



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

ANNÉE 2013 (ET PROJECTIONS 2014)

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

ANNÉE 2013 (ET PROJECTIONS 2014)

RAPPORT

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Novembre 2014

SOUS LA COORDINATION DE*

Karine Blouin, conseillère scientifique, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

AUTEURS

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

Gilles Lambert, médecin-conseil, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Karine Blouin, conseillère scientifique, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Raphaël Bitera, conseiller scientifique, Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Isabelle Petillot, technicienne administrative
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 2368-7118 (VERSION IMPRIMÉE)
ISSN : 2368-7126 (PDF)
ISBN : 978-2-550-71959-5 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-71960-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

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 d'où proviennent 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, notamment Sylfreed Minzunza (soutien au traitement informatique des données), Geneviève Gravel (données sur la vigie rehaussée de la syphilis chez les jeunes) et Marc Fiset (données sur la vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne). Nous remercions de même monsieur Richard Cloutier du Service de lutte contre les ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous soulignons la collaboration de nos collègues de l'Institut national de santé publique du Québec et du Laboratoire de santé publique du Québec notamment Brigitte Lefebvre pour les informations sur la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* au Québec. Des remerciements particuliers sont destinés à Michel Alary et à Raymond Parent pour avoir commenté la version préliminaire de ce document. Merci également à Élise Roy (Université de Sherbrooke – campus de Longueuil et Institut national de santé publique du Québec) ainsi que Pascale Leclerc de la direction de santé publique de Montréal pour la révision de la section sur les personnes UDI/SurvUDI.

Table des matières

Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	VII
Liste des sigles et acronymes	IX
Sommaire.....	1
1 Introduction	5
2 Notes méthodologiques	7
2.1 Détection et déclaration des cas	7
2.2 Cas anciens ou nouveaux.....	7
2.3 Extraction des données 1990-2013	7
2.4 Projections 2014	8
2.5 Calcul des taux	8
2.6 Site de l'infection	8
2.7 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale	9
3 Infections transmissibles sexuellement et par le sang	11
3.1 Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : la progression se poursuit chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge	11
3.2 Infection gonococcique : progression de la résistance à l'azithromycine en 2014	17
3.3 Syphilis infectieuse : amorce d'une diminution chez les hommes, mais progression soutenue chez les femmes en âge de procréer	26
3.4 Lymphogranulomatose vénérienne : les HARSAH particulièrement touchés par une recrudescence en 2013	37
3.5 Hépatite B : miser sur la vaccination	41
3.6 Hépatite C : encore 1 200 cas par année : améliorer l'accès au traitement pour prévenir les complications hépatiques	47
3.7 VIH : nombreux défis pour atteindre l'objectif de 0 transmission	51
4 Populations particulièrement touchées.....	65
4.1 Personnes consommant des drogues par injection	65
4.2 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	77
4.3 Jeunes âgés de 15 à 24 ans	81
4.4 Jeunes en difficulté	84
4.5 Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique.....	85
4.6 Autochtones.....	88
4.7 Travailleuses et travailleurs du sexe	89
Annexe 1 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2013	91

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence bruts de certaines ITSS, Québec, 2009, 2013 et projections pour 2014.....	3
Tableau 2	Taux d'incidence brut des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2013.....	4
Tableau 3	Effectifs de population par région sociosanitaire, 2013	4
Tableau 4	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p.....	15
Tableau 5	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux d'incidence bruts, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p.....	23
Tableau 6	Nombre de cas déclarés de syphilis de nature autre qu'infectieuse, selon le sexe, Québec, années 2009 et 2013	30
Tableau 7	Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux d'incidence bruts, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p	35
Tableau 8	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p	40
Tableau 9	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p (onglet2 VHB-C, tableau hépatite B)	45
Tableau 10	Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p	50
Tableau 11	Concentration des lymphocytes T CD4+ et charges virales chez les nouveaux et anciens diagnostics, 2013	53
Tableau 12	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 2013	56
Tableau 13	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 2013	57
Tableau 14	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 2013	59
Tableau 15	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics enregistrés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2009 à 2013	62
Tableau 16	Caractéristiques des participants, comportements d'injection et sexuels, fréquence du VIH et du VHC, dépistage, connaissance du statut d'infection et traitement, réseau SurvUDI, 1995-2012	72
Tableau 17	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les hommes, Québec, 2013	93
Tableau 18	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les femmes, Québec, 2013.....	94

Tableau 19	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2013.....	95
------------	--	----

Liste des figures

Figure 1	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, de 1994 à 2014p	13
Figure 2	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013	13
Figure 3	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2004 à 2014p	14
Figure 4	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2004 à 2014p	14
Figure 5	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1994 à 2014p	21
Figure 6	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013	21
Figure 7	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2004 à 2014p	22
Figure 8	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2004 à 2014p*	22
Figure 9	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, sexes réunis et hommes seulement, Québec, de 1994 à 2014p	31
Figure 10	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1994 à 2014p	32
Figure 11	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013	33
Figure 12	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2004 à 2014p	33
Figure 13	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2004 à 2014p	34
Figure 14	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2004 à 2014p	39
Figure 15	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2013	39
Figure 16	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1994 à 2014p	43
Figure 17	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013	44
Figure 18	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1994 à 2014p	44
Figure 19	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1994 à 2014p	48
Figure 20	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013	49
Figure 21	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2004 à 2014p	49

Figure 22	Nombre de nouveaux diagnostics enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, de 2004 à 2013, selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 ans et plus.....	61
Figure 23	Nombre de nouveaux diagnostics enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, de 2004 à 2013, selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 ans et plus.....	61
Figure 24	Tendances de l'utilisation de seringues et de matériel d'injection déjà utilisés par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2011	70
Figure 25	Tendances de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010	71

Liste des sigles et 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

Sommaire

Avec plus de 27 000 cas déclarés en 2013, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 74 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Certaines situations méritent une attention particulière :

- La hausse constante de l'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique, en particulier chez les jeunes de 15 à 24 ans, augmentation qui est plus prononcée chez les jeunes hommes.
 - L'augmentation importante et concomitante du nombre de tests de détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique effectués au Québec pourrait expliquer en bonne partie cette hausse de cas déclarés.
- Le défi important posé par la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement de cette infection.
- La proportion importante (40,5 %) d'infection gonococcique rectale ou pharyngée parmi les cas déclarés chez les hommes.
- L'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal touchant maintenant la plupart des régions du Québec.
- La recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne observée depuis le printemps 2013.
- La survenue constante de cas déclarés d'hépatite B au Québec, soulignant 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 déclaration d'environ 1 200 cas d'hépatite C encore cette année, venant élargir le bassin de personnes infectées et appuyer l'importance de l'accès au traitement pour prévenir les complications hépatiques.
- La diminution du nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH, mais une tendance à la hausse depuis 2009 chez les HARSAH de 15 à 24 ans. Ces tendances sont à suivre, mais à interpréter avec prudence.

Certaines situations en lien avec les populations particulièrement touchées par les ITSS méritent également d'être mentionnées :

- Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) sont parmi les plus vulnérables aux infections par l'hépatite C et par le VIH. La prévalence de l'hépatite C est extrêmement élevée dans ce groupe et plusieurs enjeux d'accès au traitement de l'hépatite C touchent cette population en particulier.
- Les HARSAH sont les plus affectés par la syphilis, l'infection par le VIH et la lymphogranulomatose vénérienne. 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.
- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 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.

- Les comportements à risque sont plus fréquents chez les jeunes en difficulté comparativement aux jeunes de 15 à 24 ans en général.
- Une proportion élevée de personnes des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones ne savent pas qu'elles sont infectées par le VIH.

La fréquence des ITSS plus élevée au sein de ces populations fait augmenter le risque d'être exposé à une personne infectée pour les personnes qui en font partie. Certains comportements sont plus fréquents chez ces populations (partage de seringues, relations anales non protégées et relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires)¹. Enfin, des facteurs psychosociaux ou comportementaux, notamment l'usage de drogues, la stigmatisation et l'homophobie, peuvent influencer à la baisse la capacité et la motivation des populations vulnérables à adopter ou à conserver des comportements sécuritaires ainsi qu'à recourir aux soins préventifs et curatifs recommandés.

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* :

- « Prévenir plus et mieux » : il faut poursuivre et intensifier les efforts relatifs à la prévention auprès de chacune des populations particulièrement touchées et adapter les stratégies et les approches de prévention aux diverses réalités de ces populations.
- « Dépister plus et mieux » et « Traiter plus et mieux » : en plus de poursuivre les efforts pour rendre le dépistage plus accessible et acceptable, il serait important de 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.
- « Assurer une intervention préventive auprès des personnes infectées et auprès de leurs partenaires sexuels » : il est essentiel que les professionnels de la santé discutent avec leurs patients de l'importance d'aviser leurs partenaires et qu'ils les soutiennent dans cette démarche. Une intervention plus intense et soutenue par un professionnel de santé publique spécifiquement formé à cet effet est également possible pour les cas prioritaires par les directions de santé publique.
- « Mieux connaître l'épidémiologie des ITSS » afin d'adapter l'intervention aux caractéristiques et aux besoins des personnes touchées ou à risque. Il faut mieux comprendre pour prévenir, dépister ainsi que traiter plus et mieux.

¹ Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. *Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH: une mise à jour : connaître son épidémie* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93397/1/9789242505825_fre.pdf?ua=1, 2013.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence bruts² de certaines ITSS, Québec, 2009, 2013 et projections pour 2014

Infections	Province de Québec					
	2009		2013		2014*	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bactériennes						
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	15 909	203,6	22 244	275,7	22 903	282,0
< 1 an – Sexes réunis**	9	10,3	8	9,3	7	7,7
15-24 ans – Hommes	2 525	498,6	3 897	770,3	4 033	807,5
15-24 ans – Femmes	8 116	1 677,8	10 402	2 151,1	10 514	2202,4
Lymphogranulomatose vénérienne	2	0,0	49	0,6	23	0,3
Infection gonococcique	1 878	24,0	2 646	32,8	3 186	39,2
< 1 an – Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	2	1,9
15-24 ans – Hommes	415	82,0	536	105,9	715	143,2
15-24 ans – Femmes	445	92,0	534	110,4	503	105,4
Syphilis infectieuse***	381	4,9	635	7,9	529	6,5
15-24 ans – Hommes	40	7,9	95	18,8	69	13,8
15-24 ans – Femmes	5	1,0	18	3,7	13	2,8
Syphilis congénitale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Virales						
Hépatite B[†]	957	12,3	944	11,7	939	11,6
aiguë	36	0,5	19	0,2	18	0,2
< 1 an – Sexes réunis	2	2,3	0	0,0	0	0,0
Hépatite C^{††}	1 672	21,4	1 245	15,4	1 217	15,0
< 1 an – Sexes réunis	3	3,4	1	1,2	3	3,8
Infection par le VIH^{†††}	307	3,9	358	4,4	nd	nd
Transmission mère-enfant [§]	0		5		nd	nd
HARSAH ^{§§}	199	nd	226	nd	nd	nd
Résultats d'études auprès de populations spécifiques						
UDI - incidence du VHC (anticorps)	1997-2012 : 23,2 pour 100 personnes-années (2007 : 26,4; 2008 : 26,0; 2009 : 18,5; 2010 : 17,2)					
UDI - incidence du VIH	1995-2012 : 2,4 pour 100 personnes-années (2007 : 1,5; 2008 : 1,1; 2009 : 0,8; 2010 : 1,2)					
HARSAH - incidence du VIH	2008-2009 : 1,3 pour 100 personnes-années					

* Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 9 août 2014).

** Pour ce groupe d'âge, comprend tous les cas d'infection à *C. trachomatis* (génitale, oculaire et pulmonaire).

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

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

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

††† Nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Pour l'année 2013, ce nombre inclut les 98 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédant 2012 où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.

§ Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

§§ Pour l'année 2013, le nombre inclut les 9 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédant 2012 où seuls les cas sans NAM pouvaient être enregistrés.

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.

² Taux pour 100 000 personnes.

Tableau 2 Taux d'incidence brut³ des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2013

Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse*		Hépatite B**		Hépatite C***		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx†
17	4 225,6	17	2 365,0	18	24,3	6	28,3	10	36,2	6	11,3
18	1 886,5	18	267,8	6	20,6	7	12,5	15	31,7	Qc	4,4
9	337,6	6	70,6	Qc	7,9	Qc	11,7	6	23,8	13	3,6
8	324,6	Qc	32,8	3	7,7	13	10,7	7	17,1	3	3,4
5	303,0	13	31,5	14	5,1	3	9,1	17	16,5	5	3,2
15	300,3	15	21,0	8	4,8	5	8,9	Qc	15,4	4	2,6
6	292,4	14	19,9	15	4,3	17	8,3	4	14,8	16	2,5
3	285,2	16	18,5	16	3,8	16	8,1	5	14,3	7	2,4
4	283,8	8	16,6	7	3,2	10	7,2	3	13,7	1	2,1
14	277,9	7	16,5	12	2,9	8	4,8	8	10,4	15	1,6
Qc	275,7	3	16,4	2	2,6	1	4,5	16	9,9	12	1,5
7	271,0	5	8,6	1	2,5	14	3,9	13	9,7	8	1,4
16	243,4	4	7,6	13	2,2	15	3,5	9	8,6	14	1,2
10	239,0	11	7,4	4	2,0	4	3,0	2	8,2	2	1,1
13	235,6	2	6,3	5	1,9	12	2,7	14	6,9	11	0,6
2	235,3	9	4,3	9	1,1	9	2,1	12	6,8	9	0
12	178,0	12	3,4	10	0,0	2	1,1	1	6,5	10	0
1	159,0	1	3,0	11	0,0	11	1,1	18	6,1	17	0
11	141,9	10	0,0	17	0,0	18	0,0	11	4,2	18	0

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

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

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

† Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2013. Ce nombre inclus les cas sans NAM qui ont pu être enregistrés en 2013.

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 29 juillet 2014.

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2014.

Tableau 3 Effectifs de population par région sociosanitaire, 2013

RSS	Région sociosanitaire	Effectifs population	RSS	Région sociosanitaire	Effectifs population
01	Bas-Saint-Laurent	201 309	10	Nord-du-Québec	13 806
02	Saguenay-Lac-Saint-Jean	269 396	11	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	94 419
03	Capitale-Nationale	701 512	12	Chaudière-Appalaches	411 828
04	Mauricie et Centre-du-Québec	501 352	13	Laval	412 161
05	Estrie	313 829	14	Lanaudière	491 839
06	Montréal	1 949 332	15	Laurentides	577 017
07	Outaouais	374 850	16	Montréal	1 487 772
08	Abitibi-Témiscamingue	144 774	17	Nunavik	12 093
09	Côte-Nord	93 597	18	Terres-Cries-de-la-Baie-James	16 433
			QC	Province de Québec	8 067 319

³ 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.

1 Introduction

Le présent portrait s'inscrit dans la continuité du *Programme national de santé publique*⁴ (mis à jour en 2008) et du quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec *L'épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*⁵, paru en 2010. 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 publique⁶. 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.

Cette année, en plus de présenter les principaux éléments de l'épidémiologie des ITSS au Québec, le portrait met l'accent en particulier sur la problématique du VIH et du VHC chez les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI).

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction générale de la santé publique (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 103 p.

⁵ Anctil, H. (2010) *L'épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang - Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux 73 p.

⁶ 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]. 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.

2 Notes méthodologiques

Les notes méthodologiques s'appliquent aux cas d'ITSS inscrits 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.

2.1 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.

2.2 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.

2.3 Extraction des données 1990-2013

Pour la période allant du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 2013, 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 5 août 2014 à l'exception des données de l'hépatite B qui ont été extraites le 29 septembre 2014. Pour les analyses selon le site de la maladie, l'extraction a été faite le 27 octobre 2014. Dans les quelques cas où la date d'extraction est différente de celles-ci, une mention est faite dans le texte.

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

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

2.4 Projections 2014

Les projections pour l'année 2014 reposent sur le nombre de cas survenus entre le 1^{er} janvier et le 9 août 2014, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-unis pour l'année 2014 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du fichier des MADO le 29 septembre 2014 – sauf celles qui concernent la syphilis, dont l'extraction a été effectuée le 27 octobre 2014.

2.5 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 études 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*⁷. 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.

