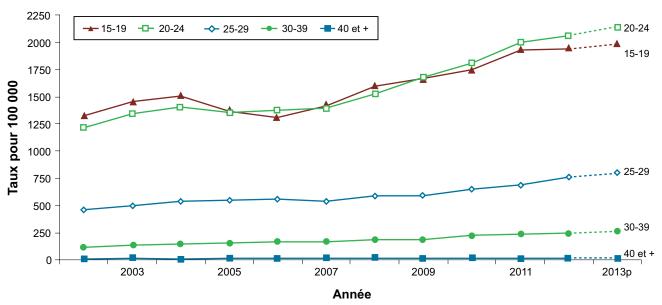


Figure 4: Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2002 à 2013p*



^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 10 août 2013).

^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Tableau 3: Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*: nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence*, selon la région, Québec, de 2008 à 2013p**

Région	2008		20	2009		2010		2011		2012		Moyenne 2008-2012		3p**	Variation 2012-2008			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	236	117,3	263	130,7	244	121,2	332	164,9	307	152,5	276	137,3	273	135,6	71	30,1	35,1	30,0
Saguenay—Lac-Saint-Jean	372	136,6	421	154,9	441	162,6	420	155,2	529	195,9	437	161,0	607	225,2	157	42,2	59,3	43,4
Capitale-Nationale	1319	194,5	1 369	200,5	1 580	229,7	1788	258,1	1710	245,2	1 553	225,8	1887	269,1	391	29,6	50,7	26,1
Mauricie et Centre-du-Québec	1 048	213,8	1 050	213,2	1 054	213,0	1 433	288,3	1 395	279,4	1196	241,7	1373	273,8	347	33,1	65,6	30,7
Estrie	639	209,8	700	228,5	763	247,5	886	285,6	813	260,5	760	246,6	903	287,6	174	27,2	50,7	24,1
Montréal	4213	222,6	4278	225,1	4549	237,9	4861	252,5	5204	268,5	4621	241,5	5 5 6 0	285,3	991	23,5	46,0	20,6
Outaouais	789	223,7	863	241,6	938	259,0	948	258,5	931	251,0	894	246,9	932	248,7	142	18,0	27,3	12,2
Abitibi-Témiscamingue	299	206,3	267	184,1	389	268,2	472	325,4	433	298,7	372	256,6	434	299,8	134	44,8	92,4	44,8
Côte-Nord	269	281,2	250	262,4	235	247,6	307	324,8	284	301,9	269	283,5	311	332,0	15	5,6	20,7	7,3
Nord-du-Québec	13	88,2	35	240,4	18	125,2	17	119,8	33	235,8	23	161,4	33	238,2	20	153,8	147,6	167,4
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	108	114,2	133	140,6	140	148,1	136	143,9	177	187,4	139	146,8	115	121,9	69	63,9	73,2	64,1
Chaudière-Appalaches	356	88,8	455	112,8	524	129,2	620	152,0	662	161,5	523	129,1	745	180,9	306	86,0	72,7	81,9
Laval	760	197,7	758	194,2	808	203,9	938	233,4	932	228,9	839	211,9	939	227,8	172	22,6	31,1	15,8
Lanaudière	880	195,1	909	197,7	1 093	233,4	1186	248,9	1168	241,1	1 047	223,7	1 307	265,8	288	32,7	46,0	23,6
Laurentides	1 036	193,7	1194	219,6	1 450	262,5	1 456	259,6	1 594	280,1	1 346	243,8	1692	293,2	558	53,9	86,5	44,6
Montérégie	2137	151,3	2 4 4 7	171,3	2642	183,0	2838	194,5	3 2 6 2	221,3	2665	184,6	3507	235,7	1125	52,6	70,0	46,3
Nunavik	315	2776,8	248	2150,2	228	1947,4	250	2107,9	382	3186,3	285	2435,2	469	3874,8	67	21,3	409,5	14,7
Terres-Cries-de-la-Baie-James	235	1569,5	250	1633,1	254	1625,2	277	1739,7	334	2062,7	270	1730,2	329	2001,0	99	42,1	493,3	31,4
Région non précisée	1		5		3		0		0		2		0		-1			
Province de Québec	15025	193,8	15895	203,4	17353	220,2	19165	241,2	20150	251,6	17518	222,3	21 415	265,5	5125	34,1	57,8	29,8

^{*} Taux pour 100 000 personnes.

^{**} Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Commentaires

Non seulement l'infection à *Chlamydia trachomatis* est-elle l'ITSS à déclaration obligatoire la plus fréquente mais le nombre de cas déclarés, un peu plus de 20 000 en 2012, ne cesse d'augmenter. La progression est particulièrement importante chez les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, avec une hausse de 44 % entre 2008 et 2012, comparativement à une hausse de 28 % chez les femmes du même groupe d'âge.

Parallèlement à une augmentation de 30% des cas déclarés entre 2008 et 2012, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec⁶ a crû de 37% entre l'année 2007-2008 et l'année 2011-2012. Plus précisément, le nombre de recherches de *Chlamydia trachomatis* par le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) à partir de spécimens urinaires a augmenté de 75% au cours de cette période, puis de 20% encore entre 2011-2012 et 2012-2013. Les TAAN sont donc de plus en plus souvent effectués à partir de spécimens prélevés de façon plus acceptable pour les personnes qui passent un test de dépistage (ex.: spécimen urinaire, prélèvement vaginal). Ces méthodes de prélèvement facilitent par ailleurs le dépistage dans les milieux où vivent des populations vulnérables. L'amélioration constante de la sensibilité des tests de détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* contribue probablement, elle aussi, à la hausse du nombre de cas déclarés dans tous les groupes d'âge, tant chez les femmes que chez les hommes. Avec des tests plus performants et un dépistage plus accessible, l'augmentation des taux d'incidence peut vouloir dire que ceux-ci reflètent de mieux en mieux la fréquence réelle de cette infection au Québec, qui pourrait être demeurée relativement stable. Toutefois, une véritable hausse de l'incidence ne peut être exclue car il se peut que l'augmentation du nombre de tests de détection ainsi que celle du nombre de cas détectés et déclarés aient un lien avec une augmentation du nombre de personnes à risque touchées par l'infection.

Même s'il est impossible de préciser la proportion d'HARSAH parmi les cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés chez les hommes, les renseignements sur le site de l'infection apportent un certain éclairage. Depuis quelques années, les TAAN commencent à être utilisés pour la détection de *Chlamydia trachomatis* à partir de spécimens rectaux et ils ont démontré une bonne performance sur les plans de la sensibilité et de la spécificité, même s'ils ne sont pas homologués actuellement pour cet usage⁷. Des études ont mis en évidence un réservoir d'infection à *Chlamydia trachomatis* non liée à l'un des sérotypes causant la LGV chez les HARSAH, avec des prévalences de 5 % à 8 %⁸. À Montréal, une clinique spécialisée dans le dépistage et le traitement des ITSS a décelé une infection rectale à *Chlamydia trachomatis* non liée elle non plus à l'un des sérotypes causant la LGV chez 152 HARSAH au cours de l'année 2010, 54 % des cas ayant été détectés dans le cadre d'un dépistage des ITSS et 7 % après notification d'un contact avec une personne ayant une ITSS⁹.

- 6. 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 avec Denis Ouellette et Johanne Nicole, en date du 23 septembre 2013.
- 7. COMITÉ SUR LES ANALYSES DE LABORATOIRE RELATIVES AUX ITSS, Réponse sur le dépistage de Chlamydia trachomatis et de Neisseria gonorrhoeae à partir de sites extragénitaux, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2 octobre 2013, 38 p. (Correspondance).
- 8. N.T. ANNAN et al., «Rectal chlamydia a reservoir of undiagnosed infection in men who have sex with men», Sexually Transmitted Infections, vol. 85, n° 3, juin 2009, p. 176-179 et J. TINMOUTH et al., «Is there a reservoir of sub-clinical lymphogranuloma benereum and non-LGV Chlamydia trachomatis infection in men who have sex with men?», International Journal of STD and AIDS, vol. 19, n° 12, décembre 2008, p. 805-809.
- 9. L. CHAREST et al., «Anal non-L Chlamydia trachomatis infection in men who have sex with men, at l'Actuel, Montreal, Quebec», Sexually Transmitted Infections, vol. 87, no suppl. 1, p. A144 (Présentation par affiches au Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

Selon les informations colligées dans le fichier des MADO, 5% (313/6645) des cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés au Québec en 2013 sont des infections rectales et la proportion s'élève à 12% pour la région de Montréal. Les données relatives au site de l'infection doivent cependant être interprétées avec prudence. Si plusieurs sites se sont révélés positifs dans un même épisode, ils peuvent avoir été inscrits distinctement dans le fichier (site 1, site 2, et ainsi de suite). Toutefois, les pratiques de saisie des données dans ce fichier peuvent différer selon les régions et on ne peut présumer que, dans chacune de celles-ci, on inscrive tous les sites pour lesquels le résultat est positif.

La tendance à la hausse des infections rectales observée au cours des cinq dernières années n'est pas nécessairement reliée à une augmentation de la même ampleur de l'infection rectale puisque les analyses permettant de détecter celle-ci étaient beaucoup moins disponibles. La répartition des infections rectales selon la région est aussi fonction des pratiques des laboratoires. Selon un sondage¹⁰ mené en 2012 auprès de 111 institutions de soins de santé de la province de Québec susceptibles d'effectuer des analyses de laboratoires ayant un lien avec les ITSS, la détection de *Chlamydia trachomatis* à partir de spécimens rectaux était faite dans environ 69 % des 40 laboratoires (sur 101 répondants) procédant à la recherche de *Chlamydia trachomatis* par TAAN.

Il y a quelques années, l'infection à *Chlamydia trachomatis* était perçue comme une infection touchant essentiellement les femmes et leurs partenaires sexuels masculins. Les données de la littérature scientifique récente, de même que les observations sur la fréquence des infections rectales chez les hommes, montrent que l'infection à *Chlamydia trachomatis* non liée à l'un des sérotypes causant la LGV touche aussi les HARSAH.

^{10.} COMITÉ SUR LES ANALYSES DE LABORATOIRE RELATIVES AUX ITSS et LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, Résultats du sondage sur les analyses de laboratoires en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 33 p.

Infection gonococcique: les infections rectales et pharyngées constituent 30 % de l'ensemble des cas déclarés chez les hommes

L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique augmente depuis la fin des années 1990, la progression étant de 285% entre 1998 et 2010. Une légère diminution du taux avait été observée entre 2010 et 2011, mais la tendance à la hausse a repris depuis 2012.

Caractéristiques des cas déclarés en 2012

- En 2012, 2230 cas ont été déclarés (taux de 27,8 pour 100 000 personnes), dont 64 % sont des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 1,8 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 32 % des cas masculins et 58 % des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1 pour 1.
- En ce qui concerne les cas masculins, les jeunes de 20 à 24 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (132,9 pour 100 000, soit près de cinq fois supérieur au taux établi pour les hommes des autres groupes d'âge, qui se situe à 28,9 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 41,0 pour 100 000.
- Pour ce qui est des cas féminins, les taux les plus élevés se remarquent chez les filles qui sont âgées de 15 à 19 ans (84,2 pour 100 000) et chez celles qui ont entre 20 et 24 ans (106,3 pour 100 000). Globalement, le taux d'incidence chez les jeunes de 15 à 24 ans (95,7 pour 100 000) est dix fois plus élevé que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge, qui est de 9,3 pour 100 000.
- Chez les hommes, on recense 220 cas d'infection gonococcique rectale, 204 cas d'infection gonococcique pharyngée et 9 cas d'infection rectale et pharyngée, ce qui correspond à 30 % de l'ensemble des cas déclarés. Parmi ces cas, environ 61 % sont âgés de 20 à 34 ans.
- Chez les femmes, on compte 4 infections gonococciques rectales et 25 infections pharyngées. Les infections rectales ou pharyngées représentent 3,6 % des cas déclarés chez des femmes.
- Près de la moitié (48%) des cas ont été enregistrés dans la région de Montréal et le taux d'incidence des cas déclarés (55,6 pour 100 000 personnes) calculé pour Montréal est trois fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 19 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal). L'analyse des données relatives à cette région permet de faire les autres constats suivants:
 - le rapport hommes/femmes est de 3 pour 1, alors qu'il est de 1,2 pour 1 pour le reste de la province (le Québec, excluant Montréal);
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes (83,9 pour 100 000 personnes) est quatre fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 20,7 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (27,7 pour 100 000 personnes) est 1,6 fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 17,2 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
 - on y retrouve 73 % des cas d'infections rectales ou pharyngées déclarés au Québec chez les hommes.
 Parmi l'ensemble des cas déclarés d'infection gonococciques chez les hommes de Montréal, 40 % avaient des infections rectales ou pharyngées.
- Les taux d'incidence de cas déclarés dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont respectivement 98 fois et 13 fois plus élevés que celui qui a été calculé pour l'ensemble du Québec.
- À l'exception du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James, du Nord du Québec et de Montréal, toutes les régions ont des taux comparables ou inférieurs à celui de la moyenne provinciale.

Tendances des cinq dernières années (2008-2012)

- Globalement, l'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a crû de 30% entre 2008 et 2012, tant chez les hommes que chez les femmes. La hausse a été de 17% entre 2011 et 2012 (19% chez les hommes et 14% chez les femmes) et, selon les projections, les taux de 2013 seront légèrement supérieurs à ceux de 2012.
- On observe des hausses respectives de 24% et de 38% chez les hommes âgés de 15 à 24 ans et ceux de 25 à 34 ans. Une hausse de l'incidence s'observe également dans tous les groupes d'âge subséquents.
- Chez les femmes, l'augmentation des taux d'incidence est de 12 % chez celles qui sont âgées de 15 à 24 ans, de 119 % chez celles de 25 à 29 ans et de 40 % chez celles de 30 à 34 ans. Une hausse de l'incidence est aussi observée dans tous les groupes d'âge subséquents.
- 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 dix dernières années a ramené le rapport hommes/femmes à moins de 2 pour 1 en 2012 (1,8 homme pour 1 femme).
- Au cours de la période 2008-2012, une hausse des taux qui varie de 24 % à 357 % s'observe dans la majorité des régions (12/18). Les hausses les plus importantes (entre 300 % et 357 %) se remarquent dans des régions où le nombre de cas est relativement faible (Bas-Saint-Laurent, Abitibi-Témiscamingue et Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine). Durant cette période, les taux sont demeurés stables dans une région (Nord-du-Québec), ont connu une très faible hausse, soit de 5 % ou moins, dans deux régions (Outaouais et Laval) et ont diminué dans trois régions (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Côte-Nord et Chaudière-Appalaches).
- En 2008, on comptait 80 infections gonococciques rectales et 45 infections gonococciques pharyngées chez les hommes; en 2012, on en compte respectivement 229 et 213. Chez les femmes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est demeuré stable au cours de la même période et le nombre d'infections pharyngées est passé de 9 en 2008 à 25 en 2012.

Les HARSAH

L'information sur le sexe des partenaires des cas déclarés d'infection gonococcique est généralement recueillie lorsque des enquêtes épidémiologiques sont effectuées aux niveaux local et régional, mais elle n'est pas colligée dans le fichier des MADO. Il est donc impossible, à partir du fichier, de décrire l'épidémiologie de cette infection chez les HARSAH.

Toutefois, les vigies rehaussées permettent de compiler, à l'échelle provinciale, les informations recueillies au niveau régional, puis d'établir un portrait épidémiologique plus précis. De telles vigies ont été assurées en 2001 et en 2005-2006. Dans les deux cas, la proportion d'HARSAH parmi les cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes s'établissait à un peu plus de 60%: 63,2% en 2001¹¹ et 61,4% en 2005-2006¹².

^{11.} S. VENNE, Sommaire du rapport d'analyse: Enquêtes épidémiologiques réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique, 1^{er} mars 2001 – 31 décembre 2001, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 10 p.

^{12.} P.R. ALLARD et R. PARENT, Rapport final – Intervention de vigie sanitaire: Surveillance intensifiée de l'infection gonococcique au Québec – 1^{er} juin 2005 au 31 mai 2006, s. l., Institut national de santé publique du Québec et Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, V, 15 p.

Éclosion dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James

La région du Nunavik et celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James connaissent une recrudescence importante de l'infection gonococcique depuis la fin de 2007. Encore en 2012, les taux y sont extrêmement élevés, soit respectivement 77 fois et 13 fois le taux établi pour l'ensemble de la province¹³. Contrairement à la situation s'observant dans le reste de la province, la majorité des cas d'infection gonococcique se compte chez les femmes: 56% (143/256) des cas déclarés au Nunavik et 64% (37/58) de ceux qui l'ont été dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 42% des cas au Nunavik et 69% des cas dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

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 de spécimens pour la culture prélevés sur des patients dans divers milieux cliniques.

En 2012¹⁴, 67 % des cas ont été détectés par TAAN, comparativement à 26 % en 2005, et le LSPQ a effectué des analyses de sensibilité sur 772 souches, dont 71 % ont été isolées chez des hommes. Les constats suivants se dégagent du rapport de 2012¹⁵ sur la résistance aux antibiotiques des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec:

- près de la moitié (47,5%) des souches analysées au LSPQ en 2012 étaient résistantes à la ciprofloxacine¹⁶:
- selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), aucune souche résistante à la céfixime n'a été recensée au Québec, mais quatre souches isolées chez des hommes (dont une provenant de Montréal¹⁷) démontraient une sensibilité réduite. De plus, 3,9 % des souches (4 % des souches isolées chez des hommes et 3,6 % des souches isolées chez des femmes) avaient des profils s'approchant du seuil de résistance à la céfixime. Parmi ces souches, 43 % provenaient de la région de Montréal¹⁸;
- selon les critères définis par l'OMS, aucune souche résistante à la ceftriaxone n'a été recensée au Québec, mais trois souches isolées chez des hommes présentaient une sensibilité réduite;
- on a compté 13 souches résistantes à l'azithromycine en 2012 (1,7%) et la majorité (77%) d'entre elles ont été isolées chez des hommes de la région de Montréal.

Le LSPQ a aussi fait des analyses sur la sensibilité à certains antibiotiques (tigécycline, ertapénème et gentamicine) considérés comme d'éventuelles solutions de remplacement aux régimes thérapeutiques en vigueur.

- 13. À interpréter avec prudence, compte tenu des faibles dénominateurs populationnels.
- 14. B. LEFEBVRE, Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec: Rapport 2012, [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 37 p., [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/lspq/surveillance_epidemiologique/labovigilance.asp?Page=6a].
- 15. Loc. cit.
- 16. Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec.
- 17. Communication personnelle avec Brigitte Lefebvre (LSPQ), en date du 30 octobre 2013.
- 18. Communication personnelle avec Brigitte Lefebvre (LSPQ), en date du 28 octobre 2013.

Figure 5: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2013p*

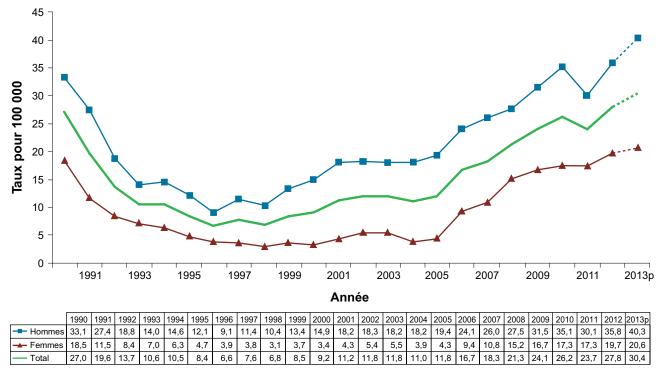
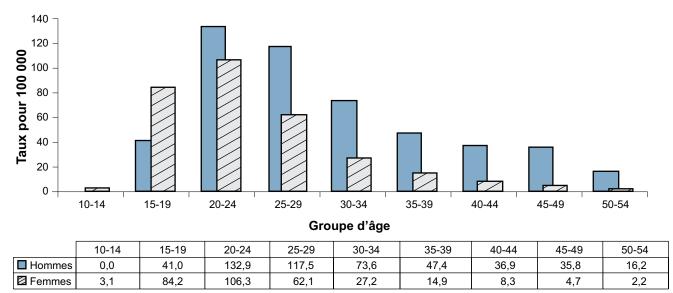


Figure 6: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2012



^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Figure 7: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2002 à 2013p*

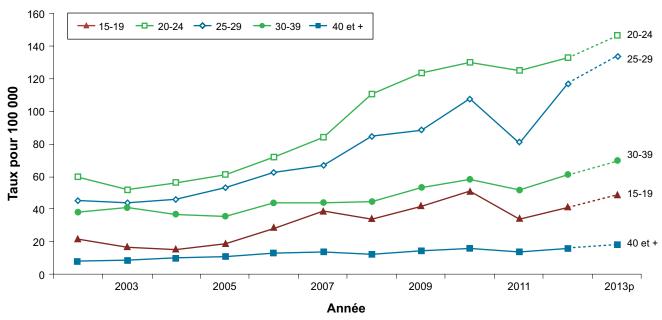
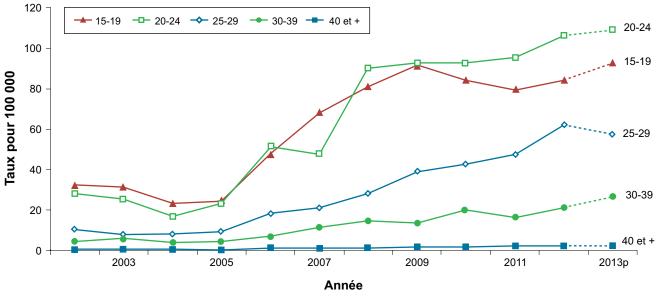


Figure 8: Infection gonococcique: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2002 à 2013p*



^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 166 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Tableau 4: Infection gonococcique: nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence*, selon la région, Québec, de 2008 à 2013p**

Région	20	2008 2009		20	2010 20			20	12	Moye 2008-		2013p**		Variation 2012-2008				
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	4	2,0	8	4,0	7	3,5	6	3,0	16	7,9	8	4,1	7	3,3	12	300,0	6,0	299,6
Saguenay—Lac-Saint-Jean	22	8,1	14	5,2	34	12,5	21	7,8	17	6,3	22	8,0	12	4,3	-5	-22,7	-1,8	-22,1
Capitale-Nationale	95	14,0	70	10,2	138	20,1	108	15,6	165	23,7	115	16,7	109	15,5	70	73,7	9,7	68,9
Mauricie et Centre-du-Québec	31	6,3	42	8,5	23	4,6	30	6,0	40	8,0	33	6,7	31	6,2	9	29,0	1,7	26,7
Estrie	12	3,9	13	4,2	11	3,6	24	7,7	21	6,7	16	5,3	18	5,8	9	75,0	2,8	70,8
Montréal	822	43,4	982	51,7	1 020	53,3	855	44,4	1 077	55,6	951	49,7	1 296	66,5	255	31,0	12,1	28,0
Outaouais	58	16,4	106	29,7	71	19,6	59	16,1	59	15,9	71	19,5	49	13,2	1	1,7	-0,5	-3,3
Abitibi-Témiscamingue	7	4,8	23	15,9	25	17,2	13	9,0	32	22,1	20	13,8	28	19,3	25	357,1	17,2	357,1
Côte-Nord	7	7,3	5	5,2	7	7,4	1	1,1	1	1,1	4	4,4	3	3,5	-6	-85,7	-6,3	-85,5
Nord-du-Québec	1	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	35,7	1	8,4	0	0,0	4	0,0	28,9	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	1	1,1	4	4,2	5	5,3	4	4,2	3	3,2	8	8,7	3	300,0	3,2	300,6
Chaudière-Appalaches	17	4,2	19	4,7	22	5,4	21	5,1	16	3,9	19	4,7	12	2,8	-1	-5,9	-0,3	-7,9
Laval	80	20,8	84	21,5	85	21,5	111	27,6	84	20,6	89	22,4	118	28,7	4	5,0	-0,2	-0,9
Lanaudière	53	11,7	76	16,5	86	18,4	59	12,4	70	14,5	69	14,7	71	14,4	17	32,1	2,7	23,0
Laurentides	40	7,5	76	14,0	87	15,8	89	15,9	86	15,1	76	13,7	109	18,8	46	115,0	7,6	102,1
Montérégie	180	12,7	158	11,1	224	15,5	235	16,1	223	15,1	204	14,1	256	17,2	43	23,9	2,4	18,7
Nunavik	191	1683,7	176	1 525,9	197	1 682,6	205 1	728,5	256	2135,3	205	1754,1	278	2 297,7	65	34,0	451,6	26,8
Terres-Cries-de-la-Baie-James	29	193,7	28	182,9	24	153,6	43	270,1	58	358,2	36	233,3	49	300,2	29	100,0	164,5	84,9
Région non précisée	1		1		0		0		0		0		0		-1		0,0	
Province de Québec	1651	21,3	1882	24,1	2065	26,2	1 885	23,7	2230	27,8	1943	24,7	2453	30,4	579	35,1	6,5	30,7

^{*} Taux pour 100 000 personnes.

^{**} Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Commentaires

La hausse des taux d'incidence observée depuis la fin des années 1990 n'est pas la même selon le sexe. Pour la période allant de 1997 à 2001, l'augmentation était de 75 % chez les hommes et de 41 % chez les femmes; entre 2002 et 2007, elle a été de 100 % chez les femmes et de 42 % chez les hommes, ce qui s'est traduit par une réduction du rapport hommes/femmes de 4 pour 1 à 2 pour 1. Au cours des cinq années suivantes, la progression est similaire chez les hommes et les femmes mais, entre 2011 et 2012, elle est de nouveau plus forte chez les premiers que chez les secondes.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la hausse des taux d'incidence de cas déclarés d'infection gonococcique, notamment les changements de pratique au regard du dépistage et de la détection des cas. Parallèlement à une hausse de 30 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2008 et 2012, le nombre d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN a augmenté de 77 % entre 2007-2008 et 2011-2012¹⁹, puis de 30 % entre 2011-2012 et 2012-2013. Quant au nombre de recherches de *Neisseria gonorrhoeae* par culture, il est demeuré stable à près de 140 000 entre 2007-2008 et 2011-2012, puis il a diminué de 32 % entre 2011-2012 et 2012-2013.

Tant chez les hommes que chez les femmes, l'accessibilité à des tests de détection plus sensibles et plus acceptables pour le patient peut jouer un rôle dans les tendances observées. Un autre élément pouvant contribuer à l'augmentation des cas détectés est le fait que, sur réception d'une demande de recherche de *Chlamydia trachomatis*, 53 % des laboratoires utilisant les TAAN procèdent d'emblée à une recherche de *Neisseria gonorrhoeae* même si cette analyse n'est pas expressément demandée. Le taux de positivité des tests de détection constitue un autre élément qui peut aider à expliquer les tendances observées relativement aux cas déclarés. Ce taux peut être estimé²⁰ à partir du nombre de cas déclarés et du nombre de tests effectués; il serait ainsi estimé à 0,5 % en 2012 (2 230 cas déclarés pour 476 505 analyses), proportion qui est sensiblement la même qu'en 2008 (0,46 %).

Les résultats des vigies rehaussées antérieures (2001 et 2005-2006) ont mis en évidence qu'une forte proportion (environ 60%) des cas masculins d'infection gonococcique concernent des HARSAH. On ne peut présumer que la proportion réelle reste la même en 2012, mais il est raisonnable de penser que les HARSAH sont encore particulièrement touchés par l'infection gonococcique en s'appuyant sur le fait que 30% des infections détectées chez les hommes l'ont été à partir de sites extra-génitaux fréquemment inclus dans les pratiques sexuelles des HARSAH. La proportion de l'infection gonococcique rectale calculée chez les hommes (15%) est probablement inférieure à la proportion réelle de cette infection puisque le test le plus sensible pour la détecter dans le contexte du dépistage (TAAN) n'est pas accessible dans toutes les régions pour ce site. Selon un sondage²¹ mené en 2012 auprès de 111 institutions de soins de santé de la province de Québec susceptibles d'effectuer des analyses de laboratoire ayant un lien avec les ITSS, la détection de *Neisseria gonorrhoeae* à partir de spécimens rectaux était acceptée dans environ 69% des 30 laboratoires (sur 101 répondants) procédant à la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN.

^{19.} 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.

^{20.} Estimation imparfaite puisque 1) plus d'un test peut être effectué pour une même personne qui consulte pour un même problème de santé et qui a des examens de contrôle, et 2) les périodes d'observation ne sont pas les mêmes: on utilise l'année civile pour les cas déclarés et l'année financière pour les analyses effectuées.

^{21.} COMITÉ SUR LES ANALYSES DE LABORATOIRE RELATIVES AUX ITSS (CALI) ET LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, op. cit.

La résistance aux antibiotiques

La résistance aux quinolones et, plus récemment, l'émergence de 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 a publié en janvier 2012 et mis à jour en août 2013 des guides pharmacologiques sur le traitement des ITSS²², 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 représentera un grand défi.

La surveillance de la résistance aux antibiotiques permet d'ajuster les recommandations thérapeutiques. Au Québec, dans le contexte d'une augmentation de l'incidence de cette infection, le nombre de souches disponibles pour analyse permet actuellement d'assurer une surveillance adéquate de la sensibilité des souches de Neisseria gonorrhoeae. Toutefois, de plus en plus de cas d'infection gonococcique sont détectés par des TAAN et l'analyse de sensibilité aux antibiotiques ne pouvant pas être effectuée à partir de ces tests, le nombre de souches acheminées au LSPQ pour une analyse de sensibilité risque de diminuer à mesure que l'utilisation des TAAN augmentera. Si le nombre de cultures effectuées au Québec est demeuré relativement stable entre 2007-2008 et 2011-2012, la diminution observée en 2012-2013 est préoccupante. La baisse de l'utilisation de la culture comme test de détection de l'infection gonococcique peut compromettre la capacité de surveiller la sensibilité des antibiotiques utilisés pour le traitement et, conséquemment, rendre très difficile l'ajustement des recommandations thérapeutiques. 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 au Québec. Tel que le recommande l'OMS²³, il est important de concevoir à la fois des stratégies permettant de maintenir la capacité de surveiller la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement et des mécanismes permettant de surveiller la survenue d'échecs thérapeutiques.

^{22.} Consulter le site Web de l'Institut pour connaître ses plus récentes recommandations concernant le traitement des ITSS (www.inesss.qc.ca/index.php).

^{23.} ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, Global Action Plan to Control the Spread and Impact of Antimicrobial Resistance in Neisseria gonorrhoeae, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 2012, 32 p., [En ligne], [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503501_eng.pdf] (Consulté le 29 octobre 2013).

Syphilis infectieuse: progression chez les jeunes HARSAH et les femmes

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 a connu une résurgence au début des années 2000 et, depuis 2010, le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec est plus élevé que celui de 1984. Dans la grande majorité des cas, elle touche les hommes, particulièrement les HARSAH.

Caractéristiques des cas déclarés en 2012

- Au total, 680 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2012, dont 30 % de syphilis primaire, 34 % de syphilis secondaire et 36 % de syphilis latente précoce, pour un taux de 8,5 pour 100 000 personnes.
- La presque totalité des cas (95%) concernent des hommes; on compte 28 femmes, dont 27 ont entre 15 et 49 ans et sont donc en âge de procréer.
- Pour ce qui est des cas masculins, 23% sont âgés de 15 à 24 ans, 49% ont entre 25 et 44 ans, et 28% ont entre 45 et 64 ans. Les taux les plus élevés correspondent aux jeunes hommes de 20 à 24 ans (40,9 pour 100 000) et à ceux de 25 à 29 ans (37,7 pour 100 000).
- Les cas féminins sont plus jeunes: 71 % ont moins de 35 ans, contre 53 % des cas masculins.
- Avec 55 % des cas du Québec, la région de Montréal continue, en 2012, d'afficher le plus haut taux d'incidence (19,3 pour 100000 personnes). Le quart des cas féminins (25%) et un peu plus de la moitié (56%) 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 était déclaré. Un autre cas de syphilis congénitale a été déclaré en 2012.

Tendances des cinq dernières années

- Le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse a augmenté de 72 % entre 2008 et 2012. Entre 2011 et 2012, la hausse a été d'environ 4 %.
- La proportion des cas déclarés chez des jeunes de 15 à 24 ans est passée de 9% en 2008 à 24% en 2012.
- Chez les hommes:
 - une hausse (+ 68%) du taux d'incidence des cas déclarés s'observe entre 2008 et 2012, laquelle touche pratiquement tous les groupes d'âge;
 - chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans, le nombre de cas est passé de 34 en 2008 à 152 en 2012 (+ 347%). Pendant cette période, le taux d'incidence est passé de 1,6 à 18,0 pour 100 000 personnes chez les hommes de 15 à 19 ans et de 12,1 à 40,0 chez ceux qui ont de 20 à 24 ans;
 - selon les projections pour l'année 2013, le taux d'incidence des cas déclarés en 2013 diminuerait de 61% chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans et de 20% chez ceux de 20 à 24 ans par rapport à l'année 2012.
- Chez les femmes, le nombre de cas est passé de 8 à 28 entre 2008 et 2012. Chez celles qui sont âgées de 15 à 24 ans, le nombre est passé de 1 en 2008 à 13 en 2012 et les projections pour 2013 indiquent une légère augmentation du nombre de cas.
- En 2008, outre Montréal, seules deux régions comptaient plus de 20 cas de syphilis infectieuse, soit la Capitale-Nationale et la Montérégie. En 2012, ces deux régions recensent plus de 60 cas chacune et six autres régions (Laurentides, Mauricie et Centre-du-Québec, Laval, Lanaudière, Estrie et Chaudière-Appalaches) en comptent entre 13 et 32 chacune.

Les HARSAH

Une vigie rehaussée portant sur tous les cas de syphilis infectieuse a été assurée au Québec entre août 2004 et juillet 2005; il en est ressorti que 96% des cas déclarés chez des hommes concernaient des HARSAH²⁴. Une proportion similaire a été établie à partir de la compilation des renseignements recueillis au cours des enquêtes épidémiologiques effectuées à Montréal entre 2000 et 2009²⁵.

Vigie rehaussée portant sur les jeunes²⁶

Dans le contexte de la hausse du nombre de cas déclarés de syphilis chez les jeunes de 15 à 24 ans observée au Québec, une vigie rehaussée de ces cas a été entreprise le 1^{er} 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^{er} janvier 2012 et le 28 février 2012 a été effectuée. La collecte de donnée s'est poursuivie pour inclure tous les cas déclarés jusqu'au 31 décembre 2012 chez les 20-24 ans et jusqu'au 30 juin 2013 chez les jeunes de 15 à 19 ans. Au 24 octobre 2013, 69 questionnaires relatifs aux 71 cas de tout type de syphilis chez les 15-19 ans et 100 questionnaires concernant les 101 cas de syphilis infectieuse âgés de 20 à 24 ans avaient été reçus au Bureau de surveillance et de vigie.

Les jeunes HARSAH particulièrement touchés

Pour les cas masculins analysés dans le cadre de la vigie rehaussée portant sur les jeunes, la proportion d'HARSAH est comparable chez ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans (91%) et chez ceux de 20 à 24 ans (92%). Une caractéristique les distinguant est que 20% des jeunes HARSAH du premier groupe d'âge avaient aussi des partenaires féminines, alors que la proportion s'établit à 11% pour le second. Ainsi, parmi les cas masculins, 73% de ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans avaient exclusivement des partenaires sexuels masculins, la proportion atteignant 83% pour ceux de 20 à 24 ans.

Parmi les jeunes HARSAH de 15 à 19 ans:

- 60% rapportaient avoir eu de multiples partenaires²⁷;
- 49% rapportaient avoir eu des partenaires anonymes;
- 23% rapportaient avoir reçu de l'argent ou d'autres biens, par exemple de la drogue, en échange de relations sexuelles.

Parmi les jeunes HARSAH de 20 à 24 ans:

- 49% rapportaient avoir eu de multiples partenaires;
- 45% rapportaient avoir eu des partenaires anonymes;
- 6,5 % rapportaient avoir reçu de l'argent ou d'autres biens, par exemple de la drogue, en échange de relations sexuelles.

Pour les cas masculins âgés de 15 à 24 ans qui n'avaient pas de relations sexuelles avec d'autres hommes, les proportions étaient respectivement de 42 %, 25 % et 8 % (1 cas).

- 24. R. PARENT et al., Intervention de vigie sanitaire: Surveillance intensifiée de la syphilis infectieuse au Québec, 1er août 2004 au 31 juillet 2005 Rapport final, [Montréal], Institut national de santé publique du Québec et Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux, 11 p.
- 25. G. LAMBERT, L. RINGUETTE et S. MINZUNZA, Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec: Année 2008 (et projections 2009), Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », nº 35, 2009, 97 p.
- 26. Analyses préliminaires faites par le Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- 27. Cinq partenaires ou plus dans les douze derniers mois.

Les femmes

Alors qu'entre 1998 et 2002, 2 cas féminins tout au plus – lorsqu'il y en avait – étaient déclarés chaque année, entre 2003 et 2008, on en comptait plutôt, en moyenne, 7 ou 8 annuellement. Par la suite, le nombre de cas déclarés chez les femmes est passé de 16 en 2009 à 28 en 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 déclarés en 2010 et 2011 a été entreprise²⁸. Le facteur de risque rapporté le plus souvent était une relation sexuelle récente avec un partenaire à risque²⁹ 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 consignée, 36% ne rapportaient aucun facteur de risque, ni pour elles-mêmes ni pour leurs partenaires sexuels. La proportion est de 26% pour les jeunes femmes de 15 à 24 ans.

Dans le cadre de la vigie rehaussée portant sur les jeunes qui a eu lieu en 2012-2013, la proportion des cas féminins se situe à 18 % (13 femmes) pour les cas survenus chez les jeunes de 15 à 19 ans, alors qu'elle est d'environ 6 % (6 femmes) pour les cas qui concernent ceux de 20 à 24 ans. Les facteurs de risque rapportés le plus souvent par les femmes ayant entre 15 et 24 ans étaient d'avoir eu un partenaire sexuel à risque (environ 82 %) et d'avoir eu de multiples partenaires sexuels (environ 28 %). Aucune ne rapportait avoir reçu de l'argent ou d'autres biens, par exemple de la drogue, en échange de relations sexuelles. Parmi les cas féminins pour lesquels une information minimale sur les facteurs de risque était consignée, 6 % (1/18) ne rapportaient aucun facteur de risque.

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. 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 lesquels la probabilité s'avère plus élevée que l'acquisition soit récente. Enfin, la résurgence de la syphilis infectieuse datant d'une dizaine d'années, il importe de surveiller la survenue de complications de l'infection, lesquelles pourraient augmenter le fardeau de la maladie. Parallèlement à une augmentation de 72 % du taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse entre 2008 et 2012, on observe une moindre hausse du nombre de cas déclarés d'autres types de syphilis, soit une augmentation de 23,5 % des cas déclarés de syphilis latente tardive, un nombre relativement stable de cas déclarés de syphilis sans précisions et de syphilis tertiaires ainsi qu'une diminution des cas déclarés de neurosyphilis.

Par ailleurs, 17 cas de syphilis tertiaire de nature autre que la neurosyphilis ont été déclarés entre 2008 et 2012, dont 70% concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus.

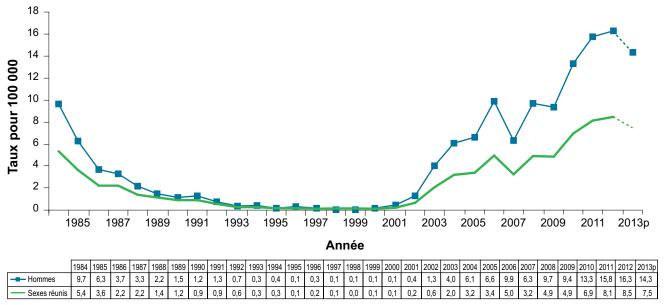
- 28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Rapport de vigie rehaussée: Syphilis infectieuse chez les femmes, province de Québec, 1er janvier 2010 31 décembre 2011, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique et Service de lutte contre les ITSS, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 61 p., Rapport synthèse accessible en ligne, [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?rapports-et-recommandations].
- 29. Facteurs de risque du partenaire mentionnés dans le questionnaire utilisé: être un HARSAH, être un usager de drogues, être un travailleur ou une travailleuse du sexe, avoir de multiples partenaires, avoir des relations sexuelles à l'étranger.