2.6 Site de l'infection⁸

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 Directions de santé publique régionales et on ne

⁷ Götz, H.M., Hoebe, C.J.P.A., van Bergen, J.E.A.M., et collab., *High yield in reinfections during a chlamydia screening programme when automatically sending testkits after 6 months to previously infected* in 19th Biennial Conference Of The International Society For Sexually Transmitted Diseases Research, 2011, Sex Transm Dis.: Quebec City, Canada. p. A21-A22.

Hosenfeld, C.B., Workowski, K.A., Berman, S., et collab. (2009) Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. *Sexually transmitted diseases*, 36(8), 478-489.

⁸ Dans le registre des MADO, site de la maladie.

peut présumer que, dans chacune de celles-ci, on inscribe tous les sites pour lesquels le résultat est positif. En effet, certaines régions saisissent systématiquement un seul site même si un résultat positif est rapporté pour plusieurs sites avec une convention locale pour la hiérarchisation. De plus, certains questionnements peuvent se poser sur la validité des données puisque, par exemple, on retrouve 47 cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* et 2 cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MAD0 est le col utérin. Pour une meilleure analyse des données sur les sites où l'infection a été détectée, une meilleure standardisation de la saisie de cette variable est souhaitable.

2.7 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.

3 Infections transmissibles sexuellement et par le sang

3.1 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : la progression se poursuit chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge

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 209 % entre 1997 et 2013. Cette hausse touche les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge.

3.1.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS DÉCLARÉS EN 2013

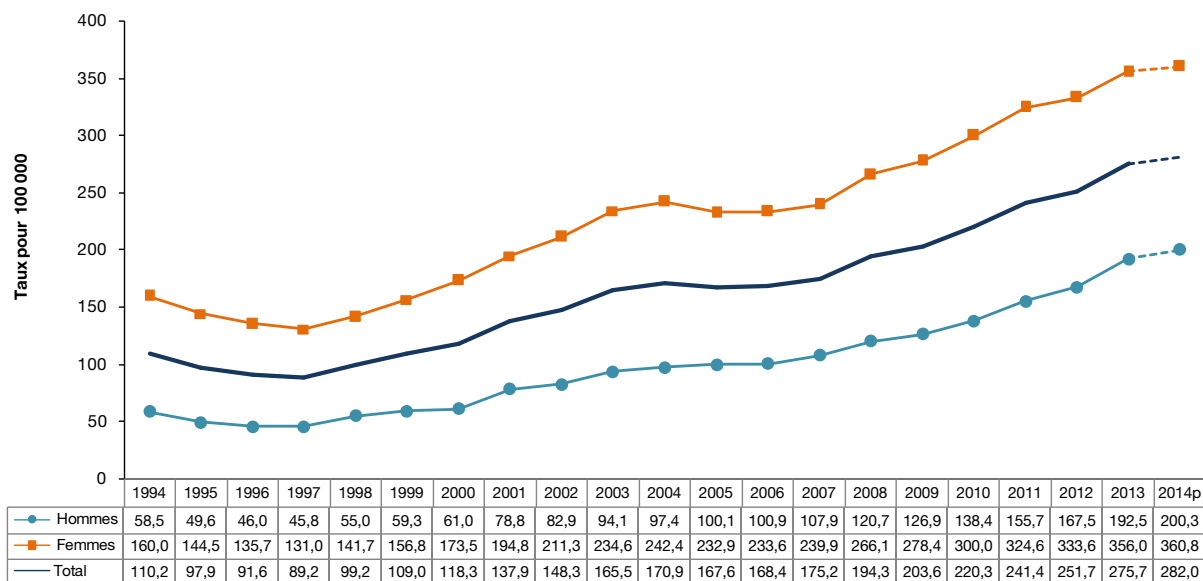
- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 22 244 cas déclarés en 2013 (taux de 275,7 pour 100 000 personnes), dont 65 % sont des femmes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 51 % des cas masculins et 72 % des cas féminins. Le taux d'incidence chez ces jeunes (770,3 pour 100 000) est 7 fois plus élevé que le taux d'incidence du reste de la population (110,9 pour 100 000).
- Parmi les hommes, ceux âgés de 20 à 24 ans ont les taux les plus élevés (1 049,5 pour 100 000). Les hommes de 15 à 19 ans ont des taux plus faibles (451,6 pour 100 000). Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont chez celles âgées de 15 à 24 ans (2 151,1 pour 100 000).
- Parmi les hommes, on compte 513 cas d'infection rectale, 51 cas d'infection pharyngée et 5 cas d'infection rectale et pharyngée. Les infections rectales représentent 6,7 % des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes au Québec; cette proportion atteint 17 % dans la région de Montréal.
- Parmi les femmes, on retrouve 23 cas d'infection rectale, 15 cas d'infection pharyngée et 1 cas d'infection rectale et pharyngée. Les infections rectales représentent 0,17 % des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes au Québec.
- 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 quinze et sept fois supérieurs à celui de la province. Dans les autres régions, les taux varient de 141,9 pour 100 000 (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) à 337,6 pour 100 000 (Côte-Nord). À l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ce sont la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue, l'Estrie, les Laurentides et Montréal qui enregistrent les taux les plus élevés. Les taux les plus faibles s'observent en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, dans le Bas-Saint-Laurent et en Chaudière-Appalaches.

3.1.2 TENDANCES DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES (2009-2013)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 35 % entre 2009 et 2013; cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+ 52 %) que chez les femmes (+ 28 %). La hausse a été de 9,5 % entre 2012 et 2013 et, selon les projections, les taux de 2014 seront supérieurs (+ 2,3 %) à ceux de 2013.
- En ce qui concerne les cas féminins, entre 2009 et 2013, on observe des hausses des taux d'incidence de 28 % chez les jeunes de 15 à 24 ans, de 39 % chez les femmes qui ont entre 25 et 29 ans, de 44 % chez celles qui ont entre 30 et 39 ans et de 45 % chez celles qui ont 40 ans ou plus.

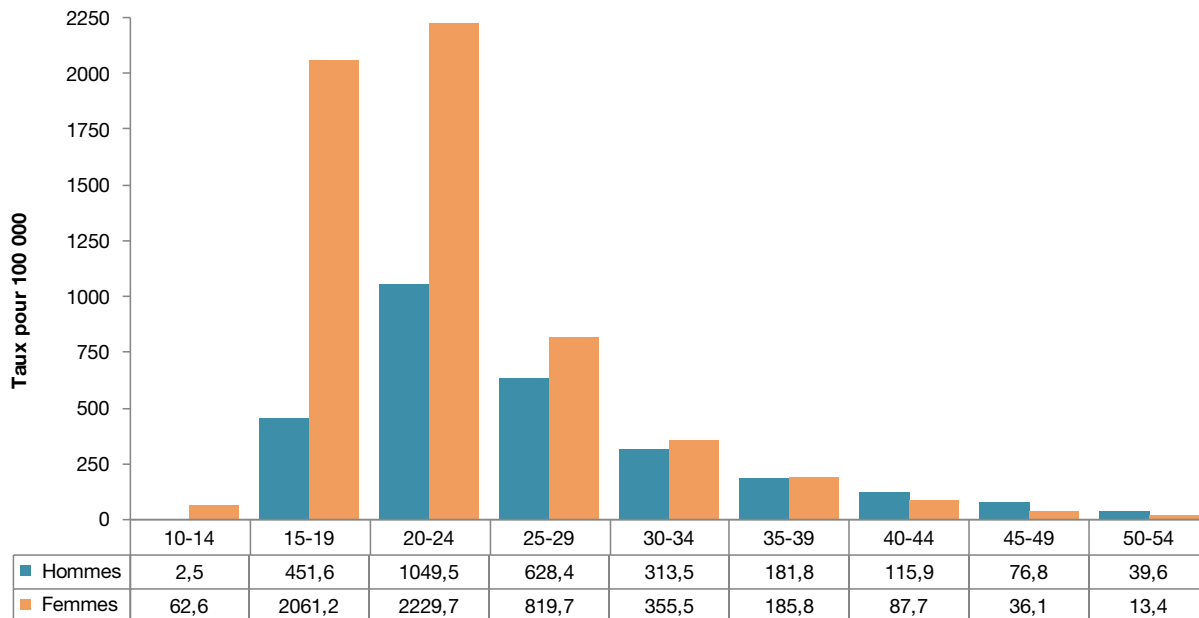
- Pour ce qui est des cas masculins, entre 2009 et 2013, on observe des hausses des taux d'incidence de 54,5 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, de 58 % chez les hommes de 25 à 29 ans et chez ceux de 30 à 39 ans et de 65 % chez ceux qui ont 40 ans ou plus.
- Entre 2009 et 2013, le nombre de déclarations de cas d'infection rectale à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes est passé de 141 à 518.
- Entre 2009 et 2013, une hausse des taux d'incidence s'observe dans toutes les régions sociosanitaires du Québec sauf pour deux régions (Nord-du-Québec et Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine) où le taux de 2013 est comparable à celui de 2009. Les hausses les plus importantes sont observées dans les régions du Nunavik (+ 97 %), de l'Abitibi-Témiscamingue (+ 75 %) et de Chaudière-Appalaches (+ 58 %).

Figure 1 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, de 1994 à 2014p⁹



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (1994 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

Figure 2 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence¹⁰ des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013

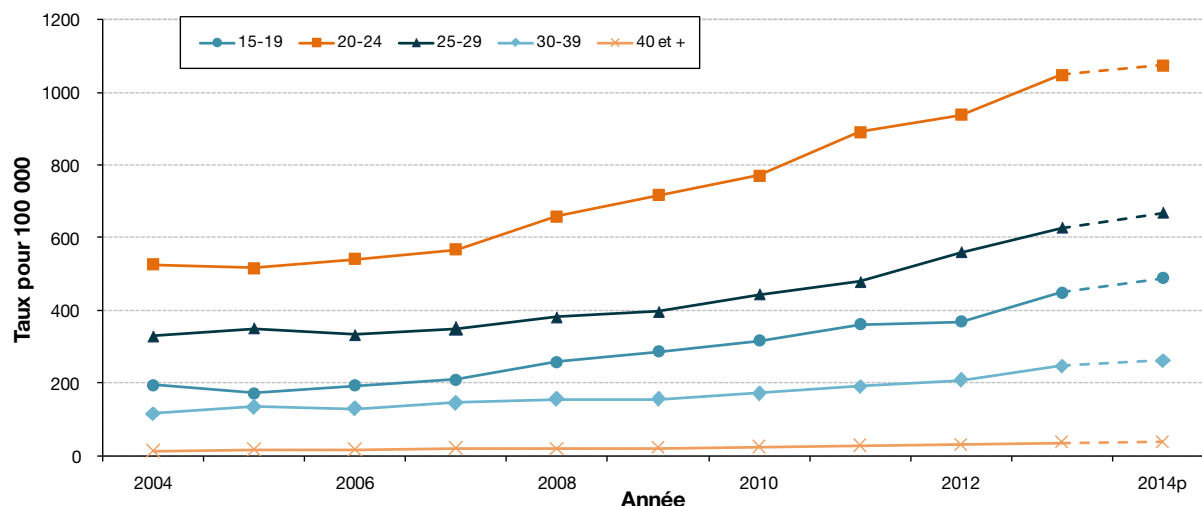


Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

⁹ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

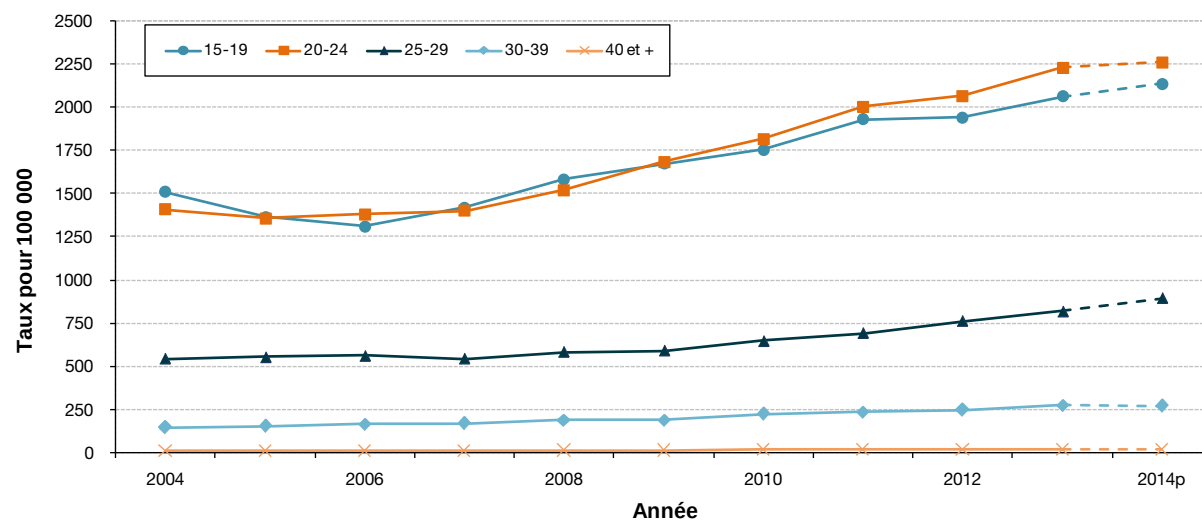
¹⁰ Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Figure 3 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2004 à 2014p¹¹



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 29 juillet 2014 (2004 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

Figure 4 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2004 à 2014p¹¹



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (1994 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

¹¹ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

Tableau 4 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence¹², selon la région, Québec, de 2009 à 2014p

Région	2009		2010		2011		2012		2013		Moyenne 2009-2013		2014p*		Variation 2013-2009			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	263	130,7	244	121,2	332	164,9	309,0	153,5	320	159,0	294	145,9	396	196,9	57	21,7	28,2	21,6
Saguenay-Lac-Saint-Jean	422	155,3	440	162,2	419	154,8	529,0	195,9	634	235,3	489	180,7	687	255,8	212	50,2	80,1	51,6
Capitale-Nationale	1 369	200,5	1 580	229,7	1 791	258,5	1 715	245,9	2001	285,2	1 685	244,0	1 970	279,3	632	46,2	84,8	42,3
Mauricie et Centre-du-Québec	1 052	213,6	1 054	213,0	1 435	288,7	1 396	279,6	1423	283,8	1 238	255,7	1 572	312,3	371	35,3	70,2	32,9
Estrie	699	228,2	766	248,4	888	286,2	813,0	260,5	951	303,0	823	265,3	862	273,1	252	36,1	74,9	32,8
Montréal	4 284	225,4	4 548	237,8	4 868	252,8	5 211	268,9	5700	292,4	4 992	255,5	5 848	298,4	1 416	33,1	67,0	29,7
Outaouais	864	241,9	938	259,0	948	258,5	930,0	250,7	1016	271,0	939	256,2	970	256,4	152	17,6	29,2	12,1
Abitibi-Témiscamingue	269	185,5	389	268,2	474	326,8	434,0	299,4	470	324,6	407	280,9	404	279,8	201	74,7	139,1	75,0
Côte-Nord	250	262,4	236	248,6	307	324,8	285,0	303,0	316	337,6	279	295,3	330	355,0	66	26,4	75,3	28,7
Nord-du-Québec	35	240,4	18	125,2	17	119,8	33,0	235,8	33	239,0	27	192,1	21	157,0	-2	-5,7	-1,4	-0,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	133	140,6	141	149,1	136	143,9	177,0	187,4	134	141,9	144	152,6	146	155,1	1	0,8	1,3	0,9
Chaudière-Appalaches	455	112,8	525	129,5	620	152,1	662,0	161,5	733	178,0	599	146,8	720	174,1	278	61,1	65,2	57,8
Laval	759	194,5	809	204,2	941	234,2	932,0	228,9	971	235,6	882	219,5	1 003	240,6	212	27,9	41,1	21,1
Lanaudière	906	197,0	1 093	233,4	1 185	248,7	1 165	240,5	1367	277,9	1 137	239,5	1 412	283,0	461	50,9	80,9	41,1
Laurentides	1 196	220,0	1 450	262,5	1 456	259,6	1 595	280,3	1733	300,3	1 465	264,6	1 817	310,7	537	44,9	80,4	36,5
Montréal	2 450	171,6	2 644	183,1	2 840	194,6	3 260	221,2	3621	243,4	3 036	202,8	3 819	254,5	1 171	47,8	71,8	41,9
Nunavik	248	2 150,2	228	1 947,4	250	2 107,9	382,0	3 186,3	511	4 225,6	324	2 723,5	508	4 172,1	263	106,0	2 075,4	96,5
Terres-Cries-de-la-Baie-James	250	1 633,1	254	1 625,2	277	1 739,7	334,0	2 062,8	310	1 886,5	285	1 789,5	416	2 497,7	60	24,0	253,4	15,5
Région non précisée	5		3		0		0		0		2		0		-5			
Province de Québec	15 909	203,6	17 360	220,3	19 184	241,4	20 162	251,7	22 244	275,7	18 972	238,5	22 903	282,0	6 335	39,8	72,1	35,4

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 29 juillet 2014 (2009-2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

* 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 9 août 2014).

Les chiffres en gras pour 2013 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2013 est inférieur ou égal à celui pour la période 2008 à 2012.

¹² Taux pour 100 000 personnes.

3.1.3 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 22 000 en 2013, ne cesse d'augmenter. Les femmes comptent encore pour la majorité des cas et les taux les plus élevés se trouvent chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans. Les taux les plus élevés chez les hommes se trouvent chez ceux de 20 à 29 ans.

Le taux d'incidence progresse dans tous les groupes d'âge, la hausse la plus forte survenant chez les hommes. Bien que le nombre absolu de cas soit le plus élevé chez les 15 à 29 ans, la hausse des taux d'incidence entre les années 2009 et 2013 a été plus importante chez les personnes de plus de 30 ans, particulièrement chez les hommes, avec des hausses de 58 % chez les hommes de 30 à 39 ans et de 65 % chez les hommes de 40 ans et plus. Parmi les cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés chez les hommes en 2013, 10 % étaient âgés de 40 ans et plus. Cette proportion était de 9 % en 2009 et de 7 % en 2000 (Chez les femmes, ces proportions étaient respectivement de 3 %, 2,4 % et 2 %). Une des hypothèses pour expliquer cette progression des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes de 40 ans et plus pourrait être le changement des pratiques de dépistage, notamment le dépistage de l'infection rectale chez les HARSAH.

Parallèlement à une augmentation de 35 % des cas déclarés entre 2009 et 2013, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec¹³ a crû de 37 % entre l'année 2008-2009 (416 939 tests) et l'année 2012-2013 (572 142 tests).

Le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par amplification des acides nucléiques (TAAN) à partir de spécimens urinaires a augmenté de 74 % au cours de cette période : 204 987 tests TAAN sur spécimens urinaires ont été effectués en 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 (p. ex. : spécimen urinaire, prélèvement vaginal). Ces modes de prélèvement facilitent le dépistage hors des milieux cliniques, à proximité de 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.

Depuis quelques années, les TAAN commencent à être utilisés pour la détection de *Chlamydia trachomatis* à partir de spécimens **rectaux**. Leur validité (sensibilité et spécificité) sur des spécimens rectaux a été démontrée, mais ils ne sont pas homologués actuellement au Canada pour cet usage¹⁴. La possibilité de détecter des cas d'infections rectales et pharyngées qui n'auraient pu être détectées auparavant est un autre élément qui contribue à l'augmentation des cas déclarés.

¹³ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle de Johanne Nicole, en date du 16 juillet 2014. À noter qu'il s'agit ici du nombre de tests et non du nombre de personnes ayant subi un test. Plus d'un test (par exemple à plusieurs sites) peut avoir été effectué pour une personne pour un même épisode.

¹⁴ Comité sur les analyses de laboratoire relatives aux ITSS, *Avis 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.

Il est donc raisonnable de croire qu'une bonne part de l'augmentation des taux d'incidence de cas déclarés de *Chlamydia trachomatis* découle de l'augmentation du nombre de tests effectués, de l'introduction de modalités de dépistage plus accessibles, du recours à des tests plus performants ainsi que de l'ajout récent de la possibilité de détecter aisément l'infection aux sites rectaux et pharyngés, plutôt que d'une augmentation de la fréquence réelle de cette infection au Québec, laquelle pourrait être relativement stable.

En ce qui concerne spécifiquement la hausse notable des infections rectales observée au cours des cinq dernières années, on doit considérer que les analyses permettant de les détecter sont maintenant beaucoup plus disponibles. Selon un sondage¹⁵ 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. Depuis 2012, cette proportion a probablement augmenté.

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 soient le résultat d'une augmentation du nombre de personnes 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. Des études au niveau international 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 %¹⁶. Aucune information n'est disponible au Québec à propos de l'infection à *C. trachomatis* chez les personnes UDI.

3.2 Infection gonococcique : progression de la résistance à l'azithromycine en 2014

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 et se poursuit en 2013 et 2014.

3.2.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS DÉCLARÉS EN 2013

- En 2013, 2 646 cas ont été déclarés (taux de 32,8 pour 100 000 personnes), dont 66 % sont des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 2 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 31 % des cas masculins et 60% des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1 pour 1.

¹⁵ 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, 39 p. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1763_Sondage_Analyse_Labo_ITSS.pdf.

¹⁶ Annan, N.T. et collab., Rectal chlamydia – a reservoir of undiagnosed infection in men who have sex with men, *Sexually Transmitted Infections*, vol. 85, no 3, juin 2009, p. 176-179.
Tinmouth J. et collab., 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, no 12, décembre 2008, p. 805-809.

- En ce qui concerne les cas masculins, les jeunes de 20 à 24 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (148,4 pour 100 000), soit un taux quatre fois supérieur à celui des hommes de l'ensemble des autres groupes d'âge (lequel se situe à 36,0 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 57,6 pour 100 000.
- Pour ce qui est des cas féminins, les taux les plus élevés se remarquent chez les femmes qui sont âgées de 20 à 24 ans (124,8 pour 100 000) et chez celles qui ont entre 15 et 19 ans (94,0 pour 100 000). Globalement, le taux d'incidence chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans (110,4 pour 100 000) est onze fois plus élevé que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge, qui est de 9,8 pour 100 000.
- Chez les hommes, on recense 303 cas d'infection gonococcique rectale, 395 cas d'infection gonococcique pharyngée et 8 infections rectales et pharyngées, pour un total de 706 infections rectales ou pharyngées, ce qui correspond à 40,5 % de l'ensemble des cas déclarés chez les hommes.
- Chez les femmes, on compte 5 infections gonococciques rectales et 50 infections pharyngées. Les infections rectales ou pharyngées représentent 6 % des cas déclarés chez des femmes.
- Un peu plus de la moitié (52 %) des cas ont été enregistrés dans la région de Montréal et le taux d'incidence des cas déclarés (70,6 pour 100 000 personnes) calculé pour Montréal est trois fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 20,7 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal¹⁷). L'analyse des données relatives à cette région permet de faire les autres constats suivants :
 - le rapport hommes/femmes est de 3,3 pour 1, alors qu'il est de 1,2 pour 1 pour le reste de la province (excluant Montréal);
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes (109,7 pour 100 000 personnes) est cinq fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 22,7 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (32,5 pour 100 000 personnes) est 1,8 fois plus élevé que celui observé dans le reste de la province (taux de 18,5 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
 - on retrouve dans la région de Montréal les trois quarts (78 %, 553 sur 706) des cas masculins d'infections rectales ou pharyngées déclarés au Québec. Une infection rectale ou pharyngée a été rapportée pour 53 % des cas déclarés d'infection gonococciques chez les hommes de Montréal.
- Les taux d'incidence de cas déclarés dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont respectivement 72 fois et 8 fois plus élevés que celui qui a été calculé pour l'ensemble du Québec.
- Les régions de Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal ont toutes un taux supérieur à celui de la province; la région de Laval a un taux similaire à celui de la province et chacune des autres régions a un taux inférieur à celui de la province.

¹⁷ Taux calculé à partir des données du registre des MADO extraites à l'infocentre le 29 septembre 2014.

3.2.2 TENDANCES DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES (2009-2013)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a augmenté de 36,5 % entre 2009 et 2013; cette hausse a été légèrement plus marquée chez les hommes (+ 38,5 %) que chez les femmes (+ 31,4 %). La hausse a été de 18 % entre 2012 et 2013 (21,6 % chez les hommes et 10,9 % chez les femmes) et, selon les projections, le taux de 2014 sera supérieur à celui de 2013 (hausse importante de 20 % observée exclusivement chez les hommes, en particulier les 20 à 29 ans).
- Entre 2009 et 2013, on observe une hausse du taux d'incidence des cas déclarés de 37,9 % chez les hommes âgés de 15 à 19 ans et de 19,7 % chez ceux de 20 à 24 ans. Des hausses plus importantes sont observées chez les hommes âgés de 25 à 29 ans (+ 56,2 %), de 30 à 39 ans (+ 53,3 %) et de 40 ans et plus (35,4 %).
- Chez les femmes, l'augmentation des taux d'incidence est de 3 % chez celles âgées de 15 à 19 ans et de 34,6 % chez celles de 20 à 24 ans. Des hausses plus importantes sont observées chez les femmes âgées de 25 à 29 ans (+ 49,2 %), 30 à 39 ans (+ 95,9 %) et de 40 ans et plus (+ 64,3 %).
- Au début des années 1990, le rapport hommes/femmes se situait autour de 2 pour 1. Il a ensuite augmenté et atteint 4,5 pour 1 en 2004. La hausse du nombre de cas féminins, plus importante au cours des dix dernières années, a rétabli le rapport hommes/femmes à 1,9 pour 1 en 2013.
- Au cours de la période 2009-2013, les hausses les plus importantes sont survenues dans deux régions où le nombre de cas était relativement faible : l'Estrie avec une hausse de 102,8 % passant de 13 à 27 cas, et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine avec une hausse de 600 % passant de 1 à 7 cas. Des hausses de 20 % à 69 % s'observent dans dix autres régions. Dans 4 régions (Bas-Saint-Laurent, Mauricie-Centre-du-Québec, Côte-Nord, et Chaudière-Appalaches), le nombre de cas a légèrement diminué (entre 1 et 5 cas de moins qu'en 2009). En Outaouais, la diminution est plus substantielle : 44 cas en moins par rapport à 2009 (soit une baisse de 44,3 %).
- En 2009, on comptait 110 infections gonococciques rectales et 68 infections gonococciques pharyngées chez les hommes; en 2013, on en compte respectivement 303 et 395 auxquelles s'ajoutent 8 infections rectales et pharyngées. Chez les femmes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 2 en 2009 à 5 en 2013 alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 5 à 50 au cours de la même période.

3.2.3 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 2013, les taux y sont extrêmement élevés, soit respectivement 72 fois et 8 fois le taux établi pour l'ensemble de la province¹⁸. Contrairement à la situation s'observant dans le reste de la province, la majorité des cas d'infection gonococcique concernent des femmes : 64 % (183/286) des cas déclarés au Nunavik et 66 % (29/44) de ceux qui l'ont été dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 56 % des cas au Nunavik et 73 % des cas dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James¹⁹.

¹⁸ À interpréter avec prudence, compte tenu des faibles dénominateurs populationnels.

¹⁹ Données du registre des MADO extraites à l'infocentre le 29 septembre 2014.

3.2.4 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.

En 2013²⁰, 24 % des cas d'infection gonococcique ont été détectés par culture, comparativement à 74 % en 2005. En 2013, le LSPQ a effectué des analyses de sensibilité sur 714 souches, dont 72 % avaient été isolées chez des hommes. Le rapport 2013²¹ sur la résistance aux antibiotiques des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec fait état des constats suivants :

- 39 % des souches analysées au LSPQ étaient résistantes à la **ciprofloxacine**²²;
- aucune souche n'était résistante à la **céfixime** selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), mais trois souches isolées (0,4 %) chez deux hommes et une femme démontraient une sensibilité réduite. De plus, 4,5 % des souches (4,5 % des souches isolées chez des hommes et 4,7 % des souches isolées chez des femmes) avaient des profils s'approchant du seuil de résistance à la céfixime même s'ils ne répondaient pas aux critères de sensibilité réduite de l'OMS;
- aucune souche n'était résistante à la **ceftriaxone** selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé, mais trois souches isolées chez des hommes présentaient une sensibilité réduite;
- on a compté 12 souches (1,7 %) résistantes à l'**azithromycine** en 2013 dont la majorité (83 %) avait été isolée chez des hommes de la région de Montréal et de la Montérégie, alors que deux souches avaient été isolées chez des femmes 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.

Progression de la résistance à l'azithromycine en 2014

Durant l'année 2014, la situation de la résistance à l'azithromycine a progressé de façon importante. En 2009, une résistance à cet antibiotique avait été observée pour 1 seule souche soit 0,3 % des souches étudiées. De 2010 à 2013, entre 1,0 et 1,7 % des souches testées se sont avérées résistantes. Pour l'année 2014, en date du 13 août 2014, 6,4 % (28/439) se sont avérées résistantes à l'azithromycine. La majorité (61 %) a été isolée chez des personnes résidentes de la région de Montréal. La majorité des cas sont des hommes (24/28) âgés de 19 à 53 ans (médiane : 25 ans). On retrouve aussi 4 cas chez des femmes âgées de 19 à 22 ans²³.

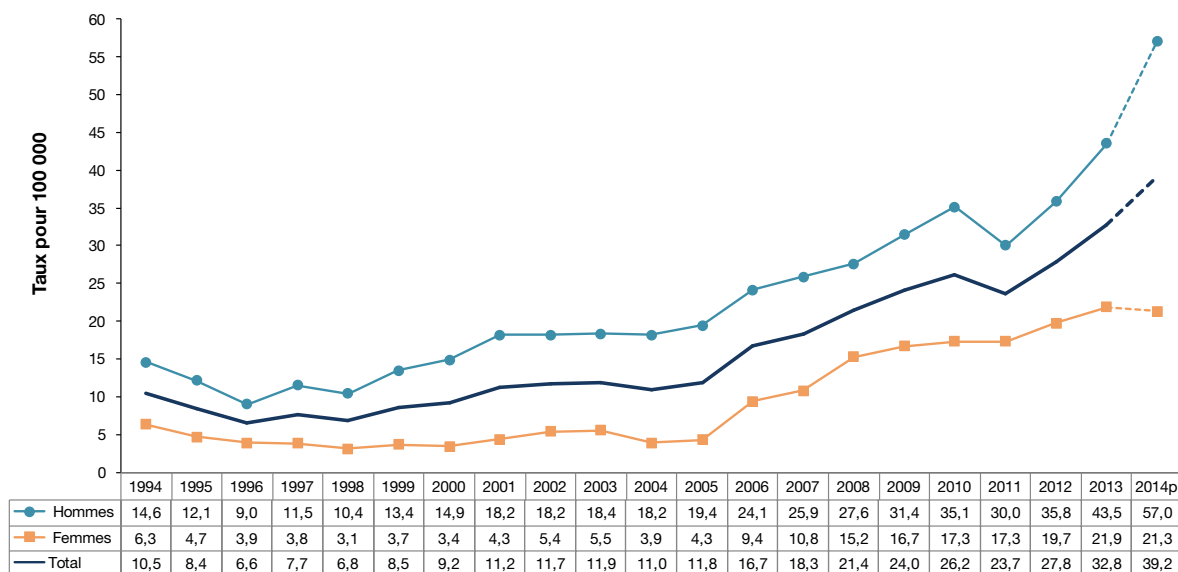
²⁰ Lefebvre, B., *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : Rapport 2013*, [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 37 p., [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/lspq/surveillance_epidemiologique/labovigilance.asp?Page=6a].

²¹ *Loc. cit.*

²² Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec.