Tableau 5: Nombre de cas déclarés de syphilis de nature autre qu'infectieuse, selon le sexe, Québec, années 2008 et 2012

		2008			2012						
	Н	F	Total	Н	F	Total					
Syphilis latente tardive	96	56	153	97	92	189					
Proportion des 15-24 ans	3%	12,5 %	6,5 %	9%	8%	8,5 %					
Neurosyphilis symptomatique	21	2	23	9	3	12					
Syphilis sans précisions	59	25	84	64	20	86					
Proportion des 15-24 ans	7 %	0%	5%	12,5%	5%	11,5 %					

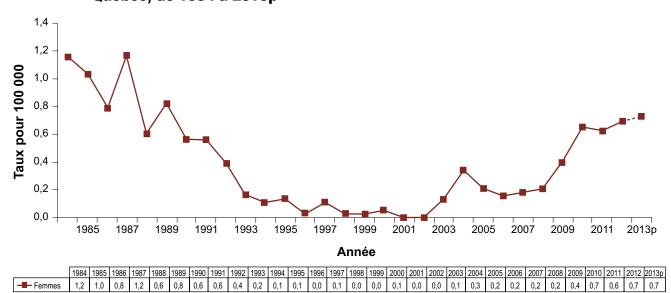
Source: Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Figure 9: Syphilis infectieuse*: taux d'incidence des cas déclarés, sexes réunis et hommes seulement, Québec, de 1984 à 2013p**



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 2013 qui reposent sur le recensement de 2006.

Figure 10: Syphilis infectieuse*: taux d'incidence des cas déclarés, femmes, Québec, de 1984 à 2013p**



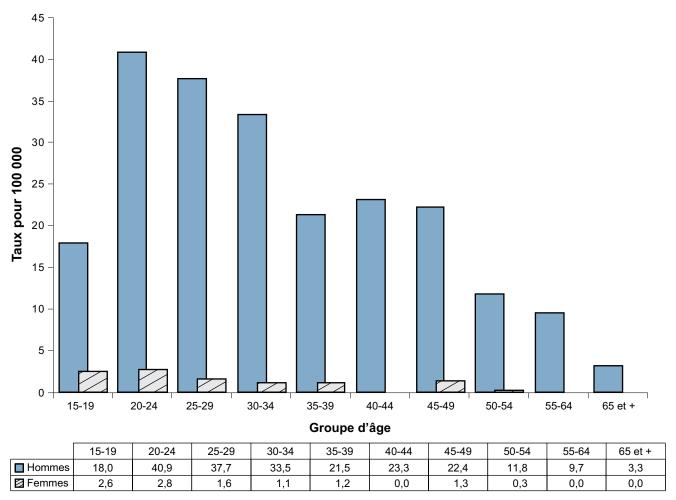
^{*} Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

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

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Figure 11 : Syphilis infectieuse*: taux d'incidence** des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2012



^{*} 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 2002 à 2013p**

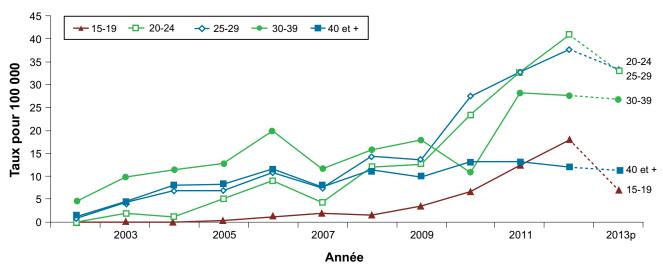
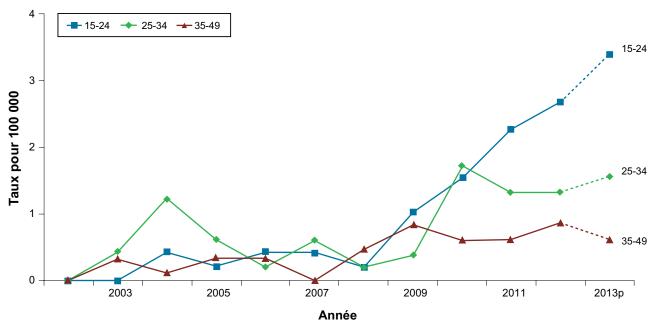


Figure 13: Syphilis infectieuse*: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2002 à 2013p**



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

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

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

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

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 2008 à 2013p**

Région	2008		200	2009		2010		2011		12	Moye 2008-		2013p**		Variation 2012-2008				
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Тх	
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	1	0,5	2	1,0	5	2,5	2	1,0	2,0	1,0	2	0,8	2	ND	1,0	ND	
Saguenay—Lac-Saint-Jean	0	0,0	1	0,4	3	1,1	2	0,7	6	2,2	2,4	0,9	3	1,2	6	ND	2,2	ND	
Capitale-Nationale	27	4,0	39	5,7	58	8,4	65	9,4	62	8,9	50,2	7,3	62	8,9	35	129,6	4,9	123,3	
Mauricie et Centre-du-Québec	7	1,4	7	1,4	12	2,4	15	3,0	28	5,6	13,8	2,8	10	2,0	21	300,0	4,2	292,7	
Estrie	0	0,0	10	3,3	14	4,5	6	1,9	13	4,2	8,6	2,8	8	2,6	13	ND	4,2	ND	
Montréal	270	14,3	236	12,4	339	17,7	408	21,2	374	19,3	325,4	17,0	378	19,4	104	38,5	5,0	35,3	
Outaouais	6	1,7	5	1,4	6	1,7	13	3,5	6	1,6	7,2	2,0	10	2,6	0	0,0	-0,1	-4,9	
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	4	2,8	1,0	0,7	0	0,0	4	0,0	2,8	ND	
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	2	2,1	2	2,1	0	0,0	0,8	0,8	0	0,0	0	ND	0,0	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	ND	
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	5	5,3	11	11,6	1	1,1	3	3,2	4,0	4,2	0	0,0	3	ND	3,2	ND	
Chaudière-Appalaches	3	0,7	7	1,7	8	2,0	12	2,9	13	3,2	8,6	2,1	15	3,6	10	333,3	2,4	324,0	
Laval	4	1,0	9	2,3	15	3,8	18	4,5	17	4,2	12,6	3,2	10	2,4	13	325,0	3,1	301,2	
Lanaudière	13	2,9	14	3,0	16	3,4	18	3,8	23	4,7	16,8	3,6	31	6,4	10	76,9	1,9	64,8	
Laurentides	12	2,2	13	2,4	11	2,0	18	3,2	32	5,6	17,2	3,1	23	4,0	20	166,7	3,4	150,7	
Montérégie	40	2,8	30	2,1	50	3,5	63	4,3	97	6,6	56,0	3,9	44	3,0	57	142,5	3,7	132,4	
Nunavik	0	0,0	1	8,7	0	0,0	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	1	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,2	1,3	7	40,0	0	0,0	0,0	0,0	
Région non précisée	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0		
Province de Québec	382	4,9	380	4,9	547	6,9	646	8,1	680	8,5	527,0	6,7	603	7,5	298	78,0	3,6	72,3	

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.

^{*} Taux pour 100 000 personnes.

^{**} Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Commentaires

Au Québec, la syphilis continue d'affecter principalement les hommes, qui représentent 95 % des cas, et, selon les informations colligées, il s'agit principalement d'HARSAH.

Les résultats de l'analyse des cas de syphilis infectieuse déclarés chez les jeunes de 15 à 24 ans montrent que 92 % de ces cas sont des HARSAH. Parmi ceux-ci, 14 % avaient aussi des partenaires féminines, la proportion étant plus élevée pour les jeunes de 15 à 19 ans (20 %) que pour ceux de 20 à 24 ans (11 %). Ainsi, même si 79 % des cas de syphilis infectieuse déclarés chez des hommes de 15 à 24 ans sont des HARSAH ayant exclusivement des partenaires masculins, il demeure que 21 % des cas masculins chez les jeunes de 15 à 24 ans ont des partenaires féminines.

La présence d'ulcérations génitales, comme dans le cas d'une syphilis primaire, augmente le risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)³⁰. L'acquisition d'une syphilis infectieuse serait un indicateur de la prise de risques par les HARSAH³¹, ce qui est appuyé par les constats de la vigie rehaussée ayant porté sur les jeunes en ce qui a trait à la fréquence de certains comportements sexuels à risque, comme avoir de multiples partenaires et avoir des partenaires anonymes. Compte tenu que les HARSAH forment une population particulièrement touchée par le VIH et que l'on estime à 20 % la proportion de ces personnes ne sachant pas qu'elles sont infectées³², la transmission soutenue de la syphilis chez les HARSAH présente un potentiel de risque au regard de la propagation de l'infection par le VIH au sein de cette population.

Les jeunes

L'augmentation du nombre de cas de syphilis chez les jeunes est particulièrement préoccupante. Ainsi, alors qu'en 2008, ceux qui avaient entre 15 et 24 ans représentaient 9% des cas déclarés au Québec, ils en représentent 25% en 2012. Devant cette situation, une vigie rehaussée des cas déclarés de syphilis infectieuse chez des jeunes de 15 à 24 ans a été entreprise dans l'ensemble du Québec. Elle incluait une intensification des interventions préventives faites par la santé publique auprès des personnes atteintes et auprès de leurs partenaires. Il est encourageant de constater qu'une diminution du nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les jeunes semble se dessiner en 2013.

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 ces femmes, qui ne sont pas ciblées par les indications relatives au dépistage de la syphilis à moins qu'elles ne soient enceintes, la seule façon d'avoir accès à une détection précoce de la syphilis avant la survenue de symptômes est d'être avisées rapidement lorsqu'elles ont eu un partenaire sexuel infecté. De même, la femme enceinte qui ne se connaît pas de facteur de risque ne pourra bénéficier d'un nouveau test de dépistage visant à détecter une éventuelle infection acquise au cours de sa grossesse si elle n'est pas avisée à la suite d'une exposition à un partenaire infecté.

^{30.} K. BLOUIN, et al., Rapport intégré: Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, [Montréal], Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, p. 72, [En ligne], http://www.inspq. qc.ca/pdf/publications/1522_RappIntegreEpidemioITSSQc.pdf].

^{31.} Ibid., p. 34-35.

^{32.} 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, 2012 (Communication personnelle avec le D' Chris Archibald).

Ainsi, l'intervention préventive effectuée auprès des hommes atteints de syphilis infectieuse (HARSAH ou non) 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 constituent autant d'arguments en faveur de la consolidation du dépistage systématique de la syphilis chez la femme enceinte, dépistage qui doit être effectué systématiquement au début de la grossesse et répété si le risque d'exposition persiste.

Les types de syphilis autres que la syphilis infectieuse

En parallèle avec une augmentation de 72 % des cas déclarés de syphilis infectieuses entre 2008 et 2012, une hausse de 23 % des cas de syphilis latente tardive est observée, tandis que le nombre de syphilis sans précisions est demeuré stable.

Par ailleurs, la proportion des cas déclarés de syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans est passée de 9 % à 24 % entre 2008 et 2012. La proportion des jeunes de ce groupe d'âge parmi les cas de syphilis latente tardive est demeurée relativement stable au cours de la même période et elle est passée de 5 % à 11,5 % pour les cas déclarés de syphilis sans précisions. Une légère progression des syphilis non infectieuses chez les jeunes s'observe donc, sans toutefois qu'elle soit de même ampleur que la progression de la syphilis infectieuse chez les jeunes de ce même groupe d'âge.

En 2008, les cas de syphilis latente tardives constituaient 30 % de l'ensemble des cas déclarés de syphilis; en 2012, la proportion s'établit à 22 %. On peut espérer que cette diminution indique une proportion moindre des cas diagnostiqués tardivement et, par conséquent, un diagnostic plus précoce.

Lymphogranulomatose vénérienne: les HARSAH particulièrement touchés par une recrudescence en 2013

Endémique dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) a causé des éclosions dans plusieurs pays d'Europe, aux États-Unis et au Canada au début des années 2000. La LGV était très rare au Québec jusqu'à son émergence en 2005. Entre 2006 et 2012, le nombre de cas y a fluctué d'année en année et témoigne d'une transmission locale. Une recrudescence est observée depuis l'été 2013. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

Caractéristiques des cas déclarés en 2012

- On recense 9 cas confirmés en 2012, tous masculins; cela équivaut à un taux de 0,23 cas pour 100 000 hommes.
- La répartition selon le groupe d'âge est la suivante : 2 cas qui ont entre 25 et 34 ans, 3 cas ayant entre 35 et 39 ans, et 4 cas âgés de 45 à 64 ans.
- Tous sont des HARSAH.
- Parmi les cas déclarés en 2012, huit ont été enregistrés dans la région de Montréal et un l'a été dans la région de Lanaudière.

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 2008 et 2012, le nombre de cas a fluctué entre 2 (2009) et 13 (2011) par année, pour une moyenne de 9 cas annuellement.

Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 201233

- Entre 2005 et 2012, 125 cas de LGV ont été déclarés.
- À l'exception d'un cas féminin observé en 2008 (cas probable), tous les cas déclarés au Québec jusqu'à maintenant sont des hommes.
- Ils ont entre 21 et 64 ans, la moyenne s'établissant à 40 ans.
- La région de Montréal regroupe 83% des cas déclarés entre 2005 et 2012. 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). La presque totalité (99%) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.
- Parmi les cas pour lesquels l'information est connue, 67% ont contracté le VIH.
- Parmi les cas pour lesquels l'information est connue, 31 % avaient voyagé à l'extérieur du Québec au cours des soixante jours précédant le début des symptômes.

^{33.} Compilation des renseignements fournis dans le cadre de la vigie rehaussée, effectuée par Geneviève Gravel (Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux) en octobre 2013.

Caractéristiques des cas déclarés en 2013

Depuis l'été 2013, une augmentation importante du nombre de cas déclarés s'observe³⁴. En effet, 31 cas ont déjà été déclarés au 31 octobre 2013³⁵, ce qui constitue une augmentation importante par rapport aux années précédentes. Une vigie rehaussée est d'ailleurs en cours.

Ce sont tous des HARSAH et ils ont entre 19 et 66 ans, pour une moyenne d'âge de 39 ans. Selon les informations colligées, 77% d'entre eux sont des personnes vivant avec le VIH (PV VIH).

Par rapport aux années précédentes, on trouve une plus grande proportion de cas chez les hommes âgés de 25 à 34 ans. En effet, entre 2005 et 2012, 22% des cas étaient âgés de 25 à 34 ans et la proportion atteint 52% en 2013. Les cas déclarés chez des jeunes de 15 à 24 ans demeurent rares, avec neuf entre 2005 et 2012 et un seul en 2013.

Par ailleurs, comme par les années passées, la majorité des cas (87%) a été enregistrée dans la région de Montréal. Trois autres régions ont été touchées en date du 31 octobre 2013, soit les régions de Lanaudière, de Chaudière-Appalaches et de l'Outaouais.

^{34.} G. GRAVEL et al., «Hausse importante des cas de lymphogranulomatose vénérienne en 2013», FlashVigie, vol. 8, nº 7, septembre 2013, [En ligne], [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-271-02W-vol8_no7.pdf] (Consulté le 31 octobre 2013).

^{35.} Communication personnelle avec Geneviève Gravel (Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux).

Figure 14: Lymphogranulomatose vénérienne: nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2004 à 2013p*

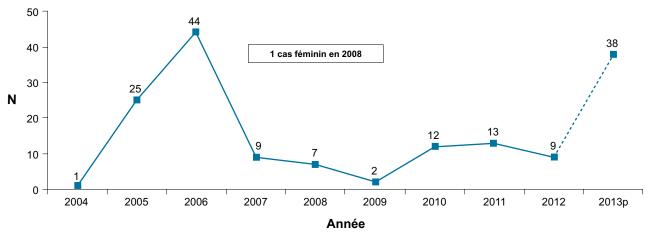
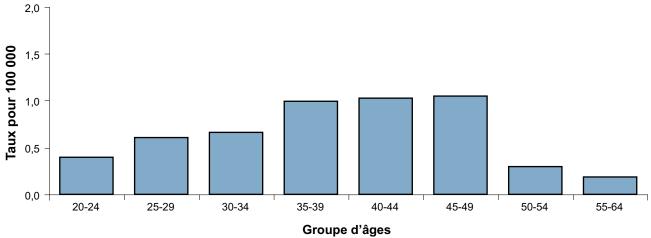


Figure 15: Lymphogranulomatose vénérienne: taux* d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, période de 2004 à 2012



^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 166 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 15 juin 2013).

^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes-années. N total pour la période 2004-2012: 123.

Tableau 7: Lymphogranulomatose vénérienne: nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence*, selon la région, Québec, de 2008 à 2013p**

Région	200	8	200	9	201	0	201	1	20	12	Moye 2008-2		2013	p**	Var	iation 2	2012-2	008
	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	1	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	0,6	0,1	0	0,0	-1	ND	-0,1	ND
Mauricie et Centre-du-Québec	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,4	0,1	0	0,0	-1	0,0	-0,2	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	3	0,2	2	0,1	9	0,5	9	0,5	8	0,4	6,2	0,3	31	1,6	5	166,7	0,3	160,5
Outaouais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	3	0,9	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	2	0,4	0	0,0	0,0	0,0
Laval	1	0,3	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0,4	0,1	0	0,0	-1	0,0	-0,3	0,0
Lanaudière	2	0,4	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0,8	0,2	2	0,3	-1	0,0	-0,2	0,0
Laurentides	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,2	0,0	0	0,0	-1	0,0	-0,2	0,0
Montérégie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0,4	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	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	
Province de Québec	9	0,1	2	0,0	12	0,2	13	0,2	9	0,1	9,0	0,1	38	0,5	0	0,0	0,0	-3,2

Commentaires

L'augmentation du nombre de cas de LGV depuis l'été 2013 est préoccupante et justifie la poursuite d'une vigie intensifiée au Québec, en concordance avec les activités de l'Agence de santé publique du Canada. Les autorités de santé publique de plusieurs régions ont déjà adressé des appels à la vigilance auprès des cliniciens pour favoriser la détection précoce des cas et une prise en charge appropriée. Des interventions visant à informer la communauté des HARSAH ont aussi eu lieu ou sont planifiées.

^{*} Taux pour 100 000 personnes.

^{**} Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 10 août 2013).

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.

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 a diminué de 56 % depuis l'introduction du programme de vaccination en milieu scolaire en 1994.

Caractéristiques des cas déclarés en 2012

- Aux 925 cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) déclarés correspond un taux de 11,5 pour 100 000 personnes (13,8 pour 100 000 chez les hommes et 9,8 pour 100 000 chez les femmes).
- Plus précisément, 30 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,4 pour 100 000 personnes), soit 22 hommes de 25 ans ou plus et 8 femmes âgées de 35 ans ou plus.
- Aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. On compte 58 cas d'hépatite chronique ou sans précisions (24 hommes et 34 femmes) dans ce groupe d'âge, pour un taux d'incidence de 5,8 pour 100 000 personnes (4,7 pour 100 000 chez les hommes et 7 pour 100 000 chez les femmes).
- La région de Montréal enregistre le taux le plus élevé de cas déclarés d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé), soit 26,6 pour 100000 personnes (516 cas). Elle est suivie des régions du Nord-du-Québec (21,4 pour 100000 personnes, avec 3 cas), de l'Outaouais (12,7 pour 100000 personnes, avec 47 cas), et de Laval (10,6 pour 100000 personnes, avec 43 cas). Les autres régions ont des taux d'incidence qui varient de 0 pour 100000 personnes (Terres-Cries-de-la-Baie-James) à 9,5 pour 100000 personnes (Capitale-Nationale).

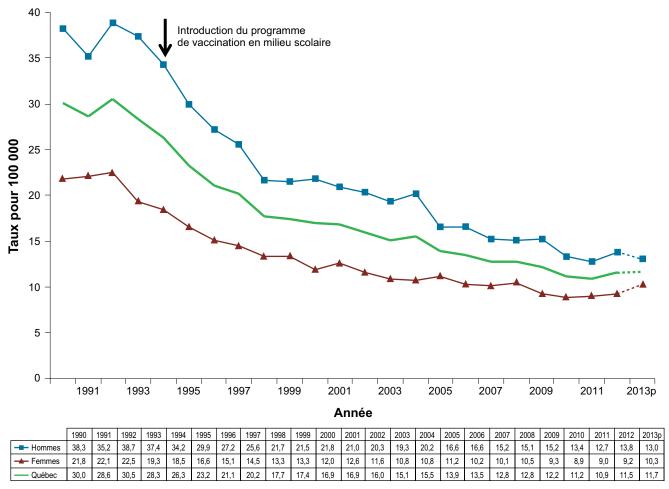
Tendances

- Entre 2008 et 2012, le taux d'incidence a diminué de 10%. Selon les données préliminaires colligées, environ 940 cas seront déclarés en 2013, ce qui donnerait un taux de 11,7 pour 100 000 personnes – comparable à celui de l'année 2012.
- Dans l'ensemble, les nombres et les taux de cas déclarés ont toujours été plus élevés pour les hommes que pour les femmes mais la situation est inversée chez les personnes âgées de 15 à 29 ans, pour qui les taux sont généralement plus élevés chez les femmes.
- Le nombre de cas d'hépatite B **aiguë** est passé de 462 cas en 1992 à 30 cas en 2012. Cette situation est associée à l'implantation, en 1994, du programme universel de vaccination en 4º année du primaire ainsi qu'à l'accès à la vaccination gratuite pour les groupes à risque. Au cours des cinq premières années suivant l'introduction du programme en milieu scolaire, l'incidence de l'hépatite B aiguë a diminué de 40% entre 1995 et 1999, puis de 62% pendant les cinq années suivantes (2000-2004). Au cours des cinq dernières années, l'incidence de l'hépatite B aiguë a diminué de 33%, et moins de 45 cas ont été déclarés annuellement.