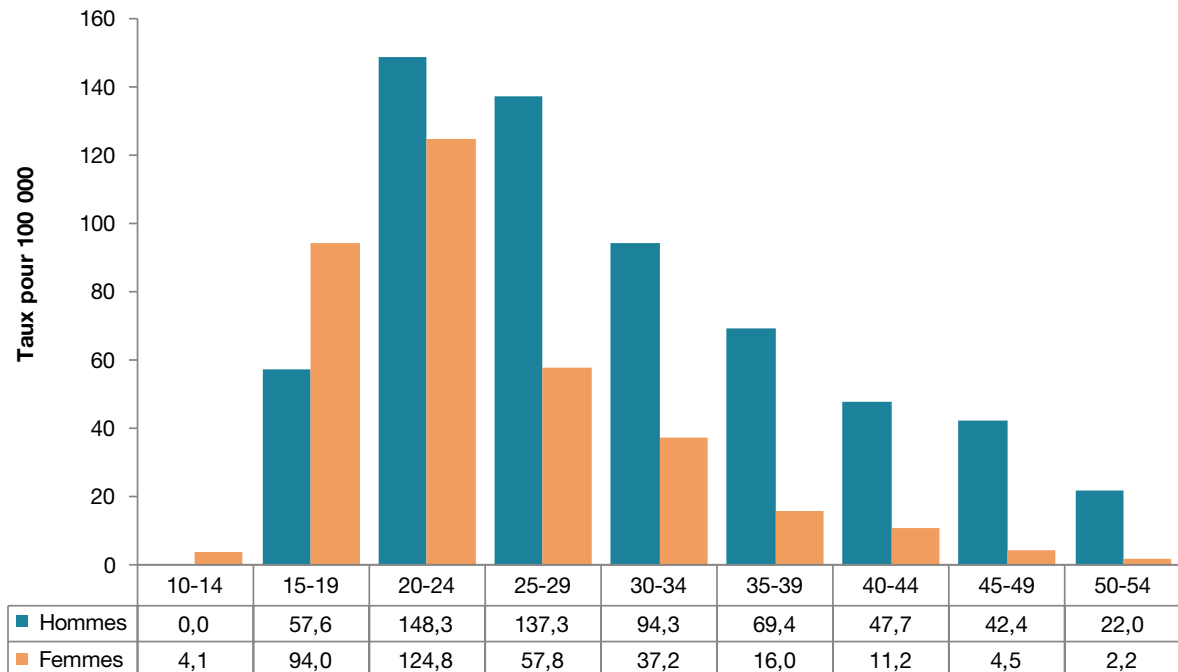
²³ Source : Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). *Programme de surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec*. 14 août 2014.

Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1994 à 2014p²⁴



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (2004 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés²⁵, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013

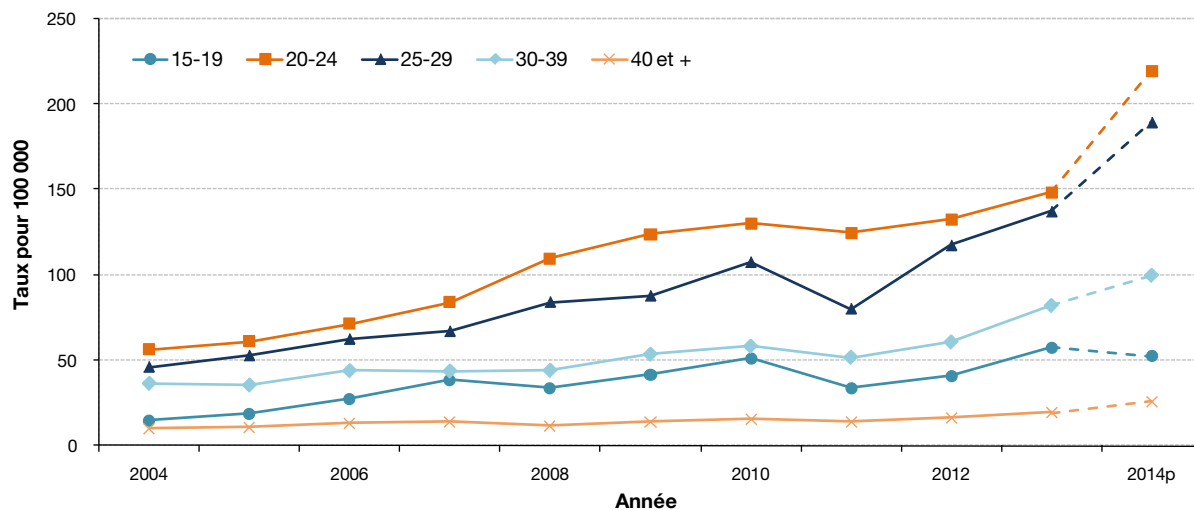


Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 29 juillet 2014.

²⁴ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

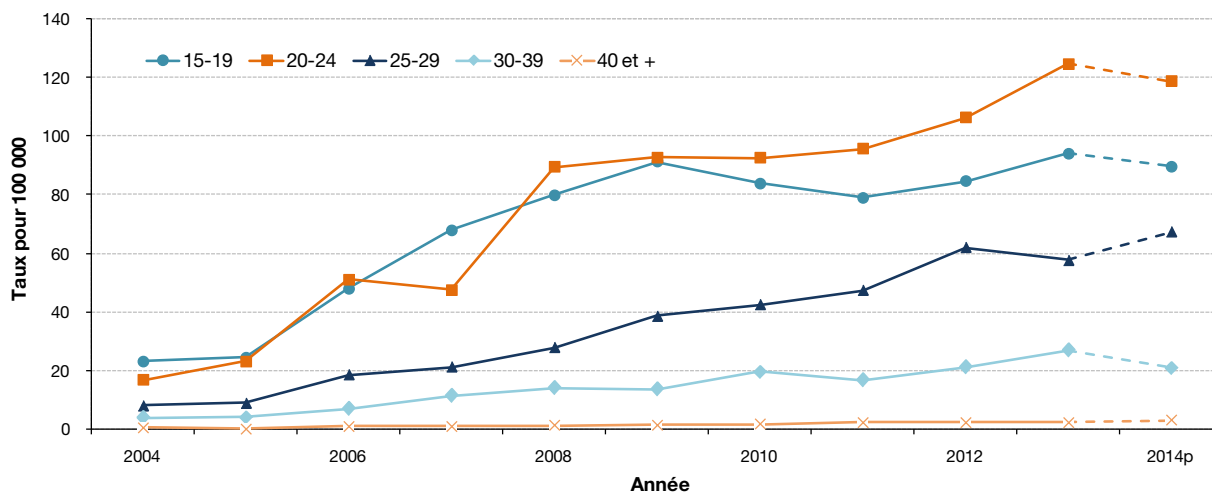
²⁵ Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2004 à 2014p²⁶



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (2004 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2004 à 2014p²⁶



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (2004 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

²⁶ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

Tableau 5 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux d'incidence bruts, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p²⁷

Région	2009		2010		2011		2012		2013		Moyenne 2009-2013		2014p*		Variation 2013-2009			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	8	4,0	7	3,5	6	3,0	16	8,0	6	3,0	9	4,3	10	4,9	-2	-25,0	-1,0	-25,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	14	5,2	34	12,5	20	7,4	17	6,3	17	6,3	20	7,5	28	10,4	3	21,4	1,2	22,5
Capitale-Nationale	70	10,3	138	20,1	108	15,6	165	23,7	115	16,4	119	17,2	163	23,1	45	64,3	6,1	59,9
Mauricie et Centre-du-Québec	42	8,5	23	4,7	30	6,0	40	8,0	38	7,6	35	7,0	81	16,0	-4	-9,5	-0,9	-11,1
Estrie	13	4,2	11	3,6	24	7,7	21	6,7	27	8,6	19	6,2	41	13,0	14	107,7	4,4	102,8
Montréal	981	51,6	1 020	53,3	855	44,4	1 077	55,6	1 377	70,6	918	55,1	1 631	83,2	396	40,4	19,0	36,8
Outaouais	106	29,7	71	19,6	59	16,1	59	15,9	62	16,5	71	19,6	90	23,9	-44	-41,5	-13,1	-44,3
Abitibi-Témiscamingue	23	15,9	25	17,2	13	9,0	32	22,1	24	16,6	23	16,1	23	15,9	1	4,3	0,7	4,5
Côte-Nord	5	5,3	7	7,4	1	1,1	1	1,1	4	4,3	4	3,8	10	10,6	-1	-20,0	-1,0	-18,7
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	35,7	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	4	4,2	5	5,3	4	4,2	7	7,4	4	4,4	5	5,2	6	600,0	6,4	599,1
Chaudière-Appalaches	19	4,7	22	5,4	21	5,2	15	3,7	14	3,4	18	4,5	28	6,8	-5	-26,3	-1,3	-27,8
Laval	84	21,5	85	21,5	111	27,6	84	20,6	130	31,5	99	24,6	128	30,8	46	54,8	10,0	46,6
Lanaudière	76	16,5	86	18,4	59	12,4	70	14,5	98	19,9	78	16,3	145	29,0	22	28,9	3,4	20,6
Laurentides	76	14,0	87	15,8	89	15,9	86	15,1	121	21,0	92	16,3	136	23,3	45	59,2	7,0	50,0
Montréal	156	10,9	224	15,5	235	16,1	222	15,1	275	18,5	222	15,2	403	26,8	119	76,3	7,6	69,2
Nunavik	175	1517,3	197	1682,6	205	1728,5	256	2 135,3	286	2365,0	224	1 823,4	215	1 768,8	111	63,4	847,7	55,9
Terres-Cries-de-la-Baie-James	28	182,9	24	153,6	43	270,1	57	352,0	44	267,8	39	245,3	49	296,2	16	57,1	84,8	46,4
Région non précisée	1		0		0		0		1		0		0		0			
Province de Québec	1 878	24,0	2 065	26,2	1 884	23,7	2 227	27,8	2 646	32,8	2 140	26,9	3 186	39,2	768	40,9	8,8	36,5

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 29 juillet 2014 (2009-2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

* 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 9 août 2014).

Les chiffres en gras pour 2013 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2013 est inférieur ou égal à celui pour la période 2008 à 2012.

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

²⁷ Taux pour 100 000 personnes.

3.2.5 COMMENTAIRES

La hausse des taux d'incidence d'infection gonococcique continue d'être plus marquée chez les hommes que chez les femmes, un phénomène similaire à celui observé pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

Tant chez les hommes que chez les femmes, les taux les plus élevés se trouvent chez les jeunes de 20 à 24 ans, ces taux n'étant cependant que légèrement supérieurs à ceux observés chez les jeunes de 15 à 19 ans. D'une façon générale, les cas féminins sont plus jeunes que les cas masculins.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la hausse des taux d'incidence de cas déclarés d'infection gonococcique, en particulier les changements des pratiques de dépistage et de détection des cas. Ainsi, parallèlement à une hausse de 36,5 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2009 et 2013, le nombre d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN a augmenté de 45 % entre 2008-2009 (307 035 recherches de *N. gonorrhoeae*) et 2012-2013 (533 697 recherches de *N. gonorrhoeae*)²⁸.

La progression du nombre d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN est particulièrement importante : elle a augmenté de 95 % entre 2008-2009 (225 135 recherche de NG par TAAN) et 2012-2013 (438 195 recherches de NG par TAAN)¹⁸.

Un élément pouvant contribuer à l'augmentation des cas détectés par TAAN 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'a pas été expressément prescrite par le médecin requérant²⁹.

La progression du nombre d'infections rectales et pharyngées est certainement liée à la capacité de détecter l'infection à ces sites à l'aide de tests beaucoup plus sensibles que la culture. Cette avancée technologique permet de détecter des cas qui n'auraient pu l'être auparavant, notamment les cas déclarés pour lesquels l'anus/rectum ou le pharynx constituait le seul site où l'infection était présente.

En parallèle de l'augmentation du nombre d'analyses par TAAN, le nombre de recherches de *Neisseria gonorrhoeae* par culture a diminué de 33 % entre 2008-2009 (141 900 cultures) et 2012-2013 (95 502 cultures). Pour l'année 2012-2013, les cultures de *Neisseria gonorrhoeae* correspondent à 18 % de l'ensemble des tests de détection de l'infection gonococcique réalisés au Québec. Cette proportion était de 39 % en 2008-2009 et de 82 % en 2000-2001. Elle a été de 15 % en 2013-2014, le nombre de culture (86 958 cultures effectuées) ayant diminué de 9 % par rapport à l'année précédente.

Les résultats de vigies rehaussées antérieures (2001 et 2005-2006) ont mis en évidence qu'une forte proportion (environ 60 %) des cas masculins d'infection gonococcique concernait des HARSAH. On ne peut présumer que cette proportion est demeurée la même en 2013, mais il est raisonnable de penser que les HARSAH sont encore particulièrement touchés par l'infection gonococcique en

²⁸ 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.*

²⁹ 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, 39 p. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1763_Sondage_Analyse_Labo_ITSS.pdf.

s'appuyant sur le fait que 40,5 % des infections détectées chez les hommes l'ont été à partir de sites extra-génitaux fréquemment impliqués dans les pratiques sexuelles des HARSAH.

La résistance aux antibiotiques

La résistance aux antibiotiques a 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 (INESS) a publié en janvier 2012 et mis à jour en août 2013 des guides pharmacologiques sur le traitement des ITSS³⁰, incluant le traitement de l'infection gonococcique. La progression de la résistance à l'azithromycine constitue une barrière additionnelle, notamment pour le traitement des personnes allergiques aux céphalosporines.

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, particulièrement dans le contexte d'une émergence concomitante de la résistance à l'azithromycine.

La surveillance de la résistance aux antibiotiques permet d'ajuster les recommandations thérapeutiques. Compte tenu de l'augmentation du nombre de cas déclarés d'infection gonococcique, le nombre de souches disponibles pour analyse permet encore d'assurer une surveillance adéquate de la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae*. Toutefois, de moins en moins de cas d'infection gonococcique sont détectés par culture et le nombre de souches acheminées au LSPQ pour une analyse de sensibilité risque de diminuer à mesure que l'utilisation des TAAN augmentera. La diminution observée du nombre de cultures 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'OMS³¹, 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.

La hausse des taux d'incidence d'infection gonococcique est d'autant plus préoccupante qu'elle se produit dans un contexte de progression de la résistance, notamment de l'augmentation récente de la résistance à l'azithromycine et de signes annonciateurs d'une émergence éventuelle de la résistance aux céphalosporines de troisième génération (cas de résistance et d'échecs aux traitements rapportés dans la littérature, observation au Québec comme ailleurs, de souches avec sensibilité réduites et souches avec CMI s'approchant des seuils de résistance observées).

³⁰ Consulter le site Web de l'Institut pour connaître ses plus récentes recommandations concernant le traitement des ITSS (www.inesss.qc.ca/index.php).

³¹ 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).

3.3 Syphilis infectieuse : amorce d'une diminution chez les hommes, mais progression soutenue chez les femmes en âge de procréer

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. La presque totalité des cas touche des hommes, particulièrement des HARSAH.

3.3.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS DÉCLARÉS EN 2013

- Au total, 635 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2013 (taux de 7,9 pour 100 000 personnes); parmi ceux-ci, 25 % étaient des cas de syphilis primaire, 33 % des cas de syphilis secondaire et 42 % des cas de syphilis latente précoce.
- La presque totalité des cas (95 %) concerne des hommes; on compte 29 femmes, toutes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans).
- Pour ce qui est des cas masculins, 16 % sont âgés de 15 à 24 ans, 42 % ont entre 25 et 39 ans, et 42 % ont 40 ans ou plus. Les taux les plus élevés correspondent aux jeunes hommes de 25 à 29 ans (37,4 pour 100 000), suivis de ceux de 20 à 24 ans (30,8 pour 100 000) et ceux de 30 à 34 ans (29,2 pour 100 000).
- Les cas féminins sont plus jeunes : 83 % ont moins de 35 ans, contre 45 % des cas masculins.
- Avec 63 % des cas du Québec, la région de Montréal continue, en 2013, d'afficher le plus haut taux d'incidence (20,6 pour 100 000 personnes). Près du quart des cas féminins (24 %) et près des deux tiers (65 %) des cas masculins viennent de cette région. On retrouve des cas de syphilis infectieuse dans 14 autres régions du Québec. En excluant la région de Montréal, le taux d'incidence de syphilis infectieuse du reste du Québec pour l'année 2013, est de 3,8 pour 100 000.

3.3.2 TENDANCES DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

- Le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse a augmenté de 61 % entre 2009 et 2013. Toutefois, pour la première fois depuis 2008, une légère diminution a été observée entre 2012 et 2013 (- 7 %) et, selon les projections, le taux de 2014 pourrait être légèrement inférieur à celui de 2013.
- La proportion des cas déclarés chez des jeunes de 15 à 24 ans est passée de 11 % en 2009 à 23 % en 2012 et est de 16 % en 2013.
- Chez les hommes :
 - une hausse (+ 72 %) du taux d'incidence des cas déclarés a été observée entre 2009 et 2012, touchant pratiquement tous les groupes d'âge; toutefois, entre 2012 et 2013, on observe une diminution de 7 %, et cette tendance semble se poursuivre en 2014;
 - chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans, le taux d'incidence est passé de 7,9 en 2009 à 29,2 en 2012 (+ 270 %) et est de 18,8 en 2013. La tendance à la diminution semble aussi se poursuivre en 2014.