Les HARSAH

L'information sur le sexe des partenaires des cas déclarés d'hépatite B n'est pas inscrite dans le fichier des MADO. Il est donc impossible, à partir du fichier, de décrire l'épidémiologie de cette infection chez les HARSAH.

Figure 16: Hépatite B*: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2013p**



^{*} Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguëe, chronique et non précisée).

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Figure 17: Hépatite B*: taux d'incidence** des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2012

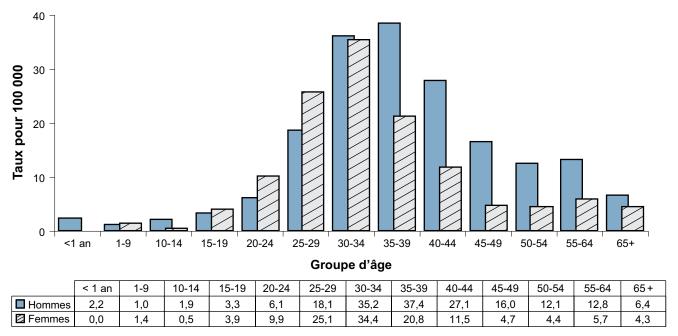
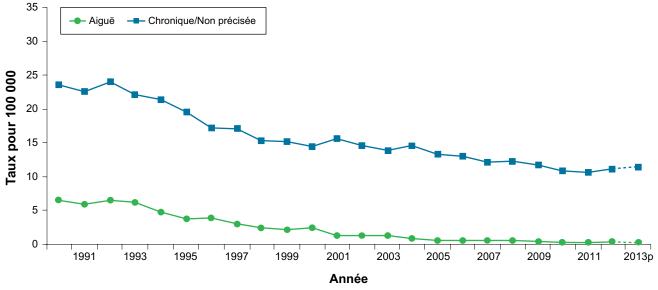


Figure 18 : Hépatite B aiguë et chronique ou non précisée : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1990 à 2013p*



^{*} Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguëe, chronique et non précisée).

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes.

^{*} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Tableau 8: Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée): nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence*, selon la région, Québec, de 2008 à 2013p**

Région	2008		200	9	201	0	201	1	201	2	Moye 2008-	-	2013	p**	Var	iation 2	2012-20	008
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	12	6,0	7	3,5	7	3,5	2	1,0	4	2,0	6,4	3,2	13	6,5	-8	ND	-4,0	ND
Saguenay—Lac-Saint-Jean	8	2,9	6	2,2	11	4,1	6	2,2	14	5,2	9,0	3,3	5	1,8	6	75,0	2,2	76,5
Capitale-Nationale	59	8,7	48	7,0	50	7,3	31	4,5	66	9,5	50,8	7,3	61	8,7	7	11,9	0,8	8,8
Mauricie et Centre-du-Québec	14	2,9	20	4,1	20	4,0	12	2,4	22	4,4	17,6	3,5	15	3,0	8	57,1	1,6	54,3
Estrie	22	7,2	27	8,8	27	8,8	35	11,3	21	6,7	26,4	8,5	28	8,9	-1	-4,5	-0,5	-6,9
Montréal	621	32,8	596	31,4	541	28,3	526	27,3	516	26,6	560,0	29,1	554	28,4	-105	-16,9	-6,2	-18,8
Outaouais	44	12,5	41	11,5	40	11,0	34	9,3	47	12,7	41,2	11,2	43	11,4	3	6,8	0,2	1,6
Abitibi-Témiscamingue	6	4,1	4	2,8	7	4,8	6	4,1	6	4,1	5,8	4,0	7	4,5	0	0,0	0,0	0,0
Côte-Nord	3	3,1	4	4,2	0	0,0	2	2,1	2	2,1	2,2	2,3	2	1,8	-1	ND	-1,0	ND
Nord-du-Québec	2	13,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	21,4	1,0	7,1	0	0,0	1	0,0	7,9	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	4	4,2	3	3,2	3	3,2	3	3,2	1	1,1	2,8	3,0	2	1,7	-3	-75,0	-3,2	-75,0
Chaudière-Appalaches	13	3,2	10	2,5	5	1,2	6	1,5	6	1,5	8,0	2,0	8	2,0	-7	-53,8	-1,8	-54,8
Laval	38	9,9	54	13,8	44	11,1	50	12,4	43	10,6	45,8	11,4	31	7,6	5	13,2	0,7	6,8
Lanaudière	13	2,9	18	3,9	13	2,8	18	3,8	15	3,1	15,4	3,2	18	3,7	2	15,4	0,2	7,5
Laurentides	27	5,0	24	4,4	22	4,0	24	4,3	24	4,2	24,2	4,3	16	2,8	-3	-11,1	-0,8	-16,4
Montérégie	104	7,4	90	6,3	88	6,1	106	7,3	134	9,1	104,4	7,2	136	9,2	30	28,8	1,7	23,5
Nunavik	2	17,6	0	0,0	0	0,0	3	25,3	1	8,3	1,2	10,1	2	13,6	-1	ND	-9,3	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	6,7	4	26,1	1	6,4	2	12,6	0	0,0	1,6	10,1	0	0,0	-1	-100,0	-6,7	-100,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Province de Québec	993	12,8	956	12,2	879	11,2	866	10,9	925	11,5	923,8	11,6	940	11,7	-68	-6,8	-1,3	-9,8

^{*} Taux pour 100 000 personnes.

^{**} Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 10 août 2013).

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'éclosions 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. Elle 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 consommation³⁶.

^{36.} 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 >, p. 286.

Hépatite C: vers une stabilisation de l'incidence?

Depuis 1990, un peu plus de 37 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec. Cette infection est particulièrement fréquente parmi les usagers de drogues par injection. Entre 2000, où un pic d'incidence avait été observé, et 2012, le taux d'incidence des cas déclarés a diminué de 67 %. Le rythme de la diminution semble maintenant ralentir.

Caractéristiques des cas déclarés en 2012

- Dans l'ensemble, 1304 cas d'hépatite C (incluant les cas aigus et non précisés) ont été déclarés (taux de 16,3 pour 100000 personnes).
- Les hommes représentent 63 % des cas déclarés.
- Parmi les cas masculins déclarés, on trouve 55 % d'hommes de 35 à 54 ans, groupes d'âge pour lesquels les taux sont les plus élevés (taux croissant de 25,9 à 47,6, pour 100 000 selon les groupes d'âge quinquennaux).
- Parmi les cas féminins déclarés, on trouve 53 % de femmes âgées de 30 à 54 ans, groupes d'âge pour lesquels les taux sont aussi les plus élevés (taux variant entre 12,9 et 16,6 pour 100 000 selon les groupes d'âge quinquennaux).
- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le taux d'incidence est de 6 pour 100 000, tant chez les hommes que chez les femmes; ces jeunes comptent pour 5 % des cas déclarés.
- La région de Montréal a enregistré 37 % (489) des cas de la province. Les taux les plus élevés s'observent dans les régions du Nord-du-Québec (35,7 pour 100 000 personnes, avec 5 cas), des Laurentides (28,5 pour 100 000 personnes) et de Montréal (25,2 pour 100 000 personnes). Quatre autres régions ont des taux légèrement supérieurs au taux de la province (Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Capitale-Nationale et Nunavik). Les autres régions ont des taux inférieurs au taux établi pour la province.
- En ce qui concerne plus particulièrement les cas aigus:
 - 17 cas ont été déclarés en 2012 (10 hommes et 7 femmes), ce qui donne un taux de 0,2 pour 100 000 personnes;
 - parmi les cas déclarés chez les hommes, aucun n'avait entre 15 et 24 ans, sept étaient âgés de 25 à 44 ans et trois étaient âgés de 50 à 64 ans;
 - parmi les cas déclarés chez les femmes, cinq étaient âgées de 15 à 24 ans et les deux autres, de 30 à 39 ans;
 - la plupart des cas (14/17) ont été déclarés dans la région de Montréal, les trois autres se répartissant entre les régions du Bas-Saint-Laurent et de la Capitale-Nationale.

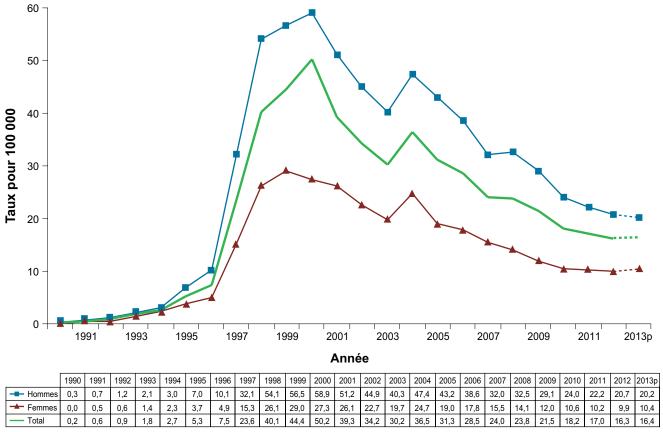
Tendances

- Entre 2000 et 2012, le taux d'incidence des cas déclarés est passé de 50,2 à 16,3 pour 100 000 personnes, soit une diminution de 67%.
- Pour la période 2008-2012, la diminution s'établit à 32%. Elle s'observe tant chez les femmes (- 30%) que chez les hommes (- 36%).
- Entre 2009 et 2010, la diminution avait été de 15%; entre 2010 et 2011, elle a été de 7%; puis, entre 2011 et 2012, elle est de 4%. Selon les données préliminaires, le nombre de cas déclarés en 2013 sera légèrement supérieur à celui de 2012.

Les HARSAH

L'information sur le sexe des partenaires des cas déclarés d'hépatite C n'est pas inscrite dans le fichier des MADO. Il est donc impossible, à partir du fichier, de décrire l'épidémiologie de cette infection chez les HARSAH.

Figure 19: Hépatite C*: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1990 à 2013p**



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

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Figure 20: Hépatite C*: taux d'incidence** des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2012

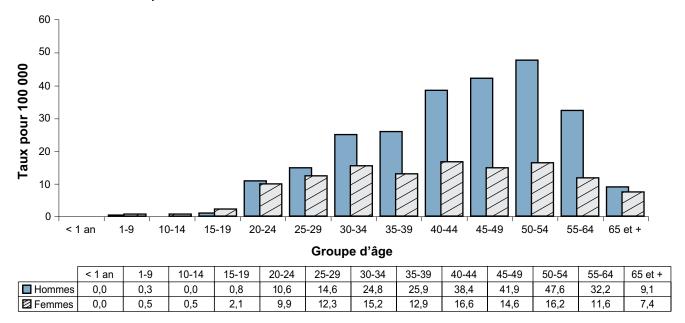
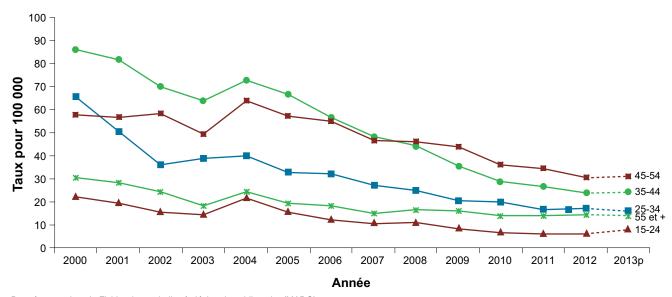


Figure 21 : Hépatite C*: taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, Québec, de 2000 à 2013p**



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

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

^{**} Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2013, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

Tableau 9: Hépatite C (aiguë et non précisée): nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence*, selon la région, Québec, de 2008 à 2013p**

Région	2008 N Ty		200	9	201	0	201	1	201	12	Moye 2008-2	-	2013	p**	Var	iation 2	2012-20	008
	N	Тx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	11	5,5	19	9,4	20	9,9	17	8,4	10	5,0	15,4	7,7	15	7,4	-1	-9,1	-0,5	-9,2
Saguenay—Lac-Saint-Jean	27	9,9	29	10,7	17	6,3	24	8,9	26	9,6	24,6	9,1	26	9,8	-1	-3,7	-0,3	-2,9
Capitale-Nationale	152	22,4	137	20,1	100	14,5	114	16,5	127	18,2	126,0	18,2	99	14,1	-25	-16,4	-4,2	-18,7
Mauricie et Centre-du-Québec	96	19,6	97	19,7	65	13,1	61	12,3	73	14,6	78,4	15,8	74	14,8	-23	-24,0	-5,0	-25,3
Estrie	68	22,3	58	18,9	56	18,2	42	13,5	41	13,1	53,0	17,1	51	16,2	-27	-39,7	-9,2	-41,2
Montréal	808	42,7	692	36,4	596	31,2	504	26,2	489	25,2	617,8	32,1	454	23,3	-319	-39,5	-17,5	-40,9
Outaouais	88	24,9	76	21,3	72	19,9	87	23,7	71	19,1	78,8	21,5	67	18,0	-17	-19,3	-5,8	-23,3
Abitibi-Témiscamingue	48	33,1	44	30,3	23	15,9	41	28,3	27	18,6	36,6	25,2	25	17,0	-21	-43,8	-14,5	-43,8
Côte-Nord	11	11,5	10	10,5	7	7,4	9	9,5	11	11,7	9,6	10,2	10	10,5	0	0,0	0,2	1,7
Nord-du-Québec	2	13,6	2	13,7	0	0,0	2	14,1	5	35,7	2,2	15,5	5	35,7	3	ND	22,2	ND
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	18	19,0	13	13,7	12	12,7	5	5,3	8	8,5	11,2	11,9	5	5,2	-10	-55,6	-10,6	-55,5
Chaudière-Appalaches	43	10,7	35	8,7	25	6,2	19	4,7	19	4,6	28,2	6,9	36	8,8	-24	-55,8	-6,1	-56,8
Laval	68	17,7	55	14,1	43	10,9	51	12,7	32	7,9	49,8	12,4	44	10,8	-36	-52,9	-9,8	-55,6
Lanaudière	45	10,0	52	11,3	41	8,8	38	8,0	39	8,1	43,0	9,0	43	8,7	-6	-13,3	-1,9	-19,3
Laurentides	159	29,7	156	28,7	160	29,0	164	29,2	162	28,5	160,2	28,6	196	33,9	3	1,9	-1,3	-4,2
Montérégie	198	14,0	197	13,8	191	13,2	169	11,6	160	10,9	183,0	12,5	174	11,7	-38	-19,2	-3,2	-22,6
Nunavik	1	8,8	1	8,7	1	8,5	2	16,9	2	16,7	1,4	11,8	0	0,0	1	ND	7,9	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	13,4	5	32,7	4	25,6	2	12,6	2	12,4	3,0	18,9	2	10,0	0	0,0	-1,0	-7,5
Région non précisée	0		2		0		0		0		0,4		0		0		0,0	
Province de Québec	1 845	23,8	1 680	21,5	1 433	18,2	1 351	17,0	1 304	16,3	1522,6	19,2	1 325	16,4	-541	-29,3	-7,5	-31,6

^{*} Taux pour 100 000 personnes.

^{**} Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1er janvier au 10 août 2013).

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 de l'incidence de même ampleur.

Le nombre de cas déclarés d'hépatite C classifiés dans la catégorie des cas aigus reste largement en deçà de la réalité. La présentation clinique (les symptômes peuvent être discrets) et les tests de laboratoire effectués ne sont pas nécessairement propres à l'infection aiguë. En outre, la définition nosologique actuellement en vigueur au Québec aux fins de la 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 de l'ensemble des cas déclarés.

Sans traitement, l'hépatite C évolue souvent vers une infection chronique qui peut persister toute la vie et mener à des complications comme une cirrhose ou une insuffisance hépatique. Des traitements de plus en plus efficaces permettent d'éradiquer l'infection; toutefois, le type de traitement et son succès dépendent de plusieurs facteurs tels que le génotype, la présence d'une co-infection par le VIH et la présence de complications.

Le nombre grandissant de personnes dont l'état peut nécessiter des soins spécialisés (traitement de nouvelles infections, de réinfections ou de complications d'infections chroniques) fait en sorte que, même si le nombre de cas déclarés chaque année diminue, le fardeau de l'hépatite C sur le système de santé augmente.

Outre les questions déjà mentionnées – sous-estimation du nombre réel de cas d'hépatite C aiguë, fréquence chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et fardeau grandissant que représentent les soins de santé liés à l'hépatite C –, d'autres sont de plus en plus préoccupantes: la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les HARSAH qui sont aussi des PV VIH la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les UDI.

VIH: nombreux défis pour atteindre l'objectif de 0 transmission et progression chez les jeunes HARSAH

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 d'infection par le VIH. Des rapports exhaustifs étant périodiquement diffusés à ce sujet, seuls les éléments principaux seront rapportés ici. Au total, 7 543 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés, dans le cadre du programme, entre avril 2002 et décembre 2012. Parmi ceux-ci, on compte 3 954 nouveaux diagnostics³⁷, 3 232 anciens diagnostics et 357 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 2012³⁸

- En tout, 625 infections par le VIH ont été enregistrées en 2012: 319 nouveaux diagnostics, 286 anciens et 20 cas pour lesquels on ne peut préciser s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau diagnostic. Depuis avril 2012, les cas sans numéro d'assurance maladie (NAM) ont été enregistrés. Ainsi, 111 cas (69 anciens diagnostics, 38 nouveaux diagnostics et 4 non précisés) sont inclus dans les données de 2012.
- Les hommes représentent 83 % des nouveaux diagnostics.
- Pour ce qui est des cas masculins consistant en de nouveaux diagnostics (264), 14 % ont entre 15 et 24 ans, 31 % ont entre 25 et 34 ans, 23 % sont âgés de 35 à 44 ans et 32 % ont 45 ans ou plus.
- Quant aux cas féminins consistant en de nouveaux diagnostics (55), 14% sont âgées de 15 à 24 ans, 25% ont entre 25 et 34 ans, 27% sont âgées de 35 à 44 ans et 27% ont 45 ans ou plus.
- Les taux d'incidence ont été calculés à partir du nombre de nouveaux diagnostics enregistrés dans le cadre du programme de surveillance. Pour l'ensemble du Québec, le taux s'établit à 4,0 cas par 100000 personnes. La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur (9,1 cas pour 100000 personnes) et par la proportion de 56 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2012. La région de la Capitale-Nationale arrive au deuxième rang, avec un taux de 4,4 pour 100000 personnes. Toutes les autres régions ont des taux inférieurs à celui de la province.
- En 2012, 62 % des cas (anciens et nouveaux diagnostics) ont été enregistrés dans la région de Montréal; la proportion est de 10 % pour la Montérégie, de 7 % pour la région de Québec et de moins de 5 % pour chacune des autres régions. Aucun cas n'a été enregistré cette année-là 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 2012

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2012 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont, plus précisément:

- les HARSAH, qui représentent 61 % des nouveaux diagnostics et 74 % de ceux qui concernent les hommes, la proportion s'élevant à 77 % si l'on inclut les HARSAH qui sont aussi UDI;
- 37. 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 révélé 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.
- 38. R. BITERA et al., Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: cas cumulatifs 2002-2012, 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, 2013, 145 p. Données fournies avant publication par R. Bitera le 2 octobre 2013.