- Chez les femmes, le nombre de cas est passé de 16 à 30 entre 2008 et 2012 et est de 29 en 2013. Chez celles qui sont âgées de 15 à 24 ans, le nombre est passé de 5 en 2009 à 13 en 2012 et 18 en 2013.
- En 2009, outre Montréal, seules deux régions comptaient plus de 25 cas de syphilis infectieuse, soit la Capitale-Nationale et la Montérégie. En 2013, ces deux régions recensent plus de 50 cas chacune et deux autres régions (Laurentides et Lanaudière) en comptent 25 chacune.
- En 2011, pour la première fois depuis dix ans, un cas de **syphilis congénitale** concernant le nouveau-né d'une mère québécoise était déclaré. Un autre cas de syphilis congénitale a été déclaré en 2012.

3.3.3 VIGIE REHAUSSÉE CHEZ LES FEMMES (2010-2011)

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 avait été entreprise³². Le facteur de risque rapporté le plus souvent était une relation sexuelle récente avec un partenaire à risque³³ au regard d'une infection transmissible sexuellement, facteur qui concernait environ la moitié des femmes (51 %), suivi par un antécédent d'ITSS (33 %). Trois femmes avaient par ailleurs rapporté être des travailleuses du sexe et quatre autres femmes 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 était de 26 % pour les jeunes femmes de 15 à 24 ans.

3.3.4 VIGIE REHAUSSÉE CHEZ LES JEUNES³⁴ (2012-2013)

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.

L'analyse a porté sur les questionnaires reçus au Bureau de surveillance et de vigie relatifs aux cas déclarés au cours de la période d'étude : 68 questionnaires relatifs aux 71 cas de tout type de syphilis déclarés chez les jeunes de 15 à 19 ans et 98 questionnaires concernant les 101 cas de syphilis infectieuse déclarés chez ceux de 20 à 24 ans.

³² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport de vigie rehaussée : Syphilis infectieuse chez les femmes, province de 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].

³³ 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.

³⁴ Gravel G. *Rapport de vigie rehaussée. Syphilis infectieuse chez les jeunes, province de Québec. 1^{er} janvier 2012-30 juin 2013*. Bureau de surveillance et de vigie. Direction de la protection de la santé publique. Octobre 2014. 101p. Document de travail (Rapport final en édition).

Caractéristiques des cas masculins

- La proportion d'HARSAH (92 %) est comparable chez ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans et chez ceux de 20 à 24 ans. Une caractéristique les distinguant est que 18 % des cas chez les jeunes de 15 à 19 ans étaient des HARSAH ayant aussi des partenaires féminines, alors que cette proportion s'établit à 10 % pour ceux de 20 à 24 ans. En combinant les cas masculins hétérosexuels et les HARSAH non exclusifs, il s'avère que 27 % des cas masculins de 15 à 19 ans avaient des partenaires féminines, alors que cette proportion est de 18 % chez ceux de 20 à 24 ans.
- Un peu plus de la moitié (52 %) avaient eu de multiples partenaires. Parmi les cas déclarés chez les jeunes HARSAH de 15 à 19 ans, cette proportion était de 80 %.
- Quarante-quatre pour cent (44 %) ont rapporté avoir eu des partenaires anonymes.
- Dans l'ensemble, 12 % a rapporté avoir reçu ou avoir donné de l'argent ou d'autres bien en échange de relations sexuelles; cette proportion était de 22 % parmi les cas déclarés chez les jeunes de 15 à 19 ans et de 6 % parmi les cas déclarés chez ceux de 20 à 24 ans.
- Un antécédent d'ITSS a été rapporté pour 39 % des cas; il s'agissait surtout de *Chlamydia trachomatis* (64 %), d'infection gonococcique (30 %), de syphilis (21 %) et de l'infection par le VIH (17 %).
- La proportion de cas masculins ayant eu un partenaire résidant ailleurs qu'au Québec est de 16 %. Le lieu de résidence de ces partenaires était surtout d'autres provinces canadiennes ou les États-Unis. Trois cas avaient eu un partenaire de pays où la syphilis est endémique.
- La consommation de drogues était rapportée par 48 % des cas de 15 à 19 ans et par 34 % de ceux de 20 à 24 ans. Cette proportion était de 40 % parmi les HARSAH et de 25 % chez les hétérosexuels. Les drogues consommées étaient surtout les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne. Trois cas étaient des utilisateurs de drogues par injection.

Caractéristiques des cas féminins

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 de 6 % (6 femmes) pour les cas qui concernent ceux de 20 à 24 ans. Les facteurs de risque identifiés le plus souvent chez les femmes ayant entre 15 et 24 ans étaient d'avoir eu un partenaire sexuel à risque (82 %) et d'avoir eu de multiples partenaires sexuels (28 %). Un antécédent d'ITSS était rapporté pour 33 % (5 femmes) des cas féminins; seule l'infection à *Chlamydia trachomatis* était rapportée. Une seule femme a rapporté avoir eu un partenaire résidant ailleurs qu'au Québec. Aucune ne rapportait avoir eu de partenaires anonymes. Aucune ne rapportait avoir reçu de l'argent ou d'autres biens, par exemple de la drogue, en échange de relations sexuelles.

Lieux de rencontres

Le groupe d'amis ou la famille constituait le principal lieu de rencontres pour 48 % des cas masculins et 86 % des cas féminins

Parmi les hommes de 15-19 ans, les autres lieux de rencontres importants sont les bars (45 %), les réseaux sociaux (39 %) et par l'intermédiaire de sites de rencontres, *chat rooms* et téléphonie (27 %).

Parmi les hommes de 20-24 ans, le principal lieu de rencontres est le site de rencontres, le *chat rooms* et téléphonie (48 %), vient ensuite le groupe d'amis ou la famille (42 %), suivi des bars (30 %) et des saunas (15 %).

L'analyse des lieux de rencontre en fonction du sexe des partenaires des cas masculins (hétérosexuels, HARSAH exclusifs et HARSAH non exclusifs) a permis d'identifier certaines distinctions³⁵ :

- le groupe d'amis/famille est mentionné le plus souvent par les cas déclarés chez des hétérosexuels (62 % vs 53 % pour les HARSAH non exclusifs 45 % pour les HARSAH exclusifs);
- les bars/clubs sont mentionnés le plus souvent par les cas déclarés chez des HARSAH non exclusifs (53 % vs 42 % pour les hétérosexuels et 32 % pour les HARSAH exclusifs);
- les sites de rencontres/*chat rooms*/téléphonie sont rarement mentionnés chez les hétérosexuels (8 %) par rapport aux HARSAH non exclusifs (35 %) et aux HARSAH exclusifs (44 %);
- les réseaux sociaux sont mentionnés le plus souvent par les cas déclarés chez les HARSAH non exclusifs (35 % vs 25 % chez les hétérosexuels et 20 % des HARSAH exclusifs);
- les saunas sont mentionnés seulement par les cas déclarés chez des HARSAH (15 %) et cette proportion est comparable pour les HARSAH exclusifs et non exclusifs.

Quelques lieux de rencontres spécifiques ont été identifiés, principalement quatre lieux de rencontres virtuels et deux lieux physiques, des bars ou clubs de la région de Montréal.

Analyse de réseaux sexuels

Une analyse de réseaux sexuels a été réalisée pour les cas déclarés chez les jeunes de 15 à 19 ans et leurs partenaires sexuels. Cette analyse est complexe et seulement quelques constats sont présentés ici. Le réseau comprend 254 éléments (cas, partenaires, lieux).

- Faible densité des réseaux sexuels : on retrouve 3 agrégats principaux. Le plus important (85 éléments liés directement ou indirectement) regroupe 33 % du réseau, mais sa densité est peu élevée, chaque élément est en moyenne relié à 2 autres. Deux agrégats de 11 à 15 éléments regroupent 6 % et 4 % des éléments du réseau. Plusieurs petits agrégats de 3 à 8 éléments constituent 36 % du réseau et enfin, 27 dyades représentent un autre 21 % du réseau.
- Dispersion régionale du réseau : les éléments du réseau touchent 11 régions du Québec, principalement les régions de Montréal et sa « couronne » ainsi que la région de la Capitale-Nationale et celles avoisinantes. Certains sites (un site virtuel et un lieu physique) relient des cas et des partenaires de diverses régions.
- Situation des femmes dans le réseau : un lien à des agrégats comprenant des HARSAH a pu être documenté pour 29 % des femmes incluses (cas ou partenaires) dans le réseau.
- Le réseau met en évidence quelques noyaux de transmetteurs soit des personnes reliées à plusieurs lieux de rencontre ou en lien avec de nombreux éléments du réseau.

3.3.5 AUTRES TYPES DE SYPHILIS

Dans l'analyse de la problématique de la syphilis, il peut s'avérer pertinent de prendre en considération les stades de syphilis autres que celui de « syphilis en phase infectieuse ». Certains cas ne répondant pas aux critères de la définition nosologique d'un cas de « syphilis en phase infectieuse », sont alors classifiés comme « syphilis sans précision »; pourtant, ils pourraient être des

³⁵ Les différences indiquées ne sont pas nécessairement statistiquement significatives, de plus l'âge peut être un facteur de confusion.

cas de « syphilis infectieuse », particulièrement s'il s'agit de jeunes de 15 à 24 ans, chez qui la probabilité que l'acquisition de l'infection soit récente est évidemment élevée. Par ailleurs, la résurgence de la syphilis infectieuse datant d'une dizaine d'années, il importe de surveiller la survenue de complications tardives de l'infection, lesquelles pourraient augmenter le fardeau de la maladie.

Parallèlement à une augmentation de 61 % du taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse entre 2009 et 2013, on observe une augmentation de 39,2 % des cas déclarés de syphilis latente tardive et un nombre relativement stable de cas déclarés de neurosyphilis (20 cas en 2009 et 21 cas en 2013). Le nombre de cas de syphilis sans précisions a légèrement diminué passant de 129 cas en 2009 à 107 cas en 2013. Par ailleurs, 16 cas de syphilis tertiaire (excluant la neurosyphilis) ont été déclarés entre 2009 et 2013, dont 81 % concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus.

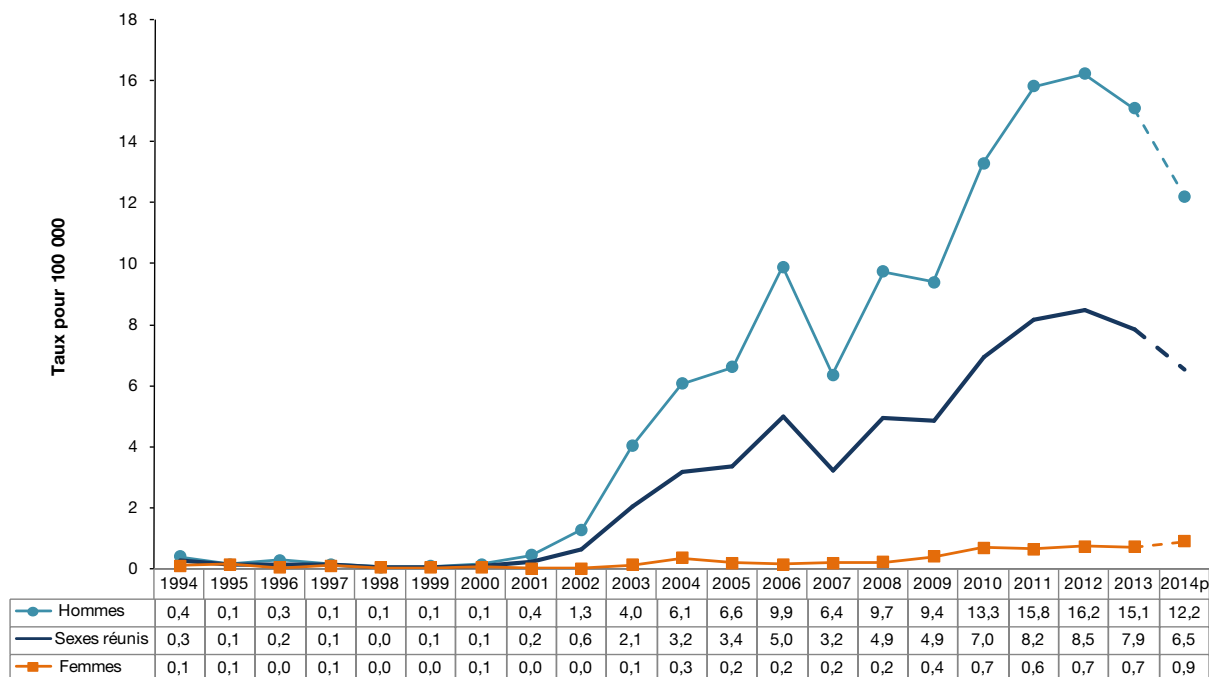
Une augmentation de la proportion des jeunes de 15 à 24 ans parmi les cas de syphilis latente tardive est observée entre 2009 et 2013, il n'y a pas de tendance à la baisse entre 2012 et 2013.

Tableau 6 **Nombre de cas déclarés de syphilis de nature autre qu'infectieuse, selon le sexe, Québec, années 2009 et 2013**

	2009			2013		
	H	F	Total	H	F	Total
Syphilis latente tardive	71	49	120	100	67	167
<i>Proportion des 15-24 ans</i>	0 %	8,2 %	3,3 %	9,0 %	11,9 %	10,2 %
Neurosyphilis symptomatique	19	1	20	15	6	21
Syphilis sans précisions	106	23	129	78	24	107
<i>Proportion des 15-24 ans</i>	8,5 %	4,3 %	7,8 %	6,4 %	4,2 %	5,6 %

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

Figure 9 Syphilis infectieuse³⁶ : taux d'incidence des cas déclarés, sexes réunis et hommes seulement, Québec, de 1994 à 2014p³⁷

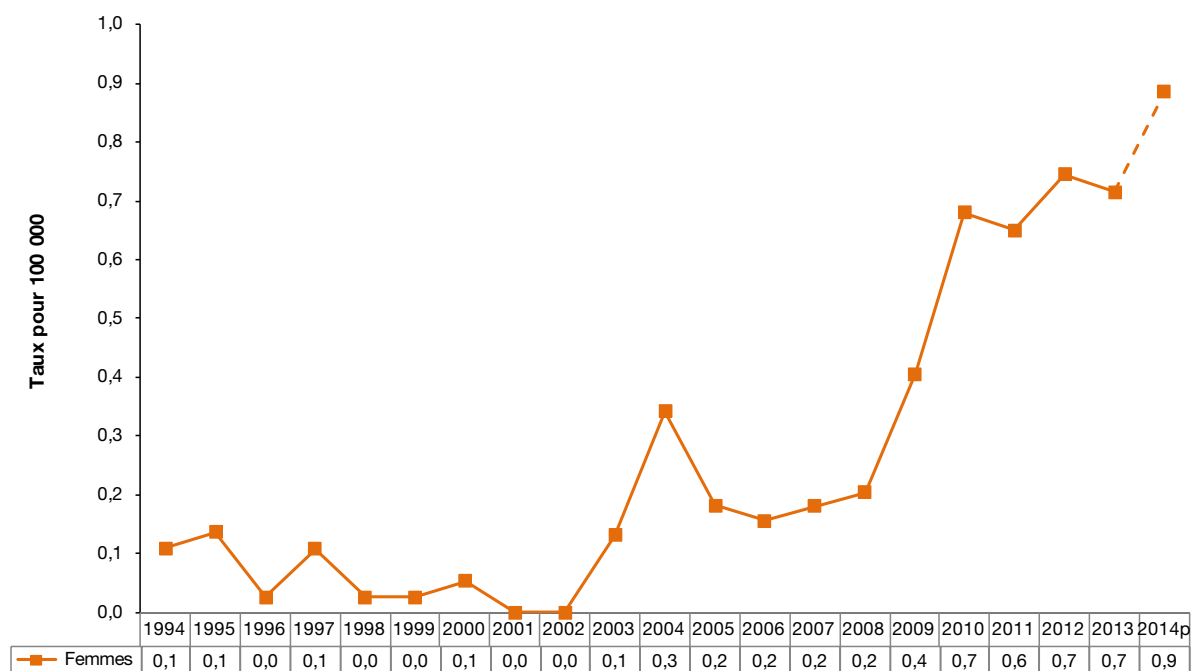


Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (1994 à 2013) et le 27 octobre 2014 (projections 2014).