- les personnes originaires d'un pays où l'infection par le VIH est endémique³⁹, qui représentent 17% des nouveaux diagnostics et 49% de ceux qui se rapportent aux femmes. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente pour ces dernières. Une majorité des cas sans NAM qui ont été enregistrés en 2012 concernent des personnes originaires d'un pays où la maladie est endémique, soit 56% des cas sans NAM chez les hommes et 85% des cas sans NAM chez les femmes. L'ajout des cas sans NAM augmente la proportion de cette catégorie d'exposition parmi les nouveaux diagnostics enregistrés en 2012;
- les personnes hétérosexuelles non originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique, qui représentent 15% des nouveaux diagnostics (11% chez les hommes et 34% chez les femmes). 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 les partenaires;
- les UDI, qui représentent 4,4% des nouveaux diagnostics enregistrés en 2012 (2,7% chez les hommes et 13% chez les femmes). Chez les hommes, la proportion s'élève à 5,4% si on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI.

Transmission verticale

On a enregistré 33 nouveaux diagnostics de transmission verticale depuis 2002, dont 15 concernent des enfants nés au Canada. Parmi ces derniers, 10 ont une mère originaire d'un pays où la maladie est endémique.

Tendances⁴⁰

Les tendances sont difficiles à préciser puisque le nombre de cas fluctue d'année en année. Les cas sans numéro d'assurance maladie (NAM) sont enregistrés depuis avril 2012, mais ils n'auraient pas pu être pris en compte auparavant. Ce changement dans le programme de surveillance doit être pris en considération dans l'interprétation des tendances. 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 335 pour la période 2008-2012, soit une diminution de 18 %⁴¹;
- chez les hommes, la moyenne s'établissait à 330 nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2003 et 2007. Elle est de 282 pour la période 2008-2012, soit une diminution de 14 %⁴²;
- 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 2008-2012, soit une diminution de 33 %⁴³;
- les tendances ne sont pas homogènes d'un groupe d'âge à l'autre, la diminution du nombre de nouveaux diagnostics s'observant surtout chez les personnes de 35 à 44 ans, alors qu'une tendance à la hausse chez les jeunes de 15 à 24 ans se dessine depuis 2009 (surtout chez les plus jeunes d'entre eux).
- Entre 2003 et 2012, la proportion des UDI parmi les nouveaux diagnostics est passée de 15,8 % à 4,4 %.

Depuis l'implantation du programme de surveillance du VIH en avril 2002, la région de Montréal recense à elle seule 63.8% de l'ensemble des cas (nouveaux et anciens diagnostics) enregistrés dans le cadre du programme de surveillance (n = 7535). La proportion est relativement stable depuis l'instauration de ce programme.

- 39. Pays qui affichent un taux important d'infection par le VIH et où le mode de transmission prédominant est le contact hétérosexuel.
- 40. Les tendances doivent être interprétées avec prudence et les différences rapportées dans cette section ne sont pas nécessairement statistiquement significatives.
- 41. Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012, la moyenne pour la période 2008-2012 serait de 328 nouveaux cas et la diminution atteindrait 20%.
- 42 Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012, la diminution atteindrait 16%.
- 43. Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012, la diminution atteindrait 35%.

Les HARSAH

- Les HARSAH (incluant ceux qui sont également UDI) constituent 54 % de l'ensemble de tous les cas (hommes et femmes, anciens et nouveaux diagnostics) enregistrés depuis le début du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, en avril 2002.
- La proportion des HARSAH (incluant ceux qui sont également UDI) parmi les nouveaux diagnostics enregistrés chez les hommes depuis le début du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, en avril 2002, est de 74%.
- En 2012, on enregistrait 196 nouveaux diagnostics chez les HARSAH. Ils se répartissent comme suit: 15% étaient âgés de 15 à 24 ans, 32% avaient entre 25 et 34 ans, 20% étaient âgés de 35 à 44 ans et 33% avaient 45 ans ou plus.
- Entre 2003 et 2012, le nombre annuel de nouveaux diagnostics chez les HARSAH a varié entre 194 (en 2004) et 258 (en 2009). La moyenne annuelle s'établissait à 223 entre 2003 et 2007. Elle est de 210 pour la période 2008-2012, chiffre qui correspond à une diminution de 6% entre les deux moyennes. Toutefois les tendances observées diffèrent beaucoup selon les groupes d'âge:
 - la tendance à la baisse s'observe surtout pour les hommes âgés de 35 à 44 ans, la moyenne annuelle de nouveaux diagnostics ayant été de 89 pour la période 2003-2007 et de 53 pour la période 2008-2012, soit une diminution de 40%:
 - une tendance à la hausse du nombre de nouveaux diagnostics se dégagerait pour les HARSAH de 15 à 24 ans. Il s'agit de petits nombres et la hausse semble s'amorcer seulement depuis 2009-2010, aussi la prudence s'impose-t-elle dans l'interprétation des résultats. Alors que la moyenne annuelle de nouveaux diagnostics était de 14 cas pour la période 2003-2007, elle a été de 22 pour la période 2008-2012, soit une augmentation de 54%;
 - pour les autres groupes d'âge (25-34 ans, 45 ans ou plus), les tendances sont plus difficiles à décrire, les nombres fluctuant d'année en année.

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

Selon les estimations produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada⁴⁴, on a évalué qu'au Québec, environ 760 personnes (entre 520 et 1000) auraient contracté le VIH durant l'année 2011; cette donnée est légèrement inférieure à l'estimation faite pour l'année 2008, qui est de 819 (entre 540 et 1100).

Selon ces mêmes estimations, environ 19300 personnes (entre 15600 et 23000) étaient 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, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même si l'incidence continue de diminuer. Ainsi, on estime que 17620 personnes (entre 14240 et 21000) vivaient avec le VIH au Québec en 2008.

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, les proportions estimées des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut sont de 20 % pour les HARSAH, de 24 % pour les UDI et de 34 % pour les hétérosexuels⁴⁵.

^{44.} AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, op. cit.

^{45.} CENTRE DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES ET LES INFECTIONS, Résumé: Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2011, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2012, 7 p.

Tableau 10: Nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, avril 2002 à décembre 2012

		Année du prélèvement												
		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012 (+)	Total	
	Sexe masculin	277	339	267	229	198	215	200	209	162	138	198 (45)	2432	
	Sexe féminin	83	117	80	80	55	75	66	60	42	49	88 (24)	795	
Anciens diagnostics	Transsexuel	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	4	
ulagilostics	Sexe inconnu	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Sous-total	360	457	347	310	254	290	268	269	204	187	286 (69)	3232	
	Sexe masculin	183	355	305	337	374	280	329	256	281	281	264 (25)	3245	
	Sexe féminin	47	88	87	83	81	56	60	51	60	40	55 (13)	708	
Nouveaux diagnostics	Transsexuel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
ulagilostics	Sexe inconnu	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
	Sous-total	230	443	392	420	456	336	389	307	341	321	319 (38)	3954	
	Sexe masculin	55	33	48	8	12	22	14	33	17	17	14 (1)	273	
	Sexe féminin	26	13	14	5	3	4	2	7	0	4	6 (3)	84	
Impossible à caractériser	Transsexuel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
a varavitiristr	Sexe inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Sous-total	81	46	62	13	15	26	16	40	17	21	20 (4)	357	
Total		671	946	801	743	725	652	673	616	562	529	625 (111)	7543	

⁽⁺⁾ Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). À partir d'avril 2012, les cas sans NAM ont pu être enregistrés au Programme. Pour permettre une meilleure interprétation des tendances, le nombre de cas sans NAM qui a été ajouté est indiqué entre parenthèse. Le total présenté inclus les cas sans NAM enregistrés en 2012.

Ancien diagnostic: antécédent connu de test anti-VIH positif

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

Transsexuel: inclus transsexuelles H-F et transsexuels F-H

Source: Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2013

Tableau 11 : 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, avril 2002* à décembre 2012

		HAR	SAH	HARS		UI	DI	Pa end	- 1	Rel H pa à ris	ırt	Fact de co		Recev		Rel He autre risc	fact	Auc risqu		Mèi enfa		Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	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	515
	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	727
	2004	364	58,7	38	6,1	92	14,8	50	8,1	14	2,3	1	0,2	0	0,0	48	7,7	9	1,5	4	0,6	620
	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	574
	2006	359	61,5	33	5,7	83	14,2	48	8,2	8	1,4	3	0,5	2	0,3	46	7,9	0	0,0	2	0,3	584
es	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	517
Hommes	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	543
오	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	498
	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	460
	2011	302	69,3	14	3,2	32	7,3	40	9,0	14	3,2	2	0,5	1	0,2	22	5,1	5	1,2	4	0,9	436
	2012 avec NAM	294	72,6	17	4,2	22	5,4	31	7,6	13	3,2	2	0,5	1	0,3	22	5,4	0	0,0	3	0,7	405
	2012 sans NAM	30	42,3	0	0,0	2	2,8	34	47,9	2	2,8	0	0,0	0	0,0	3	4,3	0	0,0	0	0,0	71
	Sous-total	3785	63,6	272	4,6	736	12,4	487	8,2	139	2,3	29	0,5	17	0,3	398	6,7	44	0,7	43	0,7	5 950
	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	156
	2003					65	29,8	97	44,5	24	11,0	0	0,0	1	0,5	26	11,9	3	1,4	2	0,9	218
	2004					41	22,7	80	44,2	23	12,7	0	0,0	5	2,8	29	16,0	0	0,0	3	1,7	181
	2005					38	22,6	70	41,7	25	14,9	0	0,0	1	0,6	26	15,5	0	0,0	8	4,8	168
	2006					30	21,6	57	41,0	25	18,0	1	0,7	1	0,7	22	15,8	0	0,0	3	2,2	139
es	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	135
Femmes	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	128
亞	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	118
	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	102
	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	93
	2012 avec NAM					15	13,8	54	49,5	16	14,7	0	0,0	0	0,0	19	17,4	0	0,0	5	4,6	109
	2012 sans NAM					0	0,0	37	92,5	1	2,5	0	0,0	0	0,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	40
	Sous-total					317	20,0	666	47,7	219	13,8	3	0,2	14	0,0	227	14,3	4	0,3	41	2,9	1 587
	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	671
	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	945
	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	801
	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	742
cas	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	723
es c	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	652
18	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	671
Tous	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	616
	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	562
	2011	302	57,1	14	2,6	40	7,6	90	17,0	28	5,3	2	0,4	1	0,2	35	6,6	5	0,9	12	2,3	529
	2012 avec NAM	294	57,2	17	3,3	37	7,2	85	16,5	29		2	0,4	1	0,2	41	8,0	0	0,0	8	1,2	514
	2012 sans NAM	30	27,0	0	0,0	2	1,8	71	64,0	3		0	0,0	0	0,0	5	4,5	0	0,0	0	0,0	111
TO	TAL	3785	50,2	272	3,6	1014	14,0	1244	16,5	258	4,7	32	0,4	31	0,4	625	8,3	48	0,6	89	1,2	7537

Source: Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2013. Données transmises par R. Bitera le 2 octobre 2013.

Rel Hétéro autre fact risque: personnes hétérosexuelles non originaires de pays endémiques, avec autre facteur de risque comme multi part, travail du sexe etc.

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). À partir d'avril 2012, les cas sans NAM ont pu être enregistrés au Programme. Les sous-totaux et totaux présenté incluent les cas sans NAM enregistrés en 2012.

^{*} 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 de coagulation.

Tableau 12: 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, avril 2002* à décembre 2012

		HAR	SAH	HARS		UI	DI	Pa end	,	Pa Hét à ris	éro	Fact de co		Recev		Part. H autre risq	fact	Auc Risqu		Mèr enfa	-	Total
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	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	183
	2003	223	62,8	18	5,1	48	13,5	24	6,8	12	3,4	0	0,0	0	0,0	25	7,0	5	1,4	0	0,0	355
	2004	194	63,6	14	4,6	26	8,5	30	9,8	6	2,0	0	0,0	0	0,0	28	9,2	5	1,6	2	0,7	305
	2005	234	69,4	9	2,7	27	8,0	27	8,0	8	2,4	0	0,0	0	0,0	23	6,8	5	1,5	4	1,2	337
	2006	258	69,0	14	3,7	24	6,4	38	10,2	7	1,9	1	0,3	1	0,3	30	8,0	0	0,0	1	0,3	374
es	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	280
Hommes	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	329
문	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	256
	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	281
	2011	199	70,8	6	2,1	15	5,3	23	8,2	12	4,3	0	0,0	1	0,4	18	6,4	4	1,4	3	1,1	281
	2012 avec NAM	187	78,2	7	2,0	7	2,9	12	5,0	10	4,2	0	0,0	0	0,0	16	6,7	0	0,0	0	0,0	239
	2012 sans NAM	9	36,0	0	0,0	0	0,0	14	56,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	25
	Sous-total	2 280	70,3	106	3,3	222	6,8	256	7,9	95	2,9	1	0,0	3	0,1	243	7,5	24	0,7	15	0,5	3245
	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	47
	2003					22	25,0	46	52,3	10	11,4	0	0,0	0	0,0	8	9,1	0	0,0	2	2,3	88
	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	87
	2005					13	15,7	36	43,4	15	18,1	0	0,0	0	0,0	16	19,3	0	0,0	3	3,6	83
	2006					17	21,0	27	33,3	20	24,7	0	0,0	1	1,2	15	18,5	0	0,0	1	1,2	81
es	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	56
Femmes	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	60
F	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	51
	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	60
	2011					5	12,5	17	42,5	10	25,0	0	0,0	0	0,0	6	15.0	0	0,0	2	5,0	40
	2012 avec NAM					7	16,7	16	38,1	11	26,2	0	0,0	0	0,0	6	14,3	0	0,0	2	5,0	42
	2012 sans NAM					0	0,0	11	84,6	1	7,7	0	0,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	0	0,0	13
	Sous-total					117	16,5	320	45,2	136	19,2	0	0,0	2	0,3	114	16,1	1	0,1	18	2,5	708
	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	230
	2003	223	50,3	18	4,1	70	15,8	70	15,8	22	5,0	0	0,0	0	0,0	33	7,5	5	1,1	2	0,5	443
	2004	194	49,5	14	3,6	40	10,2	71	18,1	20	5,1	0	0,0	1	0,3	43	11,0	5	1,3	4	1,0	392
	2005	234	55,7	9	2,1	40	9,5	63	15,0	23	5,5	0	0,0	0	0,0	39	9,3	5	1,2	7	1,7	420
9	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	456
es	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	336
	2008	237	60,9	15	3,9	23	5,9	45	11,6	33	8,5	0	0,0	0	0,0	31	8,0	1	0,3	4	1,0	389
Tous	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	307
	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	341
	2011	199	62,0	6	1,9	20	6,2	40	12,5	22	6,9	0	0,0	1	0,3	24	7,5	4	1,3	5	1,6	321
	2012 avec NAM	187	66,6	7	2,5	14	5,0	28	10,0	21	7,5	0	0,0	0	0,0	22	7,8	0	0,0	2	0	281
	2012 sans NAM	9	23,7	0	0,0	0	0,0	25	65,8	2	5,3	0	0,0	0	0,0	2	5,3	0	0,0	0	0,0	38
TO	ΓAL	2 280	57,7	106	2,7	339	8,6	576	14,6	231	5,7	1	0,0	5	0,1	357	9,0	25	0,6	33	0,8	3953

Source: Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2013. Données transmises par R. Bitera le 2 octobre 2013.

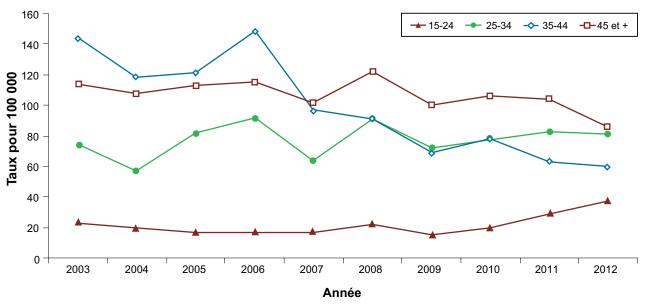
Rel Hétéro autre fact risque : personnes hétérosexuelles non originaires de pays endémiques, avec d'autre facteur de risque comme multi part, travail du sexe etc.

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). À partir d'avril 2012, les cas sans NAM ont pu être enregistrés au Programme. Les sous-totaux et totaux présenté incluent les cas sans NAM enregistrés en 2012

^{*} 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.

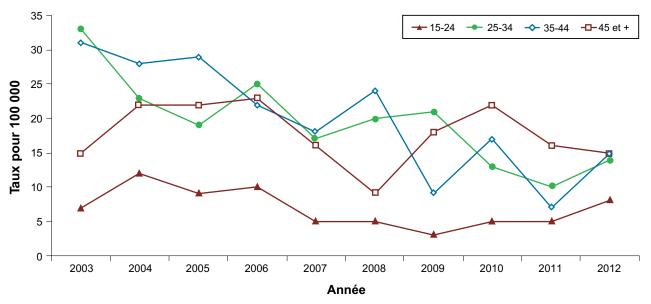
Rel Hétéro part à risque: relations sexuelles avec partenaire ayant un des risques suivants: VIH+, or pays end, UDI, HARSAH, receveur transfusion ou facteur de coagulation.

Figure 22: Nombre de nouveaux diagnostics enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, de 2003 à 2012, selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 ans et plus



Source: Programme de surveillance de l'infection par le VIH, Institut national de santé publique.

Figure 23: Nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, de 2003 à 2012, selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 ans et plus



Source: Programme de surveillance de l'infection par le VIH, Institut national de santé publique.

Tableau 13: Infection par le VIH: nombre de nouveaux diagnostics enregistrés et taux brut d'incidence*, selon la région, Québec, de 2008 à 2012

Dánian	200	8	200	9	201	0	201	1	2012	**	Va	ariation 2	2012-200	В
Région	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	8	4,0	2	1,0	2	1,0	2	1,0	8	4,0	0	0,0	0,0	-0,1
Saguenay—Lac-Saint-Jean**	2	0,7	3	1,1	4	1,5	2	0,7	5	1,9	3	150,0	1,1	152,2
Capitale-Nationale	28	4,1	24	3,5	24	3,5	28	4,0	31	4,4	3	10,7	0,3	7,8
Mauricie et Centre-du-Québec**	11	2,2	2	0,4	13	2,6	3	0,6	20	4,0	9	81,8	1,8	78,6
Estrie	7	2,3	7	2,3	5	1,6	13	4,2	5	1,6	-2	-28,6	-0,7	-30,3
Montréal**	249	13,1	182	9,5	215	11,2	192	9,9	178	9,1	-71	-28,5	-4,0	-30,3
Outaouais	4	1,1	10	2,8	8	2,2	14	3,8	4	1,1	0	0,0	-0,1	-4,7
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4	3	2,1	0	0,0	1	0,7	1	0,7	-1	-50,0	-0,7	-49,9
Côte-Nord	2	2,1	2	2,1	3	3,2	0	0,0	1	1,1	-1	-50,0	-1,0	-49,1
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	-1	ND	-1,1	ND
Chaudière-Appalaches	2	0,5	6	1,5	2	0,5	2	0,5	3	0,7	1	50,0	0,2	46,9
Laval**	12	3,1	17	4,3	16	4,0	17	4,2	11	2,7	-1	-8,3	-0,4	-13,2
Lanaudière	8	1,7	13	2,8	4	0,8	10	2,1	7	1,4	-1	-12,5	-0,3	-18,2
Laurentides	15	2,8	9	1,6	7	1,2	8	1,4	9	1,6	-6	-40,0	-1,2	-43,5
Montérégie**	38	2,7	26	1,8	38	2,6	27	1,8	36	2,4	-2	-5,3	-0,2	-9,1
Nunavik	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
Province de Québec	389	5,0	307	3,9	341	4,3	321	4,0	319	4,0	-70	-18,0	-1,0	-20,6

Source: Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2013.

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

^{**} Pour l'année 2012, le nombre inclus les cas sans NAM qui ont pu être enregistrés en 2012. Parmi ceux-ci, 28 étaient de la région 6, 6 de la région 16, 1 de la région 2, 1 de la région 4 et 2 de la région 13. Cette information doit être prise en compte dans l'interprétation de la variation pour ces régions.

ND: Non disponible; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base ou à l'année 2012. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

Commentaires

L'OMS⁴⁶ 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 de l'infection par le VIH, compte tenu des limites de ce système⁴⁷, la légère diminution du nombre annuel de nouveaux diagnostics, en cohérence avec une légère diminution 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 ainsi que prise en charge des cas détectés et approches comportementales plus appropriées, par exemple).

Toutefois, au cours des cinq dernières années, une moyenne annuelle de 335 nouveaux diagnostics a été enregistrée. Ce nombre reste en deçà du nombre réel de nouvelles infections puisque l'on évalue à environ 25% la proportion des personnes infectées n'étant pas au courant de leur état. De plus, l'augmentation des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans est particulièrement préoccupante.

Ainsi, plusieurs constats nous donnent à croire que les efforts devront être consolidés pour que la vision de l'OMS se concrétise un jour au Québec.

^{46.} 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].

^{47.} 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 sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs 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. Cela s'explique par une vulnérabilité physiologique ou sociale, par une prévalence et une incidence plus élevées à l'intérieur de ces groupes et par des pratiques qui augmentent le risque d'être exposé. Des données épidémiologiques détaillées concernant ces diverses populations se trouvent dans le *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec: Année 2011 (et projections 2012)*⁴⁸. Si le présent portrait se concentre sur la population des HARSAH, il contient néanmoins une brève revue des données relatives aux autres populations.

Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Selon l'EQSP 2008⁴⁹, 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.

Personne ne s'identifie comme un HARSAH, soit un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Cet acronyme est surtout utilisé dans les domaines de la recherche et de la santé publique. Il visait initialement à réduire la stigmatisation entourant l'infection par le VIH, que l'on associait aux homosexuels, en recentrant la notion de risque de transmission sur le comportement plutôt que sur l'orientation sexuelle. Il désigne les hommes qui s'identifient comme gais, bisexuels, transgenres ou bispirituels ainsi que les hétérosexuels qui ont des relations avec des hommes. L'acronyme HARSAH ne prend pas en compte ni l'appartenance à une communauté, ni le réseau social, ni la culture, ni l'orientation sexuelle. Or, plusieurs de ces facteurs affectent la vulnérabilité au VIH ou aux autres ITSS et doivent être pris en considération dans la planification et la mise en œuvre des activités visant la prévention.

Il n'existe pas de formulation simple permettant de capter la complexité et l'hétérogénéité d'une population ou d'un groupe de personnes. Les réalités des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes varient. Même les hommes qui s'identifient comme gais ne constituent pas un groupe homogène. Dans la présente section, l'expression hommes gais et autres HARSAH est fréquemment utilisée afin de refléter le fait que les hommes ayant participé aux études citées se définissaient en majorité comme gais ou homosexuels.

^{48.} S. VENNE et al., Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec: Année 2011 (et projections 2012), Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. «Analyses et surveillance», nº 43, 2013, 112 p.

^{49.} 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. Compilation des renseignements fournis dans le cadre de la vigie rehaussée, octobre 2013.

Certaines ITSS sont plus fréquentes chez les HARSAH, comme le démontrent les données du fichier des MADO et des renseignements recueillis au cours d'enquêtes épidémiologiques menées dans le cadre de vigies rehaussées. Parmi les cas de syphilis en phase infectieuse déclarés au Québec en 2012 chez des hommes âgés de 15 à 24 ans, 91 % concernaient des hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes⁵⁰. Parmi les cas de syphilis infectieuse déclarés dans la région de Montréal durant la période 2003-2012 (et pour lesquels une enquête complète a pu être effectuée), un peu plus de 9 cas sur 10 (94 %) concernaient des HARSAH, la proportion étant demeurée stable au cours des dix dernières années⁵¹.

Entre 2005 et 2012, pratiquement tous les cas (99%) déclarés de lymphogranulomatose vénérienne au Québec concernaient des HARSAH⁵². En 2005, 60% des cas masculins d'infection gonococcique déclarés au Québec se rapportaient à des HARSAH⁵³.

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 61% des nouveaux diagnostics de 2012 (64% si l'on inclut les HARSAH également UDI)⁵⁴.

Environ 67% des HARSAH québécois chez qui on a diagnostiqué une lymphogranulomatose vénérienne entre 2005 et 2012 étaient également infectés par le VIH⁵⁵. Durant la période 2003-2009, environ 50% des HARSAH de la région de Montréal pour qui avait été posé un diagnostic de syphilis en phase infectieuse étaient également infectés par le VIH; la proportion a diminué à 39% pour la période 2010-2012⁵⁶.

Plusieurs études sur les HARSAH ont été menées au Québec et ailleurs au Canada. La présente section résume certaines données récentes.

1. Enquête ARGUS

L'enquête ARGUS porte sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement (ITS) ainsi que sur les comportements à risque qui leur sont associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. La première enquête ARGUS a été menée en 2005. Les données présentées ici⁵⁷ ont été recueillies en 2008-2009 auprès de 1873 hommes gais et autres HARSAH âgés de 18 à 78 ans (l'âge moyen était 40,5 ans) rencontrés dans une variété de lieux de socialisation; les trois quarts (75%) d'entre eux résidaient sur l'île de Montréal.

- 50. Compilation des renseignements fournis dans le cadre de la vigie rehaussée, effectuée par Geneviève Gravel (Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux) en octobre 2013.
- 51. 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, 2012 (Communication personnelle).
- 52. Compilation des renseignements fournis dans le cadre de la vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne, effectuée par Geneviève Gravel (Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux) en octobre 2013.
- 53. P.R. ALLARD ET R. PARENT, op. cit.
- 54. R. BITERA et al., op. cit.
- 55. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne, 2005-2012: 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.
- 56. G. LAMBERT et C. TREMBLAY, op.cit.
- 57. G. LAMBERT et al., ARGUS 2008-2009: Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes Rapport synthèse, 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, 2012.

1.1 Comportements sexuels et de consommation de drogues

- Parmi les participants sexuellement actifs au cours des six derniers mois:
 - un peu moins de la moitié (44%) d'entre eux ont eu des relations sexuelles orales ou anales avec six partenaires ou plus;
 - le cinquième (21 %) d'entre eux ont eu des relations anales avec six partenaires sexuels ou plus;
 - près de 1 sur 5 (18%) a eu une relation anale non protégée par un condom avec un partenaire masculin « d'un soir » une fois ou plus;
 - respectivement 17%, 9% et 12% d'entre eux ont consommé de l'alcool, de la marijuana ou diverses drogues récréatives à l'occasion de 50% ou plus de leurs relations sexuelles.
- Environ 3 répondants 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.

1.2 Fréquence des ITSS et connaissance du statut

Infection par le VIH

- Selon l'étude, environ 1 répondant sur 7 (13,6%) était infecté par le VIH, soit une prévalence 56 fois plus élevée que celle qui est estimée pour l'ensemble de la population. La prévalence du VIH était de 24% chez les répondants qui avaient déjà fait usage de drogues par injection dans leur vie et de 13% chez ceux qui n'en avaient jamais fait usage.
- L'incidence calculée pour le cycle 2008-2009 était la même que celle qui avait été établie pour le cycle 2005 : environ 1,3% des HARSAH non infectés contracte le VIH chaque année.
- Jusqu'à 15% des répondants infectés par le VIH ignoraient leur infection. Parmi ceux qui ne savaient pas qu'ils étaient infectés, 1 répondant sur 10 n'avait jamais passé de test permettant de détecter l'infection par le VIH au cours de sa vie et 4 répondants sur 10 n'en avaient pas subi au cours des douze derniers mois.
- En ce qui a trait aux hommes gais et autres HARSAH qui se savaient infectés, 68% prenaient des médicaments contre le VIH au moment de l'enquête.

Infection par le VHC

- Environ 1 répondant sur 25 (3,8%) était porteur d'anticorps contre le VHC (la prévalence était de 30% chez ceux qui se sont déjà injecté des drogues et de 1,8% chez ceux qui ne l'ont jamais fait).
- Jusqu'à 18% des répondants infectés par le VHC ignoraient leur infection. Le tiers (34%) 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 (24%) 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'étude, une syphilis (résolue ou active) a été détectée chez près de 1 répondant sur 10 (8,5%).
- Le quart (26%) des répondants ont rapporté avoir reçu un diagnostic d'infection gonococcique de la part d'un médecin ou d'une infirmière une fois ou plus dans leur vie (5,4% ont reçu un diagnostic au cours des douze derniers mois) et 1 sur 7 (15%) a reçu un diagnostic de chlamydiose génitale 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 déjà reçu un diagnostic de verrues génitales (ou anales) et d'herpès génital (ou anal) dans leur vie.

1.3 Profils selon l'âge, le lieu de résidence et le statut sérologique au regard du VIH

Cette section fait état de la variation de quelques indicateurs selon l'âge des répondants, leur lieu de résidence et leur statut sérologique au regard du VIH. Les différences présentées sont demeurées statistiquement significatives après ajustement pour les caractéristiques sociodémographiques qui étaient associées à l'indicateur étudié (ex.: l'origine ethnoculturelle du répondant, le dernier niveau d'études complété, le revenu annuel personnel, l'orientation sexuelle, la vie en couple avec un homme ou, encore, le lieu de résidence).

Profil selon l'âge

- 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 ou plus d'avoir, au cours des six derniers mois:
 - eu des relations sexuelles avec une femme (22%, contre 14%) et une relation anale non protégée par un condom une fois ou plus avec un partenaire masculin (53%, contre 40%), mais ils étaient aussi susceptibles d'avoir eu des relations anales avec six partenaires masculins ou plus (24%) et une relation anale non protégée ou plus soit avec un partenaire « d'un soir », soit avec un partenaire de statut sérologique positif ou inconnu au regard du VIH (33%, contre 31%);
 - rencontré un « nouveau » partenaire sexuel dans un circuit party (11 %, contre 5 %) ou dans des bars gais (48 %, contre 34 %) et recherché un partenaire sexuel sur Internet une fois par mois ou plus au cours des six derniers mois (38 %, contre 27 %), mais ils étaient moins susceptibles d'avoir rencontré un « nouveau » partenaire sexuel dans un sauna (24 %, contre 39 %) et d'avoir donné de l'argent en échange de relation sexuelle (3 %, contre 7 %);
 - été sous l'effet des amphétamines pendant leurs relations sexuelles la moitié des fois ou plus (2,1 %, contre 0,5 %);
 - prisé de la cocaïne (32%, contre 16%) ou de la kétamine (14%, contre 6%) une fois ou plus;
 - rapporté avoir reçu un diagnostic d'infection gonococcique (5,5%, contre 3,4%) ou de chlamydiose génitale (4,2%, contre 2,1%) de la part d'un médecin ou d'une infirmière une fois ou plus au cours des douze derniers mois.
- La prévalence de l'infection au VIH était de 4,5 % chez les répondants âgés de 18 à 29 ans, de 17 % chez les 30 à 49 ans et de 15,2 % chez les 50 ans ou plus.
- La prévalence de la syphilis (infection résolue ou active) était de 3,1 % chez les répondants âgés de 18 à 29 ans, de 9,1 % chez les 30 à 49 ans et de 12,3 % chez les 50 ans ou plus.

Profil selon le lieu de résidence

- Parmi les HARSAH non infectés par le VIH (ou de statut sérologique inconnu), les répondants qui résidaient à Montréal étaient plus susceptibles que ceux qui habitaient ailleurs d'avoir, au cours des six derniers mois:
 - eu des relations sexuelles anales avec six partenaires sexuels masculins ou plus (27%, contre 17%), mais ils étaient aussi susceptibles d'avoir eu des relations anales non protégées soit avec des partenaires « d'un soir », soit avec des partenaires de statut sérologique positif ou inconnu au regard du VIH (33%, contre 28%), et moins susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles avec une femme (14%, contre 23%);
 - rencontré un nouveau partenaire sexuel dans un bar gai (40 %, contre 31 %), avoir donné de l'argent en échange de relation sexuelle (7 %, contre 4 %), mais ils étaient moins susceptibles d'avoir rencontré de nouveaux partenaires masculins résidents du Québec en dehors de leur région de résidence (27 %, contre 40 %);
 - été sous l'effet de l'ecstasy (18%, contre 9%), du GHB (14%, contre 6%), d'amphétamines (9%, contre 5%) ou de la kétamine (7,5%, contre 2,5%) une fois ou plus pendant leurs relations sexuelles;
 - prisé de la cocaïne (23 %, contre 14 %) ou de la kétamine (10 %, contre 4 %) une fois ou plus.
- La prévalence du VIH 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 de la syphilis (infection résolue ou active) était de 9,3 % à Montréal, de 6,3 % dans la région métropolitaine de Montréal (sans l'île de Montréal) et de 6,0 % dans les autres régions du Québec.

Profil selon le statut sérologique en regard du VIH

Comparativement aux hommes qui se savaient non infectés ou qui ignoraient leur statut au regard du VIH, les hommes qui se savaient infectés par le VIH étaient **plus** susceptibles d'avoir, au cours des six derniers mois:

- eu des relations sexuelles « en groupe » (47 %, contre 31 %), des relations anales avec six partenaires masculins ou plus (50 %, contre 24 %) et des relations anales non protégées par un condom avec un partenaire masculin « d'un soir » une fois ou plus (38 %, contre 15 %);
- rencontré un ou des nouveaux partenaires sexuels dans un sauna (52%, contre 35%) et de nouveaux partenaires masculins résidents du Québec en dehors de leur région de résidence (40%, contre 31%);
- été sous l'effet des drogues récréatives telles que la marijuana (16%, contre 8%), les poppers (17%, contre 7%), l'ecstasy (7%, contre 1,6%), le GHB (6%, contre 1,4%) ou les amphétamines (4%, contre 1%) à l'occasion de la moitié ou plus de leurs relations sexuelles;
- prisé de la cocaïne (35%, contre 20%) ou de la kétamine (13%, contre 8%) une fois ou plus;
- rapporté avoir reçu un diagnostic d'infection gonococcique (14%, contre 4%) ou de chlamydiose génitale (10%, contre 3%) de la part d'un médecin ou d'une infirmière une fois ou plus.
- La prévalence de la syphilis (infection résolue ou active) était de 25 % chez les personnes infectées par le VIH et de 5,8 % chez les personnes non infectées par le VIH.

Tableau 14: Étude ARGUS 2008-2009 auprès d'HARSAH du Québec âgés de 18 ans ou plus Faits saillants

		N = 1873 %					
	Être âgé de moins de 30 ans	24,2					
	Résider sur le territoire de l'île de Montréal	75,0					
OONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	Avoir complété des études secondaires	85,5					
	S'identifier comme «canadien-français»	75,3					
RIENTATION SEXUELLE,	Se définir comme homosexuel ou gai	89,1					
IE SOCIALE GAIE ET HISTORIQUE	Compter 50 % ou plus d'hommes gais parmi ses amis	71,4					
'ABUS SEXUEL AU COURS DE SA VIE	Être en couple avec un homme depuis plus de six mois	33,0					
armi l'ensemble des répondants	Avoir vécu une forme de discrimination (injures, insultes, brimades, harcèlement,						
	rejet, violences physiques, agression sexuelle, etc.) à cause de son orientation sexuelle	22,7					
	ou de ses activités sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois						
	Avoir vécu un abus sexuel ou plus au cours de la vie	20,2					
CTIVITÉS SEXUELLES	Relations sexuelles orales ou anales avec un homme une fois ou plus au cours des six derniers mois	92,4					
armi l'ensemble des répondants	Relations sexuelles avec une femme une fois ou plus au cours des six derniers mois	16,8					
CTIVITÉS SEXUELLES	Relations sexuelles avec six partenaires sexuels masculins ou plus au cours	•					
armi les répondants ayant eu	des six derniers mois	44,4					
es relations sexuelles avec un homme	Relations sexuelles avec six partenaires sexuels masculins «d'un soir» ou plus au cours						
u cours des six derniers mois	des six derniers mois	32,4					
cours des six derniers mois	Relations sexuelles en «groupe» (relations sexuelles entre trois hommes ou plus en même temps) une fois ou plus au cours des six derniers mois	33,0					
	Relations anales avec six partenaires sexuels masculins ou plus au cours des six derniers mois	21,3					
	Relations anales non protégées (sans condom) avec un partenaire masculin une fois ou plus au cours des six derniers mois	44,5					
	Relations anales non protégées (sans condom) avec un partenaire masculin « d'un soir » une fois ou plus au cours des six derniers mois						
	Relations anales non protégées (sans condom) « intentionnellement » avec un partenaire						
	«d'un soir» une fois ou plus au cours des six derniers mois	11,6					
	Relations anales sans condom au moins une fois au cours des six derniers mois avec un partenaire sexuel considéré comme «à risque»: 1) partenaire «d'un soir»; 2) partenaire «occasionnel» ou partenaire «régulier» infecté par le VIH; 3) partenaire «occasionnel» ou partenaire «régulier» 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					
ONTEXTE DE RENCONTRE DE PARTENAIRE SEXUEL	Argent donné en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	6,2					
armi les répondants ayant eu	Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	5,2					
es relations sexuelles avec un homme	Rencontre d'un nouveau partenaire sexuel dans un sauna une fois ou plus au cours	•					
u cours des six derniers mois	des six derniers mois	41,6					
	Rencontre d'un nouveau partenaire sexuel par l'intermédiaire d'Internet une fois ou plus au cours des six derniers mois	35,0					
ONSOMMATION D'ALCOOL U DE DROGUES LORS DES RELATIONS	Sous l'effet de l'alcool lors des relations sexuelles, la moitié des fois ou plus au cours des six derniers mois	16,9					
EXUELLES DES SIX DERNIERS MOIS	Sous l'effet de la marijuana (<i>pot, hash, herbe</i>) lors des relations sexuelles, la moitié des fois ou plus au cours des six derniers mois	9,0					
Parmi les répondants ayant eu les relations sexuelles avec un homme	Sous l'effet de drogues récréatives (champignons, Ecstasy, kétamine, « <i>poppers</i> », GHB,	11,6					

			N = 1873 %					
HABITUDES GÉNÉRALES DE CONSOMMATION D'ALCOOL	des douze derniers mois	es quatre fois ou plus par semaine au cours	21,8					
TT DE DROGUES Parmi l'ensemble des répondants	Consommation de cocaïne par voie n des six derniers mois	nasale (sniffer) une fois ou plus au cours	22,0					
	Consommation de cocaïne par inhala des six derniers mois	ation (fumer) une fois ou plus au cours	6,9					
	Injection de drogues (autres que des	stéroïdes) une fois ou plus au cours des six derniers mois	3,4					
		iguille déjà utilisée par une autre personne au moins ois (parmi les répondants ayant consommé des drogues es, au cours des six derniers mois)	19,0					
	Injection de stéroïdes une fois ou plu	s au cours des six derniers mois	1,5					
RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ ET ANTÉCÉDENTS D'ITSS	Consultation d'un médecin pour un b des douze derniers mois	ilan général de santé ou pour un bilan ITSS au cours	65,5					
Parmi l'ensemble des répondants	Connaissance de son orientation sex (parmi les personnes ayant consulté	uelle par le médecin consulté un médecin au cours des douze derniers mois)	88,9					
	Réception d'un diagnostic d'une infe ou d'un(e) infirmier(e) au cours des d	ction gonococcique de la part d'un médecin louze derniers mois	5,4					
	d'un(e) infirmier(e) au cours des douz		3,6					
	des douze derniers mois	s de la part d'un médecin ou d'un(e) infirmier(e) au cours	2,9					
	Test de détection du VIH au cours de (parmi les répondants qui n'avaient p de 12 mois)	s douze derniers mois pas déjà eu un test positif avant le début de cette période	59,3					
	Test de détection de la syphilis au co	ours des douze derniers mois	42,8					
RECOURS AUX SERVICES PRÉVENTIFS	Réception d'au moins une dose de va	73,6						
Parmi l'ensemble des répondants	Prise de prophylaxie post-exposition sexuelle une fois ou plus au cours de la vie							
	Avoir lu sur Internet une information sécuritaire au cours des douze dernie	au sujet de la santé sexuelle, des ITS, du VIH ou du sexe ers mois	53,6					
	Avoir discuté dans un lieu de socialisa des ITS, du VIH au cours des douze de	ation avec un intervenant au sujet de la santé sexuelle, erniers mois	21,6					
	Avoir participé à une rencontre indivi de la santé sexuelle, des ITS, du VIH	duelle (counselling) avec un intervenant au sujet au cours des douze derniers mois	13,6					
	90 à 100 % des condoms utilisés au	bars, des saunas, des organismes communautaires, etc.) cours des six derniers mois condom au cours des six derniers mois)	38,6					
OPINIONS SUR L'INFECTION PAR LE VIH ÎÊTRE «MODÉRÉMENT» OU «TRÈS»	«Je me sens moins concerné par le médicaments anti-VIH sont disponibl	fait d'être infecté par le VIH maintenant que de meilleurs es»	9,8					
P'ACCORD) Parmi l'ensemble des répondants	«Un homme infecté par le VIH qui pro de transmettre le VIH»	end des médicaments anti-VIH diminue ses chances	20,7					
	«Je suis fatigué de me faire dire de p	porter des condoms »	12,4					
	«Les médicaments anti-VIH contribu- sécuritaires des personnes séroposit	ent à un relâchement au niveau des pratiques sexuelles ives»	39,4					
PRÉVALENCE DES ITSS	Prévalence du VIH parmi l'ensemble des répondants							
	Ignorance de son statut VIH positif	parmi les personnes dont le test VIH lors de l'enquête était positif	14,5					
	Prévalence du VHC	parmi les utilisateurs de drogues par injection (infection résolue ou active)	30,7					
	Prévalence du VHC parmi les non utilisateurs de drogues par injection							
	Prévalence de la syphilis parmi l'ensemble des répondants (infection résolue ou active)							

Source: G. LAMBERT et al., ARGUS 2008-2009: Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes, Rapport synthèse, 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, 2012.