³⁶ Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³⁷ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

Figure 10 Syphilis infectieuse³⁸ : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1994 à 2014p³⁹

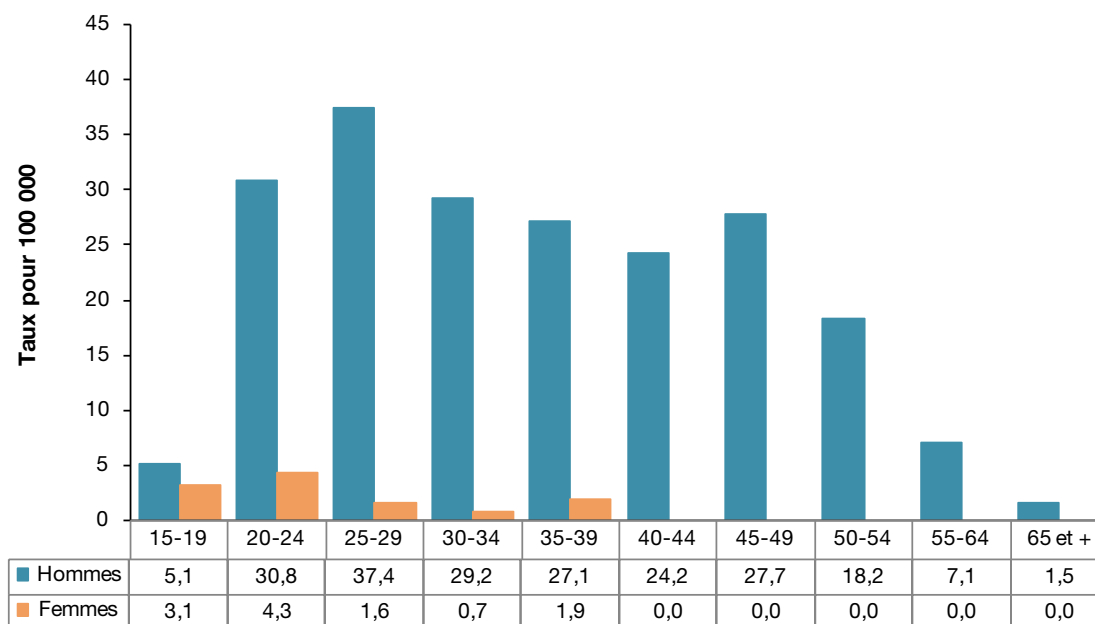


Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (1994 à 2013) et le 27 octobre 2014 (projections 2014).

³⁸ Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

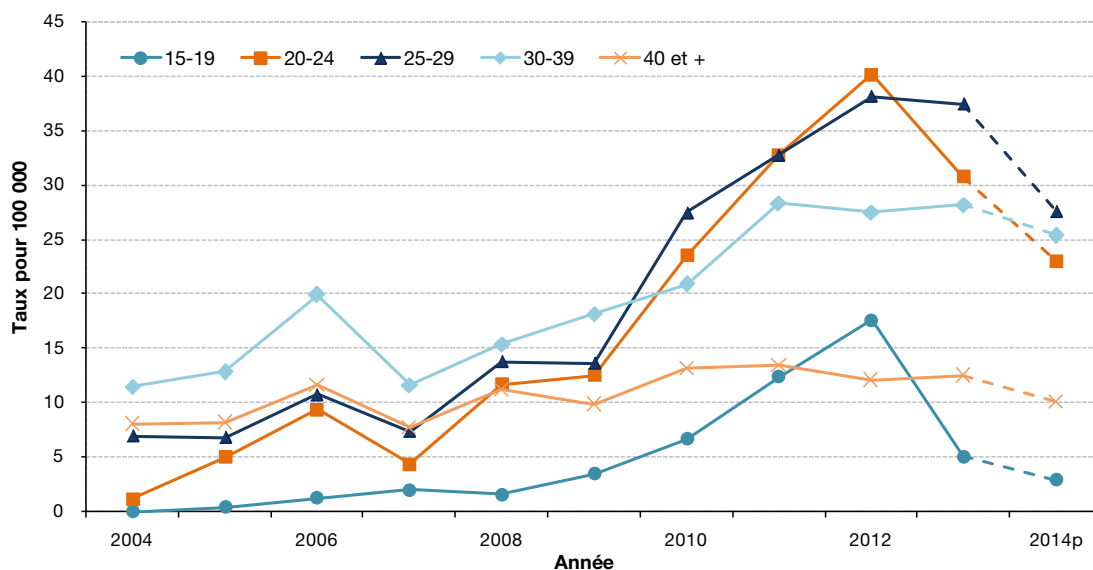
³⁹ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 9 août 2014).

Figure 11 Syphilis infectieuse⁴⁰ : taux d'incidence⁴¹ des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014

Figure 12 Syphilis infectieuse⁴⁰ : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2004 à 2014p⁴²



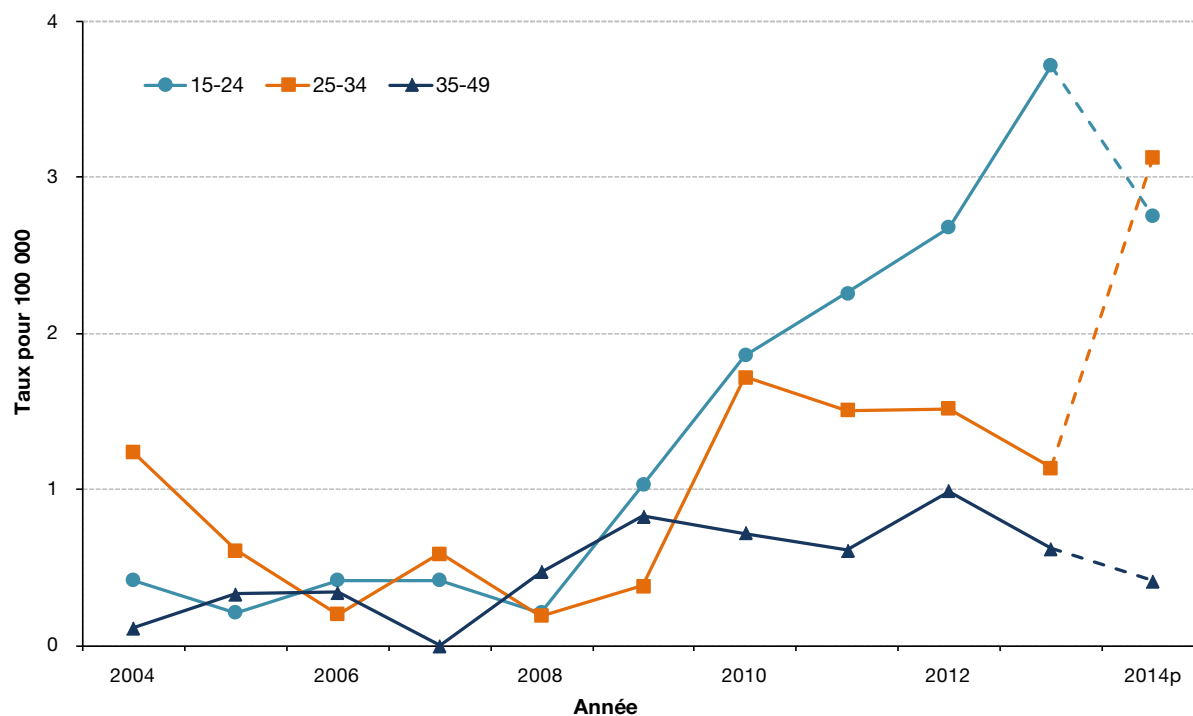
Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 29 juillet 2014 (2004 à 2013) et le 3 octobre 2014 (projections 2014).

⁴⁰ Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

⁴¹ Taux exprimé pour 100 000 personnes.

⁴² Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

Figure 13 Syphilis infectieuse⁴³ : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2004 à 2014p⁴⁴



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

⁴³ Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

⁴⁴ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

Tableau 7 Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux d'incidence bruts⁴⁵, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p

Région	2009		2010		2011		2012		2013		Moyenne 2009-2013		2014p*		Variation 2013-2009			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	1	0,5	2	1,0	5	2,5	2	1,0	5	2,5	3	1,5	3	1,6	4	400,0	2,0	396,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	1	0,4	3	1,1	2	0,7	6	2,2	7	2,6	4	1,4	2	0,6	6	600,0	2,2	602,7
Capitale-Nationale	39	5,7	58	8,4	65	9,4	62	8,9	54	7,7	56	8,0	49	7,0	15	38,5	2,0	34,9
Mauricie et Centre-du-Québec	7	1,4	12	2,4	15	3,0	28	5,6	10	2,0	14	2,9	12	2,3	3	42,9	0,6	40,1
Estrie	10	3,3	14	4,5	6	1,9	13	4,2	6	1,9	10	3,2	10	3,1	-4	-40,0	-1,4	-41,4
Montréal	237	12,5	340	17,8	411	21,4	375	19,4	402	20,6	353	18,3	322	16,4	165	69,6	8,2	65,4
Outaouais	5	1,4	6	1,7	13	3,5	6	1,6	12	3,2	8	2,3	18	4,8	7	140,0	1,8	128,6
Abitibi-Témiscamingue	1	0,7	0	0,0	0	0,0	5	3,5	7	4,8	3	1,8	13	9,1	6	600,0	4,2	601,4
Côte-Nord	0	0,0	2	2,1	2	2,1	0	0,0	1	1,1	1	1,1	2	1,8	1	ND	1,1	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5	5,3	11	11,6	1	1,1	3	3,2	0	0,0	4	4,2	0	0,0	-5	-100,0	-5,3	-100,0
Chaudière-Appalaches	7	1,7	8	2,0	12	2,9	13	3,2	12	2,9	10	2,5	10	2,4	5	71,4	1,2	67,2
Laval	9	2,3	15	3,8	18	4,5	17	4,2	9	2,2	14	3,4	10	2,4	0	0,0	-0,1	-5,6
Lanaudière	14	3,0	16	3,4	18	3,8	22	4,5	25	5,1	19	4,0	20	4,0	11	78,6	2,0	67,1
Laurentides	13	2,4	11	2,0	18	3,2	31	5,5	25	4,3	20	3,5	15	2,5	12	92,3	1,9	81,2
Montréal	30	2,1	50	3,5	64	4,4	96	6,5	56	3,8	59	4,0	44	3,0	26	86,7	1,7	79,0
Nunavik	1	8,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1,7	0	0,0	-1	-100,0	-8,7	-100,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	6,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	24,3	1	6,2	0	0,0	3	300,0	17,8	272,7
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0	0,0	0		0,0	
Province de Québec	381	4,9	548	7,0	650	8,2	679	8,5	635	7,9	579	7,3	529	6,5	254	66,7	3,0	61,3

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

* 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 9 août 2014).

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.

⁴⁵ Taux pour 100 000 personnes.

3.3.6 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'HARSAH⁴⁶.

À la fin de 2011 et au début de 2012, une éclosion de syphilis chez de jeunes hétérosexuels touchant trois régions a soulevé l'hypothèse d'un changement de l'épidémiologie de cette infection qui touchait alors essentiellement les HARSAH. La vigie rehaussée a plutôt montré que plus de 90 % des cas de syphilis infectieuse chez les jeunes touchent des HARSAH. Toutefois, plusieurs HARSAH, surtout chez les jeunes de 15 à 19 ans, ont aussi des relations sexuelles avec des femmes. Il est donc prévisible que des cas féminins continuent de survenir.

L'augmentation des cas déclarés de syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans commencée entre 2008 et 2009 semble avoir atteint son point culminant en 2012. Ce phénomène a surtout touché les régions avoisinant la Capitale-Nationale (Chaudière-Appalaches, Mauricie-Centre-du-Québec) ainsi que Montréal et la couronne de Montréal (Montréal, Laval, Laurentides). D'autres régions ont aussi observé des cas dans ce groupe d'âge, mais sans qu'une tendance claire à la hausse puisse se dégager. Une compilation à l'échelle provinciale des renseignements recueillis lors des enquêtes afin de mieux comprendre la situation et intervenir de façon appropriée, une mobilisation de l'ensemble du réseau de santé par des alertes à la vigilance, une intensification des interventions préventives auprès des personnes infectées et auprès de leurs partenaires ainsi que la collaboration des cliniciens de première ligne sont tous des éléments qui ont pu contribuer à inverser la tendance. Le potentiel de propagation chez les jeunes est toutefois bien présent puisque 52 % des cas masculins et 28 % des cas féminins déclarés chez les jeunes rapportent avoir eu de multiples partenaires et que 12 % des cas masculins ont un lien avec la prostitution⁴⁷. L'analyse des lieux de rencontre et l'analyse des réseaux sexuels confirment le potentiel de propagation.

Le dépistage fréquent de la syphilis (annuellement et aux 3 à 6 mois si les comportements sexuels à risque sont constants) est recommandé chez les HARSAH et leurs partenaires sexuels. Malgré tout, la notification d'une exposition demeure pertinente afin d'interrompre plus rapidement la chaîne de transmission. Les femmes qui n'ont pas de facteur de risque et qui ne connaissent pas les facteurs de risque de leurs partenaires sexuels ne sont pas rejointes par le dépistage ciblé de la syphilis. Il importe d'autant plus qu'elles soient avisées rapidement d'une possible exposition et qu'elles reçoivent précocement un traitement approprié le cas échéant.

Certains renseignements colligés dans le cadre de la vigie rehaussée chez les jeunes de 15 à 24 ans (2012-2013) apportent un éclairage supplémentaire sur les pratiques cliniques de détection de la syphilis. Parmi les cas masculins avec symptômes pour lesquels l'information était disponible, le délai moyen entre la date de début des symptômes et le prélèvement était de 31 jours pour les cas survenus chez les HARSAH exclusifs, de 61 jours chez les HARSAH non exclusifs et de 71 jours chez les hétérosexuels. Ces données appuient l'hypothèse que les HARSAH sont détectés plus rapidement, possiblement en lien avec la sensibilisation sur la prévention de la syphilis chez les HARSAH tant auprès de la clientèle que des cliniciens. Un autre élément en appui de cette hypothèse est que les cas déclarés chez des HARSAH sont plus souvent classifiés comme cas primaire ou secondaire que les hommes hétérosexuels et les femmes (respectivement 64 %, 58 % et 33 %). Ces

⁴⁶ Parent, R. et collab., *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, 11 p.

⁴⁷ Avoir donné ou reçu de l'argent, de la drogue ou d'autres biens en échange de relations sexuelles.

résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence et ne sont pas nécessairement généralisables à l'ensemble des cas déclarés de syphilis.

L'intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels (IPPAP) est une stratégie démontrée efficace pour le contrôle de la syphilis infectieuse⁴⁸. Il est ainsi attendu que les cliniciens qui détectent et traitent ces cas discutent avec leurs patients de l'importance d'aviser leurs partenaires afin qu'ils soient dépistés et traités et qu'ils les soutiennent dans cette démarche. Une intervention plus intense et soutenue par un professionnel spécifiquement formé à cet effet a démontré une efficacité additionnelle et c'est pourquoi les professionnels de santé publique offrent généralement un soutien pour cette intervention. La collaboration entre les cliniciens de première ligne et les professionnels de santé publique est une condition essentielle à la lutte contre la syphilis. Toutefois, la fréquence de cas avec partenaires anonymes (42 % parmi les cas masculins chez les 15-24) est l'une des limites importantes de cette intervention.

3.4 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 épidémies 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 la survenue d'une épidémie en 2005 et 2006. Entre 2007 et 2012, le nombre de cas a fluctué entre 2 et 13 cas par année, témoignant probablement d'une transmission locale limitée. Une recrudescence est observée depuis l'été 2013. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

3.4.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS DÉCLARÉS EN 2013

- On recense 49 cas en 2013, tous masculins; cela équivaut à un taux de 1,2 cas pour 100 000 hommes.
- La répartition selon le groupe d'âge est la suivante : 5 (10 %) jeunes hommes qui ont entre 15 et 24 ans, 17 (35 %) hommes entre 25 et 34 ans, 7 (14 %) entre 35 et 44 ans, et 20 (41 %) qui ont 45 ans ou plus.
- Tous sont des HARSAH exclusifs sauf un homme qui rapporte des relations sexuelles avec des hommes et des femmes.
- Parmi les cas déclarés en 2013, 43/49 soit 88 % ont été enregistrés dans la région de Montréal et les cinq autres l'ont été dans les régions de la Capitale-Nationale (1 cas), de l'Outaouais (2 cas), de Chaudière-Appalaches (1 cas), de Lanaudière (1 cas) et de la Montérégie (1 cas).

3.4.2 TENDANCES

Au Québec, un total de 10 cas de lymphogranulomatose vénérienne a été déclaré, entre 1990 et 2004; 25 cas l'ont été en 2005 et 44 en 2006. Entre 2008 et 2012, une période d'accalmie a été observée, le nombre de cas fluctuant entre 2 (2009) et 13 (2011) par année, pour une moyenne de

⁴⁸ Centers for Disease, C. and Prevention (2008) Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. *MMWR Recomm Rep*, 57(RR-9), 1-83; quiz CE1-4.
Golden, M.R., E. Fazel et N. Low. *Partner Notification for Sexually Transmitted Infections Including HIV Infection: An Evidence Based Assessment, Sexually Transmitted Diseases*, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, Chap. 54, p. 965-984.
Hogben, M., Paffel, J., Broussard, D., et collab. (2005) Syphilis partner notification with men who have sex with men: a review and commentary. *Sex Transm Dis*, 32(10 Suppl), S43-7.

9 cas annuellement. À partir du printemps de l'année 2013, une augmentation du nombre de cas déclarés a été observée atteignant 49 cas pour l'ensemble de l'année, nombre record pour le Québec. En date du 27 septembre 2014, 18 cas, dont une femme, avaient déjà été déclarés.

3.4.3 CARACTÉRISTIQUES DE L'ENSEMBLE DES CAS DÉCLARÉS DE LGV ENTRE 2005 ET 2013

- Entre 2005 et 2013, 170 cas de LGV ont été déclarés.
- À l'exception d'un cas féminin observé en 2008 (cas probable), tous sont des hommes.
- Les hommes de 45 ans et plus comptent pour 36 % des cas, ceux de 35 à 44 ans pour 31 % des cas, ceux de 25 à 34 ans pour 26 % des cas, et enfin ceux de 15 à 24 ans pour 8 %.
- La région de Montréal regroupe 85 % des cas déclarés entre 2005 et 2013. Au cours de cette période, dix autres régions ont déclaré entre un et six cas chacune (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie).
- La presque totalité (99 %) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.

3.4.4 VIGIE REHAUSSÉE DES CAS DE 2013-2014 (JUSQU'AU 28 JUILLET 2014)⁴⁹

Une analyse préliminaire a été réalisée à partir des formulaires d'enquête reçus pour les cas déclarés au cours de l'année 2013 et des premiers mois de l'année 2014. Une analyse plus approfondie est en cours et fera l'objet d'un bilan ultérieur. Les 60 cas sont des hommes. Un cas féminin a été enregistré au fichier MADO en 2014, mais a été exclu de cette analyse. La validation de ce cas est en cours, car ce cas ne correspond pas aux critères actuels des définitions nosologiques. La moyenne d'âge est de 40,7 ans avec une étendue de 19 à 67 ans.

Les proportions présentées ont été établies à partir des cas pour lesquels l'information est connue :

- 98 % avaient des symptômes documentés;
- 96 % avaient des relations exclusivement avec des hommes (53/55); 1 cas avait des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, et 1 cas avait exclusivement des partenaires de sexe féminin;
- une infection par le VIH était rapportée pour 79 % des cas où l'information sur les antécédents d'ITSS était connue (41/52);
- une infection par le VHC était rapportée pour 8 % des cas où l'information sur les antécédents d'ITSS était connue (4/52).

Par ailleurs :

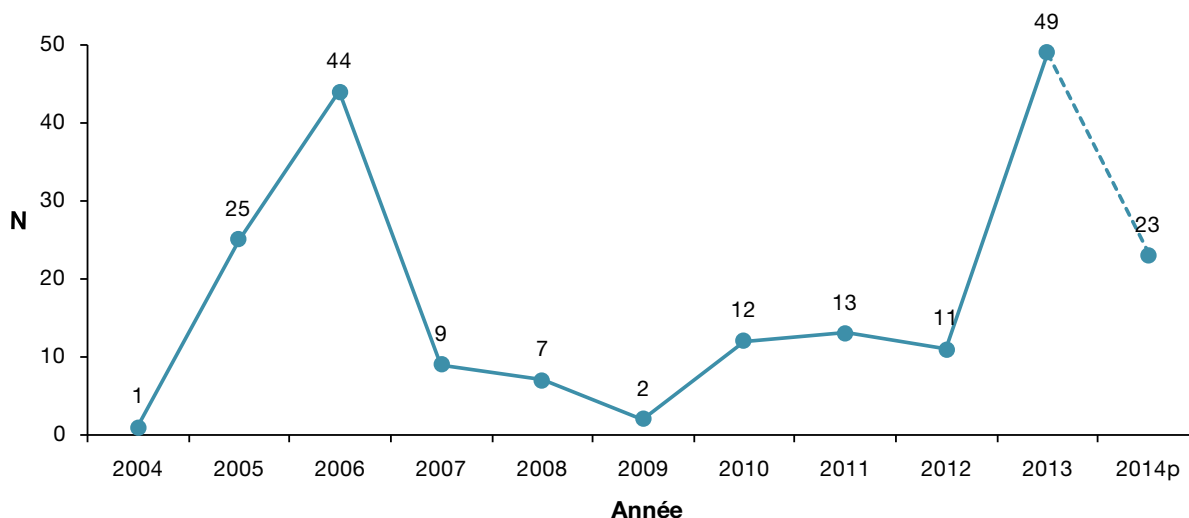
- Une exposition potentielle hors Québec⁵⁰ est mentionnée pour 6 cas.
- Les contextes de rencontre les plus souvent mentionnés sont les saunas (23 cas) et internet (20 cas).
- Le travail du sexe ou le fait d'avoir été client est rapporté pour 6 cas.

⁴⁹ Compilation et analyse effectuées par Marc Fiset, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, MSSS, août 2013.

⁵⁰ Histoire de relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec.

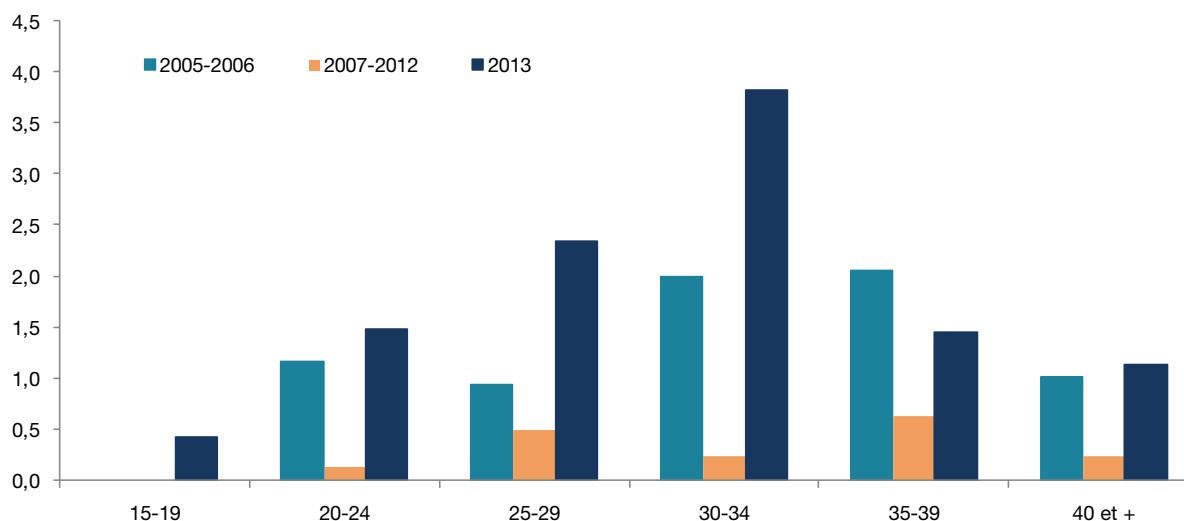
- Sept (7) cas ont eu plus d'un épisode de LGV au cours de cette période.

Figure 14 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2004 à 2014p⁵¹



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

Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence⁵² des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2013



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

⁵¹ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

⁵² Taux exprimé pour 100 000 hommes-années.

Tableau 8 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence⁵³, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p

Région	2009		2010		2011		2012		2013		Moyenne 2009-2013		2014p*		Variation 2013-2009			
	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	ND	0,0	ND
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	ND	0,0	ND
Capitale-Nationale	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	0,0	1	0,1	1	0,1	2	0,2	1	ND	0,1	ND
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Estrie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Montréal	2	0,1	9	0,5	9	0,5	10	0,5	43	2,2	15	0,8	21	1,1	41	2 050,0	2,1	1 909,1
Outaouais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,1	0	0,0	2	ND	0,5	ND
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	ND	0,0	ND
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	ND	0,0	ND
Chaudière-Appalaches	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	ND	0,2	ND
Laval	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,1	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Lanaudière	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,2	1	0,1	0	0,0	1	ND	0,2	ND
Laurentides	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	ND	0,0	ND
Montérégie	0	0,0	0	0,0	2	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,0	0	0,0	1	ND	0,1	ND
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
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	ND	0,0	ND
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0			
Province de Québec	2	0,0	12	0,2	13	0,2	11	0,1	49	0,6	17	0,2	25	0,3	47	2 350,0	0,6	1 933,3

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

* 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 9 août 2014).

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.

⁵³ Taux pour 100 000 personnes.

3.4.5 COMMENTAIRES

L'augmentation du nombre de cas de LGV depuis le printemps 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 aux cliniciens de leur territoire 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.

Plusieurs caractéristiques des cas de LGV sont à considérer dans l'analyse de cette résurgence : la forte proportion de PVVIH, de cas avec plus d'un épisode et avec fréquentation de saunas peut soulever l'hypothèse que cette infection touche une sous-population d'HARSAH qui a des comportements sexuels à risque très élevé. La charge virale des PVVIH ayant contracté une LGV n'étant pas connue, il est donc difficile de se prononcer sur le potentiel de propagation du VIH.

Une analyse plus poussée des caractéristiques des cas déclarés de LGV est en cours, notamment pour étudier si les caractéristiques des cas ont changé entre la période d'émergence (2005-2006), la période d'accalmie (2007-2012) et la résurgence en 2013-2014.

Des travaux sont en cours pour assurer une sensibilité et spécificité accrue quant à la surveillance de cette infection (révision des définitions nosologiques, révision des indications de tests de confirmation) et quant aux meilleures stratégies de prévention (dépistage, traitement).

3.5 Hépatite B : miser sur la vaccination

Les cas déclarés d'hépatite B comprennent les cas aigus et chroniques ainsi que les cas dont le stade n'a pu être précisé. L'incidence annuelle de cas déclarés a diminué de 56 % depuis l'introduction du programme de vaccination en milieu scolaire en 1994.

3.5.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS DÉCLARÉS EN 2013

- Les 944 cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) déclarés correspondent à un taux de 11,7 pour 100 000 personnes (13,3 pour 100 000 chez les hommes et 10,1 pour 100 000 chez les femmes).
- Plus précisément, 18 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,2 pour 100 000 personnes), soit 12 hommes tous âgés de 30 ans ou plus et 6 femmes, toutes âgées de 30 ans ou plus.
- On compte 926 cas d'hépatite chronique ou sans précision (519 hommes, 405 femmes et deux cas de sexe inconnu).
- Parmi les cas masculins d'hépatite chronique ou sans précision, les taux les plus élevés se trouvent chez les hommes âgés de 30 à 39 ans (33,1 pour 100 000) qui comptent pour 36 % des cas masculins. On retrouve aussi un taux relativement élevé (28 pour 100 000) chez les hommes de 40 à 44 ans. Des taux plus faibles se retrouvent chez les hommes de 25 à 29 ans (17,9 pour 100 000), de 45 ans ou plus (10 pour 100 000); les jeunes de 15 à 24 ans ont le taux le plus faible (5,9 pour 100 000).
- Parmi les cas féminins d'hépatite chronique ou sans précision, les taux les plus élevés se trouvent chez les femmes âgées de 25 à 34 ans (31,6 pour 100 000) qui comptent pour 41 % des cas féminins. Suivent les femmes de 35 à 44 ans (17 pour 100 000). Des taux plus faibles se

retrouvent chez les femmes de 15 à 24 ans (9,3 pour 100 000) et celles de 45 ans ou plus (5,4 pour 100 000).

- La région de Montréal enregistre le taux le plus élevé de cas déclarés d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé), soit 28,3 pour 100 000 personnes (552 cas). Elle est suivie des régions de l'Outaouais (12,5 pour 100 000 personnes, avec 47 cas), de Laval (10,7 pour 100 000 personnes, avec 44 cas), de la Capitale-Nationale (9,1 pour 100 000, avec 64 cas et de l'Estrie (8,9 pour 100 000 avec 28 cas). Les autres régions ont des taux d'incidence qui varient de 0 pour 100 000 personnes (Terres-Cries-de-la-Baie-James) à 8,1 pour 100 000 (Montréal avec 120 cas) et 8,3 pour 100 000 personnes (Nunavik avec 1 cas).

3.5.2 TENDANCES

- Tous stades confondus (aigu, chronique ou non précisé), le taux d'incidence des cas déclarés a diminué de 58 % entre 1994 et 2011 selon un rythme de diminution lent, mais constant. Entre 2011 et 2013, le taux a très légèrement augmenté (+ 7 %) passant de 10,9 à 11,7 pour 100 000 personnes. Ces constats sont comparables chez les hommes et les femmes. Selon les données disponibles au 29 septembre, environ 939 cas seront déclarés en 2014, ce qui donnerait un taux de 11,6 pour 100 000 personnes, comparable à celui de l'année 2013.
- 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 18 cas en 2013. Cette situation est associée à l'implantation, en 1994, du programme universel de vaccination en 4^e année du primaire ainsi qu'à l'accès à la vaccination gratuite pour les groupes à risque. Entre 1995 et 1999 (soit la période des cinq premières années suivant l'introduction du programme en milieu scolaire), l'incidence de l'hépatite B aiguë a diminué de 40 %, puis elle a diminué de 75 % entre 2000 et 2008. Au cours des cinq dernières années (2009-2013), l'incidence de l'hépatite B aiguë est passée de 0,5 pour 100 000 à 0,2 pour 100 000 soit une diminution de 60 %. Entre 18 cas (en 2013) et 36 cas (en 2009) ont été déclarés par année au cours de cette période.

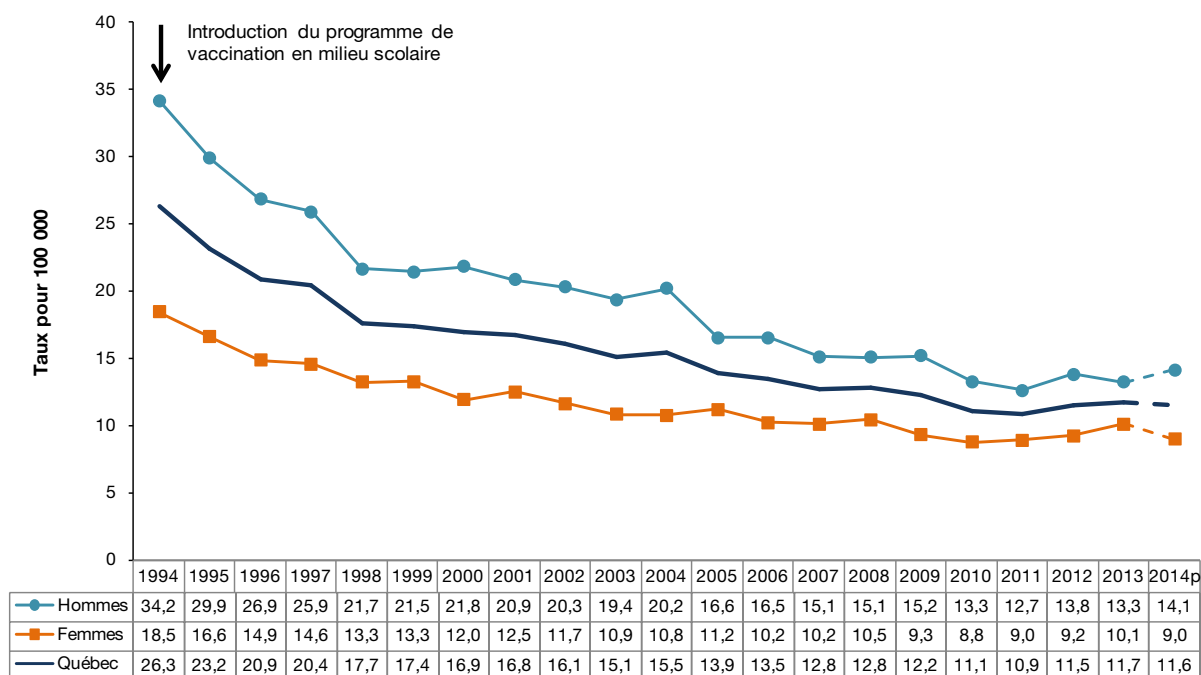
3.5.3 HÉPATITE B NÉONATALE OU CHEZ DES ENFANTS DE 1 AN OU MOINS

Aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré en 2013 chez des enfants de moins de 1 an, le dernier cas ayant été enregistré au fichier des MADO en 2009.