2. Projet SPOT

SPOT est un projet de recherche et d'intervention multidisciplinaire qui offre un test de dépistage du VIH, gratuit et anonyme, aux hommes gais et aux autres HARSAH vivant dans la région de Montréal. L'intervention est offerte en milieu communautaire, dans les locaux de SPOT. La rencontre a lieu avec un intervenant et un infirmier, ou avec un infirmier seulement. L'analyse présentée ici⁵⁸ porte sur un échantillon de 1740 répondants qui ont rempli le questionnaire entre 2009 et 2012. Elle compare les répondants âgés de 18 à 29 ans à ceux de 30 ans ou plus par régression linéaire univariée.

Par comparaison avec les répondants âgés de 30 ans ou plus, les hommes gais et les autres HARSAH de 18 à 29 ans étaient:

- plus susceptibles d'avoir eu un partenaire régulier dans les trois derniers mois (55 %, contre 48 %), moins susceptibles d'avoir eu un partenaire séropositif au VIH (8 %, contre 11 %) et il n'y avait pas de différences par rapport aux hommes plus âgés en ce qui concerne soit les partenaires occasionnels ou d'un soir, soit les partenaires de statut séronégatif ou inconnu;
- plus susceptibles de rapporter des rencontres dans les bars (30%, contre 25%), mais moins susceptibles de rapporter des rencontres dans les saunas (15%, contre 29%) et il n'y avait pas de différence en ce qui concerne les rencontres sur l'Internet (50%, contre 49%);
- moins susceptibles d'avoir consommé des drogues récréatives à l'occasion de leurs relations sexuelles (26%, contre 37%), mais plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool (65%, contre 53%).

Il n'y avait pas de différences entre les deux groupes d'âge au sujet des relations anales non protégées avec des partenaires séropositifs ou de statut sérologique inconnu et des relations sexuelles avec une femme (une fois ou plus dans les trois derniers mois), ni sur le fait d'avoir passé un test de dépistage dans les douze derniers mois.

Sur le plan des attitudes concernant le VIH et la prévention, les hommes de 18 à 29 ans étaient **moins** susceptibles de dire qu'ils étaient fatigués de toujours avoir à surveiller leurs activités sexuelles et **légèrement plus** susceptibles de se croire à risque au regard de l'infection par le VIH.

En ce qui concerne les contextes de vulnérabilité où le recours au condom semble être complexe, les hommes de 18 à 29 ans étaient **plus** enclins:

- à présumer que leur partenaire sexuel était du même statut qu'eux ou qu'il dévoilerait son statut s'il était séropositif;
- à rapporter avoir de la difficulté à utiliser le condom lorsqu'ils consomment de l'alcool ou des drogues ou lorsqu'ils ont des préoccupations dans la vie;
- à rapporter le manque d'accès aux condoms ou le fait de ne pas avoir pris de condom avec eux comme obstacle à son usage;
- à se sentir moins à l'aise de dire clairement à leurs partenaires qu'ils veulent utiliser le condom.

^{58.} J. OTIS, C. RODRIGUE et GROUPE DE RECHERCHE SPOT, Comparaison des caractéristiques et pratiques des participants de SPOT selon l'âge, 2013 (Communication personnelle).

Tableau 15: SPOT: Projet de recherche-intervention sur le dépistage rapide du VIH en milieu communautaire: faits saillants 2009-2012

		N = 1740
Données sociodémographiques	Âge (moyenne ± écart type)	33,8 ± 10,4
et recours au dépistage	Nés au Canada	62,4%
	S'identifient comme homosexuels ou gais	82,8 %
	Revenu de 30 000 \$ par année ou plus	55,9%
	Études post secondaires	82,6 %
	Avoir déjà passé un test de dépistage du VIH à vie	87,7%
	Avoir passé un test de dépistage du VIH dans les 12 derniers mois	45,6%
Au cours des 3 derniers mois	Être en relation de couple	44,9 %
	Relation sexuelle avec une femme	9,9%
	Nombre de partenaires (moyenne ± écart type)	5,33 ± 8,78
	Avoir eu, au moins un partenaire :	
	Régulier	50,7 %
	Occasionnel	47,2 %
	D'un soir	60,9%
	Séronégatif	54,0 %
	Statut inconnu	66,4 %
	Séropositif	10,5%
	Avoir eu une relation anale sans condom avec un partenaire séropositif ou de statut sérologique inconnu dans les trois derniers mois	29,4 %
	Avoir eu intentionnellement des relations anales non protégées avec un partenaire occasionnel ou d'un soir dans les trois derniers mois	15,9%
Avoir rencontré, dans les trois	Sur Internet	49,2%
derniers mois, au moins un partenaire	Dans un sauna	28,7 %
	Dans un bar	27,1 %
	Dans un lieu public	8,7 %
Avoir consommé, au moins une fois	De l'alcool	58,1 %
dans les trois derniers mois, dans	De la marijuana	21,9%
le contexte d'une relation sexuelle	Des drogues récréatives (Poppers, coke, ecstasy, speed, viagra, méthamphétamine, GHB ou kétamine)	32,6 %
	Avoir consommé des drogues par injection à vie	2,3 %
Perception du risque d'être infecté par le VIH	Se croire <i>Pas du tout Très peu ou peu</i> à risque d'être infecté par le VIH	46,4 %

Source: Otis, Joanne, Carl Rodrigue et l'équipe de SPOT. 2013. Comparaison des caractéristiques et pratiques des participants de SPOT selon l'âge. Communication personnelle.

3. Étude «Appel aux hommes »59

En 2011-2012, « Appel aux hommes » a procédé à une recherche canadienne transversale auprès d'HARSAH, par une entrevue téléphonique à l'aide d'une ligne sans frais, pour collecter de l'information sur une large gamme d'attitudes ou de comportements individuels ainsi que sur des enjeux et des déterminants sociaux connexes. Au total, 1562 appels ont été reçus, dont 1235 ont permis de faire des entrevues complètes ou partielles avec des hommes admissibles à participer. Les répondants avaient entre 16 et 89 ans (âge moyen: 45,4 ans ± 16,5 années).

Parmi les participants, 88 % sont nés au Canada et 26 % sont originaires du Québec; 34 % habitent Toronto, Montréal ou Vancouver; 33 % habitent une région rurale. Sur le plan de l'orientation sexuelle, 55 % des répondants s'identifient comme gais ou homosexuels, 36 % comme bisexuels et 4,1 % comme hétérosexuels. La moitié des répondants étaient célibataires, 19 % en couple ou mariés avec un homme et 17 % en couple ou mariés avec une femme. Le quart des répondants ont déclaré être de statut sérologique inconnu, tandis que 6,6 % ont dit être séropositifs au VIH et 67 %, être séronégatifs.

Au sujet de leurs comportements sexuels, 22 % ont rapporté avoir eu un seul partenaire dans les six derniers mois, 37 % ont dit avoir eu entre 2 et 5 partenaires, et 24 % ont déclaré avoir eu 6 partenaires ou plus. Les deux tiers (68 %) ont dit avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel. En outre, la moitié des répondants en relation avec un homme (51 %) et presque les deux tiers des répondants en relation avec une femme ont aussi rapporté avoir eu des relations sexuelles avec un partenaire occasionnel dans les six derniers mois.

Les hommes de moins de 50 ans recouraient davantage aux nouveaux médias qu'aux endroits commerciaux comme des bars pour chercher des partenaires sexuels, et c'était l'inverse pour les plus de 50 ans. Les hommes vivant en région rurale cherchaient moins fréquemment des partenaires sexuels que ceux des villes. Dans l'ensemble, l'Internet était le lieu de drague le plus souvent cité (50 % des répondants), suivi des bars (30 %) et des saunas (27 %). Un peu plus de 1 répondant sur 8 a cherché des partenaires à l'aide des applications pour téléphones mobiles (14 %).

En ce qui concerne l'usage du condom, 49 % des répondants ont rapporté toujours utiliser le condom pour leurs relations anales dans les six derniers mois. La proportion varie selon l'orientation sexuelle: elle est de 44 % pour les hommes qui s'identifient comme homosexuels, de 61 % pour les bisexuels et de 78 % pour les hétérosexuels.

Sur la question du dépistage du VIH, 35 % des répondants avaient passé un test dans les six derniers mois, 18 % l'avaient fait entre six mois et un an avant l'entrevue et 48 %, il y avait plus d'un an. La proportion des répondants ayant passé un test dans les six derniers mois varie selon les groupes d'âge : elle est de 53 % pour les moins de 30 ans, de 44 % pour les 30-39 ans et de 25 % pour les 40 ans ou plus.

Plusieurs autres résultats se trouvent sur le site de l'étude (http://appelauxhommes.ca/).

4. Étude «Sexe au présent»60

L'étude « Sexe au présent » est une enquête transversale canadienne menée par le Community Based Research Center sur les déterminants sociaux de la santé des hommes gais et bisexuels. La dernière collecte de données a eu lieu entre septembre 2011 et février 2012. Parmi les 8607 personnes ayant répondu au questionnaire sur l'Internet, on trouve 1049 répondants québécois. Ceux-ci habitaient principalement en milieu urbain (61%); 26% résidaient en banlieue et 9%, en milieu rural.

^{59.} T. MYERS et al., Male Call Canada Technical Report, Draft april 7, 2013, 70 p. [En ligne], http://appelauxhommes.ca/] (Consulté le 22 octobre 2013).

^{60.} Données tirées des rapports de l'étude, sur le site www.cbrc.net. Celles qui portent sur les répondants québécois ont été fournies par Terry Trussler, chercheur principal de l'étude (communication personnelle).

Parmi l'ensemble des répondants, 65 % s'identifiaient comme gais, 32 % comme bisexuels et 2 % comme hétérosexuels. La moyenne d'âge était de 43 ans (entre 12 et 84 ans). Le quart des répondants étaient en couple ou mariés avec un homme (26 %), 44 % étaient célibataires et 21 %, en couple ou mariés avec une femme. Sur le plan de la scolarité, 18 % avaient un diplôme d'études secondaires ou d'un niveau moins élevé et 34 % avaient fait des études universitaires.

Différentes questions portent sur les comportements ou les attitudes au cours des douze derniers mois. Parmi les répondants québécois:

- 29% ont rapporté avoir eu une relation anale non protégée ou plus avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu;
- 66% se percevaient à faible risque pour la transmission du VIH, 22% « à risque » et 12% n'étaient pas sûrs de leur niveau de risque;
- 63% ont utilisé l'Internet pour chercher des informations sur la santé sexuelle;
- 81% des répondants âgés de moins de 30 ans et 87% des 30 ans ou plus ont utilisé l'Internet pour la recherche de partenaires sexuels;
- 53% ont passé un test de dépistage des ITSS (54% en milieu urbain et 42% en milieu rural);
- 50% ont passé un test de dépistage du VIH (52% en milieu urbain et 39% en milieu rural), mais 30% des répondants de moins de 30 ans n'en ont jamais passé au cours de leur vie;
- 60% ont dévoilé leur orientation sexuelle à un professionnel de la santé dans le cadre de soins primaires.
 D'autres données et éléments d'analyse sont présentés (en anglais) sur le site du centre de recherche, (www.cbrc.net).

Commentaires

Au Québec, les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par l'infection au VIH, la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne; en outre, ils représentent une proportion très importante des cas d'infection gonococcique. Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH déclarés a légèrement diminué au cours des dernières années, mais il demeure très élevé et il a augmenté chez les jeunes HARSAH âgés de 15 à 24 ans depuis 2009⁶¹ (parallèlement, le nombre de cas de syphilis infectieuse chez des jeunes HARSAH âgés de moins de 30 ans était onze fois plus élevé en 2011 qu'il ne l'était en 2003⁶²). On estime qu'au Québec, un peu plus de 400 hommes gais et autres HARSAH contractent le VIH chaque année⁶³.

Vulnérabilité des hommes gais et des autres HARSAH au regard du VIH

Divers facteurs autres que l'adoption ou non de comportements sexuels sécuritaires contribuent à la vulnérabilité des HARSAH à l'infection par le VIH. D'abord, puisque cette infection est beaucoup plus fréquente chez les HARSAH que dans l'ensemble de la population, la possibilité pour un HARSAH d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire infecté est beaucoup plus grande. Ensuite, les relations anales réceptives comportent un risque de transmission dix-huit fois plus important que les relations vaginales réceptives. Enfin, le fait qu'une grande proportion d'hommes gais aient des relations anales réceptives (haut risque d'acquisition) et des relations anales insertives (haut risque de transmission) intensifie la propagation du VIH⁶⁴.

- 61. R. BITERA et al., op. cit.
- 62. G. LAMBERT et C. TREMBLAY, op.cit.
- 63. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, op. cit.
- 64. C. BEYRER et. al., «Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men», The Lancet, vol. 380, nº 9839, 28 juillet 2012, p. 367-377.

Dépistage

Il est encourageant de constater que la proportion des répondants de l'étude ARGUS ayant passé un test de détection du VIH au cours des douze derniers a nettement augmenté en 2008-2009 par rapport à 2005 (59 %, contre 46 %). « N'avoir rien fait qui puisse me mettre à risque de contracter le VIH » était la raison invoquée par 60 % des répondants qui n'avaient pas passé de test au cours des douze derniers mois. Or, une grande proportion de ceux-ci ont pourtant rapporté avoir rencontré un nouveau partenaire dans un sauna, eu des relations sexuelles « en groupe » ou eu des relations sexuelles avec six partenaires masculins ou plus au cours des six mois précédant l'enquête. Les trois quart des répondants de l'étude « Appel aux hommes » 65 ont indiqué considérer que leur risque de contracter le VIH était faible comme raison pour ne pas passer un test de dépistage. Les interventions visant à clarifier le niveau de risque associé aux différentes pratiques sexuelles pourrait avoir un effet sur le recours au dépistage ainsi que sur l'adoption et le maintien de pratiques sécuritaires.

Il est important d'offrir annuellement, à tous les hommes gais et aux autres HARSAH actifs sexuellement, un test de dépistage du VIH et des autres ITSS. Les hommes qui ont plusieurs partenaires ou qui ont des pratiques à risque pourraient bénéficier d'une plus grande fréquence de ce test (de deux à quatre par année)⁶⁶. Une détection accrue, à un stade précoce de l'infection, permettra de réduire la contagiosité et d'assurer une meilleure qualité de vie aux personnes infectées.

Usage du condom et contextes de vulnérabilité

Un HARSAH non infecté par le VIH sur trois (32%) et un HARSAH se sachant infecté sur deux (49%) 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. De plus, 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). Un même niveau de cette prise de risque a été rapporté récemment par les participants du projet SPOT et ceux de l'étude « Appel aux hommes ».

Au fil des recherches menées dans la communauté gaie depuis déjà presque vingt ans, quelques constats qui ont pu en être dégagés permettent de comprendre la complexité du recours ou non au condom⁶⁷.

- La lassitude ponctuelle à l'égard de ce qui relève du VIH et du condom ainsi qu'une baisse de la vigilance à cet égard expliquent certaines relations sexuelles sans condom.
- La relation entre l'usage de l'alcool ou de drogues dans un contexte de sexualité et la prise de risque est complexe. Chez certains, les effets désinhibiteurs altèrent de façon significative la motivation et la capacité à utiliser le condom de façon adéquate ou, encore, les drogues peuvent produire des effets recherchés qui s'entrecroisent avec une quête de sensations sexuelles fortes.
- 65. T. MYERS et al., op.cit.
- 66. SOUS-COMITÉ OPTIMISER LE DÉPISTAGE DU VIH, COMITÉ SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG, Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine: Avis, rédigé par M.C. Drouin, É. Fleury et M. Steben, [Montréal], Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2011, XXIV, 170 p., [En ligne], http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1324_OptimiserDepistageDiagnosticInfectionVIH.pdf] (Consulté le 4 novembre 2013).
- 67. J. OTIS, «Des quêtes et des hommes», Fugues, 26 septembre 2013, [En ligne], [http://fugues.com/main.cfm?l=fr&p=100_article&Article_ID=25436&rubrique_ID=272] (Consulté le 22 octobre 2013).

- Les préoccupations et les problèmes de la vie peuvent aussi jouer un rôle. Ils donnent l'impression d'avoir peu de contrôle sur sa vie ou engendrent un certain fatalisme par rapport au fait d'être éventuellement infecté par le VIH. Ils effacent temporairement l'importance de la protection ou font en sorte que la sexualité devient un exutoire.
- La quête de sensations fortes sur le plan sexuel comme la force du désir de l'autre, l'intensité de son excitation sexuelle et l'envie de diversifier ses expériences sexuelles en ce qui a trait aux partenaires, aux pratiques ou aux scénarios constituent un contexte où le condom est vu comme peu compatible.
- La quête d'intimité peut rendre difficile le recours au condom, particulièrement si l'on est en amour avec son partenaire ou, encore, s'il existe un potentiel amoureux ou relationnel. Comment introduire le condom dans une relation où la confiance et la complicité sont implicites, faciles, si rares et si précieuses? Les enjeux communicationnels restent importants.
- Le fait d'éprouver de la difficulté à prendre le leadership de la chorégraphie sexuelle et à faire connaître ses intentions quant à la protection, que ce soit de façon verbale ou non verbale, avant ou pendant la relation sexuelle, semble être associé à un recours moins systématique au condom. Dans ce contexte, les hommes laissent leur partenaire prendre les décisions.
- Les présomptions sur le statut sérologique des partenaires peuvent aussi jouer un rôle. Croire automatiquement que le partenaire est du même statut que soi, sinon «il me le dirait», «ça paraîtrait», «il proposerait le condom», peut influencer le choix de porter ou non le condom.
- En dernier lieu, la question de l'accès au condom au bon moment (il faut parfois avoir pensé en prendre un avec soi « au cas où ») reste un obstacle à l'usage du condom rapporté par certains hommes.

Au fil de sa trajectoire sexuelle, un homme gai ou un autre HARSAH aura possiblement rencontré toutes ces situations. Pour certains, elles peuvent mener à des pratiques à risque. Ces situations, ces obstacles ne sont pas uniques aux HARSAH. Il est possible de concevoir des stratégies adaptées à chacune de ces contextes pour favoriser les relations sexuelles sécuritaires⁶⁸.

La proportion des HARSAH vivant avec le VIH qui reçoivent un diagnostic pour d'autres ITSS met en lumière la nécessité de proposer des interventions adaptées à cette population afin de réduire à la fois les conséquences possibles de telles infections sur la santé de ces hommes et les risques de transmission.

L'utilisation du condom demeure une stratégie de prévention simple et efficace pour prévenir tant l'infection par le VIH que les autres ITS. Toutefois, les données issues des études démontrent que l'utilisation du condom chez les HARSAH n'est ni universelle ni systématique.

D'autres stratégies sont utilisées par les gais et autres HARSAH⁶⁹. Parmi ces méthodes, on trouve des pratiques sexuelles en fonction du statut sérologique des partenaires et de leur charge virale, le cas échéant, des ententes de sécurité négociées dans les relations de couple ou, encore, le recours à la prophylaxie post-exposition. L'efficacité de telles méthodes est toutefois limitée, notamment par la difficulté de connaître la situation réelle du partenaire au regard de son statut sérologique et de sa charge virale au moment de l'activité sexuelle. En outre, ces méthodes ne protègent pas contre la transmission des autres ITSS.

Il est urgent non seulement d'intensifier les efforts de prévention, mais aussi d'élargir et d'adapter la gamme des stratégies actuelles visant la prévention du VIH ou des autres ITSS aux réalités ainsi qu'aux pratiques diverses des hommes gais et des autres HARSAH.

⁶⁸ J. Otis et al., op.cit.

^{69.} Voir une analyse récente, faite dans le cadre du projet SPOT (http://www.aidsmap.com/Revisiting-the-safety-spectrum-how-gay-men-fall-into-different-risk-classes-for-HIV/page/2774627/).

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 population⁷⁰.

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. Les hausses récentes de la syphilis et de l'infection par le VIH chez les 15-24 ans sont également notables.

L'enquête sur la santé des étudiants du secondaire⁷¹, dont la collecte des données a eu lieu en 2010-2011, est la dernière enquête d'envergure nationale à inclure des informations sur le comportement sexuel. Il ressort de cette enquête que 37 % des élèves du secondaire âgés de 14 ans ou plus ont eu des relations sexuelles consensuelles; parmi ceux-ci, environ 3 sur 10 disent avoir eu des relations orales ou vaginales avec « 3 partenaires ou plus au cours de leur vie »; les deux tiers (68 %) des jeunes ayant eu des relations sexuelles vaginales rapportent avoir utilisé un condom pendant leur dernière relation de ce type.

Des travaux comparatifs menés tant au Québec qu'au Canada⁷² 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. De la comparaison entre les jeunes sexuellement actifs, il ressort ceci: les garçons sont plus susceptibles que les filles d'avoir eu plus d'un partenaire au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Enfin, la proportion des relations protégées par un condom est plus élevée lorsqu'il s'agit de partenaires occasionnels ou de partenaires « d'un soir ».

^{70.} INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Le bilan démographique du Québec: Édition 2012, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2012, 172 p.

^{71.} 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.

^{72.} 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, nº 1, mars 2012, p. 1-5 et M. BLAIS et al., «La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens: Regard critique sur le concept d'"hypersexualisation"», Globe – revue internationale d'études québécoises, vol. 12, nº 2, 2009, p. 23-46, [En ligne], < www.erudit.org/revue/globe/2009/v12/n2/1000705ar.pdf >.

Jeunes en difficulté

On estime qu'entre 4000 et 5000 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 Québec⁷³. Le nombre de jeunes de la rue à Montréal était de l'ordre de 5000 en 1996⁷⁴.

Des données recueillies récemment auprès de 186 **jeunes de la rue de Montréal**⁷⁵ âgés de 14 à 23 ans ont mis en lumière que pratiquement tous les jeunes de la rue (98%) ont déjà eu au moins une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire; plusieurs ont eu des relations sexuelles avec des partenaires du même sexe (soit 28% des hommes et 57% des femmes); les deux tiers (67%) ont été sous l'effet de drogues une fois ou plus au cours de leurs relations sexuelles des trois derniers mois; la moitié (49%) d'entre eux n'ont pas utilisé de condom pendant leur dernière relation sexuelle vaginale; enfin, le cinquième (20%) a reçu de l'argent en échange de relations sexuelles une fois ou plus dans sa vie.

Par ailleurs, le quart des participants (24%) s'étaient déjà injecté des drogues (20% l'ont fait au cours des douze derniers mois). Cette proportion est nettement plus faible que celles qui ont été établies dans deux précédentes études de cohorte menées également auprès des jeunes de la rue de Montréal (soit 47% et 46%)^{76,77}. Toutefois, l'injection de médicaments (pris à des fins non médicales) apparaît nettement plus élevée dans la présente étude: 55% des jeunes s'étant déjà piqué ont rapporté s'être déjà injecté du Dilaudid® alors qu'à leur entrée dans la cohorte, en 2004, 27% des jeunes s'étant déjà piqué rapportaient s'être déjà injecté des médicaments pour s'intoxiquer.

En ce qui a trait à la prévalence de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique et de la syphilis (infection résolue ou active), les taux sont respectivement de 6,2%, de 1,1% et de 1,7%. Deux jeunes étaient infectés par le VIH, soit 1,1% des 174 participants qui ont donné un échantillon sanguin, alors que 6,3% des jeunes avaient des anticorps contre l'infection par le VHC.

^{73.} 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.

^{74.} 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, Québec, Santé Québec, 1998, 25 p.

^{75.} P. LECLERC et al., Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, IX, 49 p.

^{76.} É. ROY et al., L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue: Rapport d'étape nº 4, Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, III, 38 p.

⁷⁷ É. ROY et al., Étude de cohorte sur l'infection au VIH chez les jeunes de la rue de Montréal: Rapport d'étape n° 2, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal; Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.

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 vie⁷⁸; les proportions sont respectivement de 2% et de 8% pour les cégépiens âgés de 18 ans ou moins⁷⁹, et de 1,3% et de 0,4% pour les jeunes ayant entre 15 et 17 ans de l'ensemble de la population⁸⁰. 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) par rapport aux jeunes Québécois en 5e secondaire (60%, contre 10%)⁸¹.

^{78.} 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.

^{79.} G. LAMBERT et al., Je passe le test: enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydiose sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal, rapport préliminaire, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, 30 p.

^{80.} L. CAZALE et P. LECLERC, op. cit.

^{81.} 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.

Personnes consommant des drogues par injection

L'EQSP 2008 a documenté que 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 personnes⁸². Selon une étude menée récente le nombre d'UDI résidant à Montréal se situerait entre 3 178 et 4 899⁸³.

Une réduction considérable de la taille de la population que forment les utilisateurs de drogues par injection (UDI) sur l'île de Montréal semble être survenue au cours des quinze dernières années. En effet, les estimations ont fait passer cette population de 11700 personnes (IC à 95%: 3178 à 4899) en 2009-2010 à 3908 personnes (IC à 95%: 3178 à 4899) en 2009-2010, soit une réduction des deux tiers (66,5%). Les hypothèses pouvant expliquer cette diminution seraient notamment une baisse des taux d'initiation à l'injection, une hausse du taux d'abandon de l'injection, le déplacement des personnes UDI de Montréal vers les autres régions, l'évolution du marché de la drogue (et des modes de consommation) ou une variété d'autres phénomènes. En fait, il est probable que la diminution observée soit attribuable à de multiples causes⁸⁴.

La proportion des participants à l'**étude SurvUDI**⁸⁵ ayant déclaré s'être injecté de la drogue 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 2012, soit une diminution statistiquement significative de plus de 50%. Cette baisse est très encourageante; les efforts doivent être poursuivis pour que l'objectif consistant en l'absence de partage de seringues puisse être atteint.

Une hausse importante de l'injection d'opioïdes médicamenteux s'observe dans le réseau SurvUDI depuis quelques années. Cette hausse est inquiétante car le risque de dépendance aux opioïdes médicamenteux est très grand. De plus, une forte 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, par conséquent, le risque d'infection par le VIH et le VHC⁸⁶.

La proportion des UDI qui contractent l'hépatite C annuellement (22,7 par 100 personnes-années en 2009) et celle des UDI porteurs d'anticorps contre l'hépatite C (70,5% en 2010, qui est la dernière année complète de recrutement) demeurent extrêmement élevées. L'incidence du VHC avait augmenté entre 2002 et 2008, mais une baisse a été observée en 2009. D'autre part, le taux d'incidence du VIH, considéré comme plutôt stable depuis 2002, ne diminue plus; il était de 1,7 par 100 personnes-années en 2010 (dernière année pour laquelle l'incidence a été calculée); toutefois, chez les jeunes UDI de moins de 25 ans, il a fortement augmenté entre 1995-2002 et 2003-2009.

Par ailleurs, une grande partie des personnes infectées ignorent leur condition (22 % des personnes infectées par le VHC et 23 % de celles qui sont infectés par le VIH). 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.

- 82. L. CAZALE et P. LECLERC, op. cit.
- 83. P. LECLERC, A. FALL et C. MORISSETTE, Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, 43 p.
- 84. Loc. cit.
- 85. 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.
- 86. E. ROY et al., «Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montréal», Drug and Alcohol Review, vol. 31, nº 1, janvier 2012, p. 72-80.

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; 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% et de 63,6%, contre 2,6% et 3,5%. Cette observation est aussi vraie pour l'infection par le VIH (taux de prévalence respectifs de 7,2% et de 20,6%, contre 0,5% et 0,0%)⁸⁷.

^{87.} 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].

Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique

Au moment du recensement canadien de 2006, on dénombrait 56750 immigrants nés en Haïti résidant au Québec. Près de 53750 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 17% des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH déclarés au Québec en 2012 et près de la moitié (47%) de ceux qui se rapportent aux femmes⁸⁸. 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)⁸⁹.

Dans le cadre d'une étude menée en 2007-2008 auprès de Québécois d'origine haïtienne âgés de 15 à 49 ans⁹⁰, un test de détection du VIH s'est révélé positif pour 2 des 789 participants (taux de 0,3%); ces deux personnes étaient nées en Haïti. Parmi les répondants recrutés dans les cliniques médicales et ayant déjà eu des relations sexuelles dans leur vie, le tiers (33%) des femmes et la moitié (54%) des hommes ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête. Parmi les répondants ayant eu au moins un partenaire « occasionnel » au cours des douze mois précédant l'enquête, 43% ont mentionné avoir « toujours » utilisé un condom avec leurs partenaires « occasionnels ». Ce constat d'un faible recours au condom pendant des relations sexuelles avec une partenaire occasionnelle ou d'un soir correspond à celui qui avait déjà été fait en 1994 auprès de la même population⁹¹. Les femmes étaient 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 disaient avoir eu une relation protégée, le condom était davantage fourni par les hommes.

^{88.} R. BITERA et al., op. cit.

^{89.} 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.

^{90.} G. JOSEPH et al., Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne: surveillance biologique et comportementale, 2e édition, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010, [8], IX, 67 p.

^{91.} 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 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'Ungava⁹².

Les régions du Nunavik (Inuit) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Eeyou Istchee) regroupent de fortes populations d'autochtones alors qu'en majorité, les 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 2012, le Nunavik affiche des taux de chlamydiose 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. Par contre, la syphilis infectieuse, l'hépatite C, l'hépatite B aiguë et l'infection par le VIH sont des infections rarement rapportées dans ces régions.

Hors des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, 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 ans⁹³. 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.

^{92.} 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].

^{93.} 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. Les Montréalais d'origine haïtienne et l'infection au VIH: Prévalence de l'infection au VIH, situations et comportements associés, Montréal, Direction de la santé publique, Régie de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 85 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. Estimations 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, 2012 (Communication personnelle avec le D' Chris Archibald).

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].

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

ANNAN, N.T., et al. « Rectal chlamydia – a reservoir of undiagnosed infection in men who have sex with men », Sexually Transmitted Infections, vol. 85, n° 3, juin 2009, p. 176-179.

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.

BEYRER, C., et al. « Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men », The Lancet, vol. 380, n° 9839, 28 juillet 2012, p. 367-377.

BITERA, R., et al. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec: cas cumulatifs 2002-2012, 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, 2013, 145 p., Communication avant publication.

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].

BLOUIN, K., et al. Rapport intégré: Épidémiologie des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, [Montréal], Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, XXVI, 183 p., [En ligne], http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1522_RappIntegreEpidemioITSSQc. pdf].

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.

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,* Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2012, 7 p.

CHAREST, L., et al. «Anal non-L Chlamydia trachomatis infection in men who have sex with men, at l'Actuel, Montreal, Quebec», Sexually Transmitted Infections, vol. 87, nº suppl. 1, juillet 2011, p. A144 (Présentation par affiches au Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

COMITÉ SUR LES ANALYSES DE LABORATOIRE RELATIVES AUX ITSS. Réponse sur le dépistage de Chlamydia trachomatis et de Neisseria gonorrhoeae à partir de sites extragénitaux, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2 octobre 2013, 38p. (Correspondance).

COMITÉ SUR LES ANALYSES DE LABORATOIRE RELATIVES AUX ITSS et LABORATOIRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. Résultats du sondage sur les analyses de laboratoires en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 33p.

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.

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, Québec, Santé Québec, 1998, 25 p.

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).

GRAVEL, G., et al. « Hausse importante des cas de lymphogranulomatose vénérienne en 2013 », FlashVigie, vol. 8, nº 7, septembre 2013, [En ligne], [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-271-02W-vol8_no7.pdf] (Consulté le 31 octobre 2013).

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

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Le bilan démographique du Québec: Édition 2012, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2012, 172 p.

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

LAMBERT, G., et al. 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 synthèse, 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, 2012.

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 chlamydiose sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal: Rapport préliminaire, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, 30 p.

LAMBERT, G., et C. TREMBLAY. Vigie intensifiée de la 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, 2012 (Communication personnelle).

LAMBERT, G., L. RINGUETTE et S. MINZUNZA. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2008 (et projections 2009),* Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. «Analyses et surveillance», nº 35, 2009, 97 p.

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.

LECLERC, P., A. FALL ET C. MORISSETTE. Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, 43 p.

LECLERC, P., et al. Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, IX, 49 p.

LEFEBVRE, B. Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec: Rapport 2012, [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2013, 37 p.

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^{er} 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^{er} janvier 2010 – 31 décembre 2011, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, 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., Rapport synthèse accessible en ligne, [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?rapports-et-recommandations].*

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].

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.

MYERS, T. et al. Male Call Canada Technical Report, Draft April 13, 2013, 70 p., [En ligne], [http://www.malecall.ca/MaleCall/wp-content/uploads/2012/03/Male-Call-Canada-Technical-Report_13April13_DRAFT.pdf] (Consulté le 22 octobre 2013).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Global Action Plan to Control the Spread and Impact of Antimicrobial Resistance in* Neisseria gonorrhoeae, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 2012, 32 p., [En ligne], [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503501_eng.pdf] (Consulté le 29 octobre 2013).

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].

OTIS, J. « Des quêtes et des hommes », *Fugues*, 26 septembre 2013, [En ligne], [http://fugues.com/main.cfm?l=fr&p=100_article&Article_ID=25436&rubrique_ID=272] (Consulté le 22 octobre 2013).

OTIS, J., C. RODRIGUE et GROUPE DE RECHERCHE SPOT. Comparaison des caractéristiques et pratiques des participants de SPOT selon l'âge, 2013 (Communication personnelle).

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, 2012, 74 p.

Parent, R., et al. Intervention de vigie sanitaire: Surveillance intensifiée de la syphilis infectieuse au Québec, 1^{er} août 2004 au 31 juillet 2005 –Rapport final, [Montréal], Institut national de santé publique du Québec et Bureau de surveillance et de vigie, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 11 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 avec Denis Ouellette et Johanne Nicole en date du 23 septembre 2013.

QUÉBEC. Loi sur la santé publique: LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} novembre 2013, [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].

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, nº 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, nº 3, septembre 2008, p. 1-5.

ROY, E., et al. « Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montréal », *Drug and Alcohol Review*, vol. 31, nº 1, janvier 2012, p. 72-80.

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.

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].

SOUS-COMITÉ OPTIMISER LE DÉPISTAGE DU VIH, COMITÉ SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG. Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine: Avis, rédigé par M.C. Drouin, É. Fleury et M. Steben, [Montréal], Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2011, XXIV, 170 p., [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1324_OptimiserDepistageDiagnosticInfectionVIH.pdf] (Consulté le 4 novembre 2013).

TINMOUTH, J., et al. « Is there a reservoir of sub-clinical lymphogranuloma venereum and non-LGV *Chlamydia trachomatis* infection in men who have sex with men? », *International Journal of STD and AIDS*, vol. 19, n° 12, décembre 2008, p. 805-809.

VENNE, S., et al., Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec: Année 2011 (et projections 2012), Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. «Analyses et surveillance», n° 43, 2013, 112 p.

VENNE, S. Sommaire du rapport d'analyse: Enquêtes épidémiologiques réalisées suite à une déclaration d'infection gonococcique, 1^{er} mars 2001 – 31 décembre 2001, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 10 p.

ANNEXE 1

NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2012

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2012

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx ⁶
< 1 an	1	2,2	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	4	1,0	1	0,3	0	0,0
10-14	5	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,9	0	0,0	0	0,0
15-19	902	369,8	100	41,0	0	0,0	44	18,0	8	3,3	2	0,8	6	2,5
20-24	2 473	936,5	351	132,9	0	0,0	108	40,9	16	6,1	28	10,6	31	11,7
25-29	1 457	561,1	305	117,5	1	0,4	98	37,7	47	18,1	38	14,6	25	9,6
30-34	782	272,7	211	73,6	1	0,3	96	33,5	101	35,2	71	24,8	56	19,5
35-39	376	139,3	128	47,4	3	1,1	58	21,5	101	37,4	70	25,9	31	11,5
40-44	249	93,7	98	36,9	0	0,0	62	23,3	72	27,1	102	38,4	29	10,9
45-49	203	64,9	112	35,8	2	0,6	70	22,4	50	16,0	131	41,9	38	12,2
50-54	98	30,5	52	16,2	0	0,0	38	11,8	39	12,1	153	47,6	28	8,7
55-64	69	12,8	50	9,3	2	0,4	52	9,7	69	12,8	173	32,2	15	3,5
65 et +	17	3,0	12	2,1	0	0,0	19	3,3	37	6,4	52	9,1	5	4,5
Inconnu	13		5		0		2		1		3		0	
Total	6 6 4 5	167,2	1 424	35,8	9	0,2	647	16,3	550	13,8	824	20,7	264	6,6

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).
- Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enegistrés en 2012 sont inclus.
 Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), Octobre 2013.
- 6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2012

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx ⁶
< 1 an	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	2	0,5	3	0,8	0	0,0	0	0,0	5	1,4	2	0,3	2	0,5
10-14	102	52,3	6	3,1	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,0	1	0,5
15-19	4512	1 939,4	196	84,2	0	0,0	6	2,6	9	3,9	5	2,9	0	0,0
20-24	5 228	2065,0	269	106,3	0	0,0	7	2,8	25	9,9	25	8,1	8	3,2
25-29	1 913	761,3	156	62,1	0	0,0	4	1,6	63	25,1	31	11,8	9	3,6
30-34	867	314,0	75	27,2	0	0,0	3	1,1	95	34,4	42	15,0	5	1,8
35-39	435	170,6	38	14,9	0	0,0	3	1,2	53	20,8	33	11,7	11	4,3
40-44	203	80,3	21	8,3	0	0,0	0	0,0	29	11,5	42	21,0	4	1,6
45-49	105	34,9	14	4,7	0	0,0	4	1,3	14	4,7	44	17,7	5	1,7
50-54	52	16,2	7	2,2	0	0,0	1	0,3	14	4,4	52	17,8	5	1,6
55-64	28	5,0	8	1,4	0	0,0	0	0,0	32	5,7	65	13,3	4	0,7
65 et +	3	0,4	1	0,1	0	0,0	0	0,0	31	4,3	54	5,8	1	0,7
Inconnu	9		3		0		0		2		5		0	
Total	13 459	333,5	797	19,7	0	0,0	28	0,7	373	9,2	401	9,9	55	1,4

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). Les cas sans NAM enegistrés en 2012 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), Octobre 2013.
- 6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2012

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx ⁶
< 1 an	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0	0	0,0
1-9	2	0,3	3	0,4	0	0,0	0	0,0	9	1,2	3	0,4	2	0,3
10-14	107	26,7	6	1,5	0	0,0	0	0,0	5	1,2	1	0,2	1	0,2
15-19	5 4 1 4	1 136,1	296	62,1	0	0,0	50	10,5	17	3,6	7	2,0	6	1,3
20-24	7704	1 489,5	623	120,4	0	0,0	117	22,6	41	7,9	53	9,7	39	7,5
25-29	3 371	659,7	462	90,4	1	0,2	103	20,2	110	21,5	69	14,6	34	6,7
30-34	1 650	293,1	286	50,8	1	0,2	99	17,6	196	34,8	114	18,3	61	10,8
35-39	812	154,7	166	31,6	3	0,6	61	11,6	154	29,3	103	23,1	42	8,0
40-44	453	87,4	119	23,0	0	0,0	62	12,0	101	19,5	144	30,0	33	6,4
45-49	309	50,4	126	20,5	2	0,3	74	12,1	64	10,4	175	34,0	43	7,0
50-54	150	23,4	59	9,2	0	0,0	39	6,1	53	8,3	205	35,3	33	5,1
55-64	97	8,8	58	5,3	2	0,2	52	4,7	101	9,2	238	20,7	19	2,1
65 et +	20	1,5	13	1,0	0	0,0	19	1,5	68	5,2	106	8,3	6	2,4
Inconnu	60		13		0		4		5		86		0	
Total	20150	251,6	2 2 3 0	27,8	9	0,1	680	8,5	925	11,5	1 304	16,3	319	4,0

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). Les cas sans NAM enegistrés en 2012 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), Octobre 2013.
- 6. Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