Pour ce qui est des hépatites B chroniques et sans précision, aucun cas n'a été déclaré chez des enfants de moins de 1 an en 2013; on en compte 3 entre 2009 et 2012.

Quelques cas d'hépatite B chronique ou sans précision ont été déclarés chez des enfants de 1 à 14 ans entre 2009 et 2013, soit une moyenne de 9 cas par année.

Figure 16 Hépatite B⁵⁴ : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1994 à 2014p⁵⁵

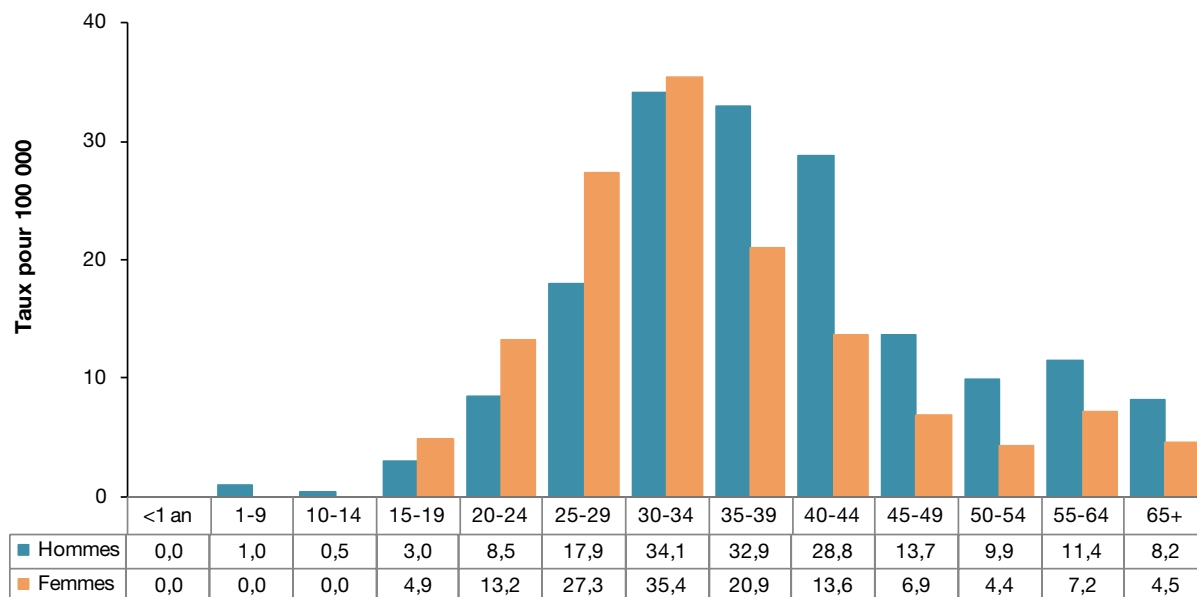


Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 29 juillet 2014 (2004 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

⁵⁴ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

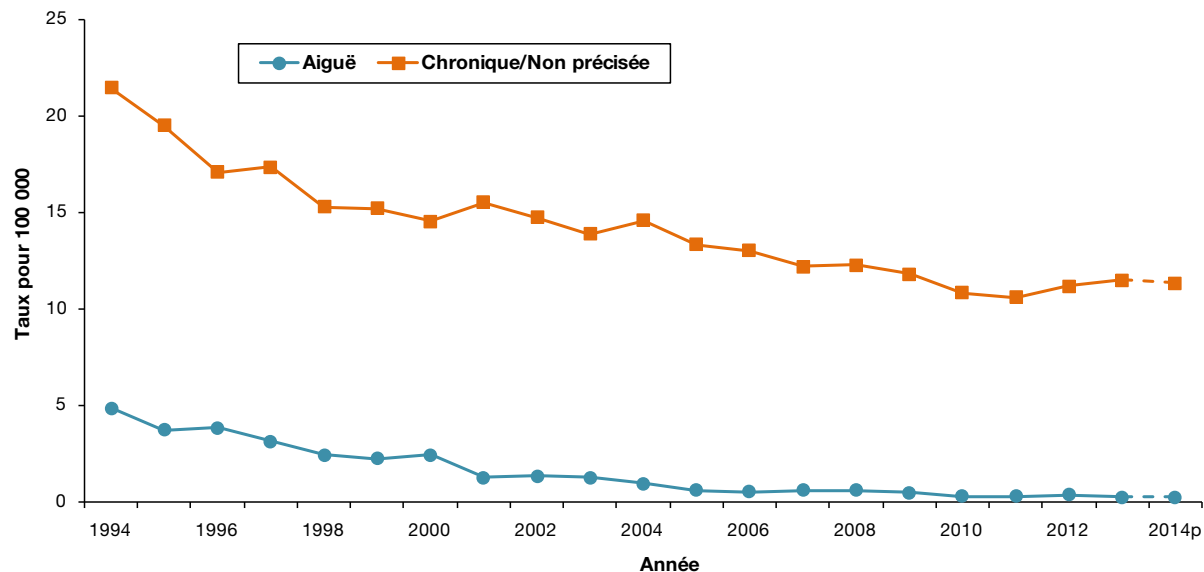
⁵⁵ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 9 août 2014).

Figure 17 Hépatite B⁵⁶ : taux d'incidence⁵⁷ des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014

Figure 18 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1994 à 2014p⁵⁸



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 5 août 2014 (2004 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

⁵⁶ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁵⁷ Taux exprimé pour 100 000 personnes.

⁵⁸ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

Tableau 9 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence⁵⁹, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p

Région	2009		2010		2011		2012		2013		Moyenne 2009-2013		2014p*		Variation 2013-2009			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	7	3,5	7	3,5	2	1,0	4	2,0	9	4,5	6	2,9	7	3,3	2	28,6	1,0	28,4
Saguenay–Lac-Saint-Jean	6	2,2	11	4,1	6	2,2	14	5,2	3	1,1	8	3,0	8	3,1	-3	-50,0	-1,1	-49,8
Capitale-Nationale	48	7,0	50	7,3	31	4,5	66	9,5	64	9,1	52	7,5	54	7,7	16	33,3	2,1	29,7
Mauricie et Centre-du-Québec	20	4,1	19	3,8	12	2,4	22	4,4	15	3,0	18	3,5	16	3,3	-5	-25,0	-1,1	-26,4
Estrie	27	8,8	27	8,8	35	11,3	21	6,7	28	8,9	28	8,9	31	9,9	1	3,7	0,1	1,2
Montréal	597	31,4	540	28,2	525	27,3	517	26,7	552	28,3	54	28,4	574	29,3	-45	-7,5	-3,1	-9,8
Outaouais	41	11,5	40	11,1	33	9,0	47	12,7	47	12,5	42	11,3	51	13,5	6	14,6	1,1	9,2
Abitibi-Témiscamingue	4	2,8	7	4,8	6	4,1	6	4,1	7	4,8	6	4,1	8	5,7	3	75,0	2,1	75,4
Côte-Nord	4	4,2	0	0,0	2	2,1	2	2,1	2	2,1	2	2,1	2	1,8	-2	-50,0	-2,1	-49,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	21,4	1	7,2	1	5,7	0	0,0	1	ND	7,2	ND
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	3	3,2	3	3,2	3	3,2	1	1,1	1	1,1	2	2,3	0	0,0	-2	-66,7	-2,1	-66,6
Chaudière-Appalaches	10	2,5	5	1,2	6	1,5	6	1,5	11	2,7	8	1,9	12	2,8	1	10,0	0,2	7,7
Laval	54	13,8	43	10,9	50	12,4	43	10,6	44	10,7	47	11,7	41	9,9	-10	-18,5	-3,2	-22,8
Lanaudière	18	3,9	13	2,8	18	3,8	15	3,1	19	3,9	17	3,5	21	4,3	1	5,6	-0,1	-1,3
Laurentides	24	4,4	22	4,0	24	4,3	23	4,0	20	3,5	23	4,0	18	3,1	-4	-16,7	-0,9	-21,3
Montréal	90	6,3	87	6,0	105	7,2	133	9,0	120	8,1	107	7,3	95	6,4	30	33,3	1,8	28,1
Nunavik	0	0,0	0	0,0	3	25,3	1	8,3	1	8,3	1	8,4	0	0,0	1	ND	8,3	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	4	26,1	1	6,4	2	12,6	0	0,0	0	0,0	1	9,0	0	0,0	-4	-100,0	-26,1	-100,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0			
Province de Québec	957	12,3	875	11,1	863	10,9	924	11,5	944	11,7	913	11,5	939	11,6	-13	-1,4	-0,6	-4,5

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

* 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 9 août 2014).

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.

⁵⁹ Taux pour 100 000 personnes.

3.5.4 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 consommation⁶⁰.

- La très légère augmentation des taux d'incidence de cas déclarés d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) reflète possiblement une stabilisation des taux avec fluctuation plutôt qu'une hausse significative. Toutefois, la tendance reste à surveiller.
- Les informations sur les facteurs de risque (ou d'exposition) des cas déclarés ne sont pas disponibles. Il est possible que plusieurs cas soient reliés à une acquisition antérieure à leur immigration chez des personnes originaires de pays endémiques pour l'hépatite B. L'hépatite B se transmet par voie sexuelle ou sanguine, donc les personnes atteintes d'hépatite B peuvent l'avoir acquise à la suite de comportements sexuels à risque ou de comportements favorisant une exposition sanguine (p. ex. : partage de matériel d'injection, exposition sanguine dans le cadre de soins de santé surtout dans les pays où la prévalence est très élevée et les conditions de stérilisation non optimales).
- Dans le contexte où une très forte proportion d'une cohorte populationnelle (exposée au programme de vaccination scolaire implanté en 1994), a pu recevoir un vaccin très efficace, et ce à long terme, il est normal de constater la diminution observée.
- Toutefois, il y a encore un grand bassin de personnes susceptibles à l'infection puisque ce ne sont pas 100 % des personnes de la cohorte ciblée qui sont vaccinées et que les personnes nées avant 1985 n'ont pas été exposées au programme de vaccination en milieu scolaire. Le vaccin a été et continue d'être offert gratuitement aux personnes à risque, mais il est certain qu'une proportion (non documentée) n'a pas été vaccinée.

Le virus de l'hépatite B est encore présent au Québec, ce qui justifie de continuer les efforts pour maintenir ou augmenter la couverture vaccinale du programme de vaccination en milieu scolaire et pour continuer de promouvoir la vaccination auprès des personnes à risque. Pour connaître les indications de vaccination ainsi que les informations sur les clientèles pouvant bénéficier de la vaccination gratuite, se référer au [Protocole d'immunisation du Québec](#).

⁶⁰ 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.

3.6 Hépatite C : encore 1 200 cas par année : améliorer l'accès au traitement pour prévenir les complications hépatiques

Depuis 1990, près de 40 000 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 premier pic d'incidence avait été observé, et 2013, le taux d'incidence des cas déclarés a diminué de 69 %. Le rythme de la diminution semble maintenant ralentir.

3.6.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS DÉCLARÉS EN 2013

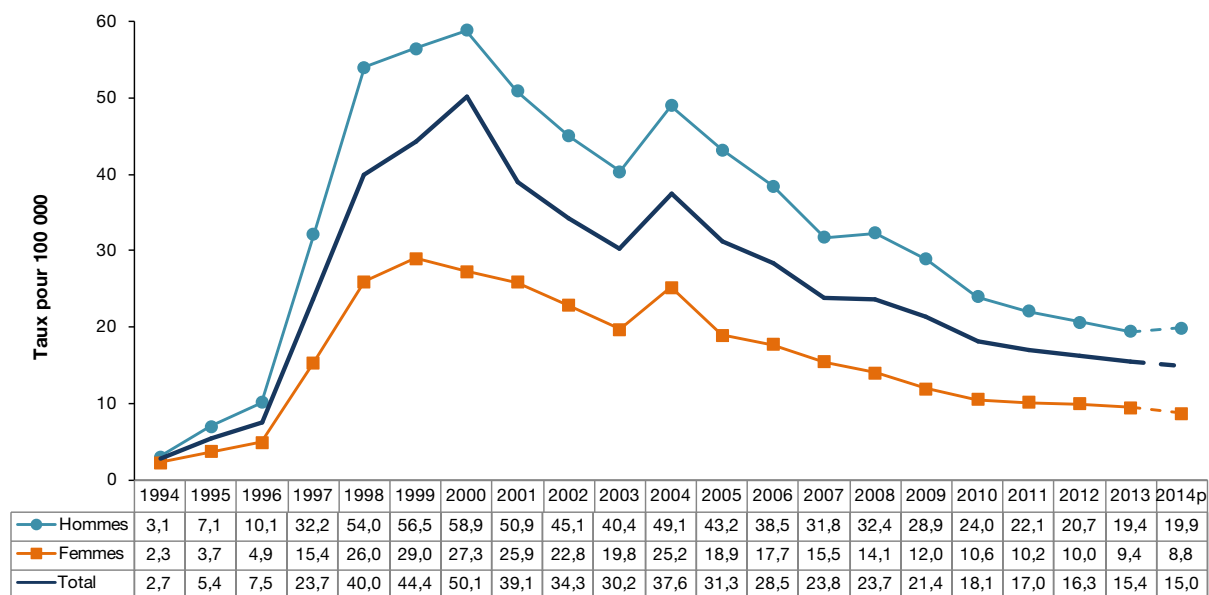
- En additionnant les cas de stade aigu et de stade non précisé, un total de 1 245 cas d'hépatite C ont été déclarés (taux de 15,4 pour 100 000 personnes).
- Les hommes représentent 63 % des cas déclarés.
- Parmi les cas masculins déclarés, on trouve 51 % d'hommes âgés de 35 à 54 ans, groupe d'âge pour lequel le taux est le plus élevé (les taux variant entre 24,2 et 43,0, 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 10,5 et 16,3 pour 100 000 selon les groupes d'âge quinquennaux).
- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le taux d'incidence est de 7,9 pour 100 000 chez les hommes et de 7,7 pour 100 000 chez les femmes; ces jeunes comptent pour 6 % des cas déclarés en 2013.
- La région de Montréal a enregistré 37 % (464) des cas de la province. Les taux les plus élevés s'observent dans les régions du Nord-du-Québec (36,2 pour 100 000 personnes, avec 5 cas), des Laurentides (31,7 pour 100 000 personnes) et de Montréal (23,8 pour 100 000 personnes). Deux autres régions ont des taux légèrement supérieurs au taux de la province, soit l'Outaouais et le Nunavik (16,4 pour 100 000 avec 2 cas). Les autres régions ont des taux inférieurs au taux établi pour la province.
- En ce qui concerne plus particulièrement les cas aigus :
 - 21 cas ont été déclarés en 2013 (15 hommes et 6 femmes), ce qui donne un taux de 0,3 pour 100 000 personnes;
 - parmi les cas déclarés chez les hommes, un était âgé entre 15 et 24 ans, 12 étaient âgés de 25 à 44 ans et deux étaient âgés de 50 à 64 ans;
 - parmi les cas déclarés chez les femmes, quatre étaient âgées de 15 à 24 ans, une entre 25 à 34 ans et une de 55 ans ou plus;
 - la plupart des cas (17/21) ont été déclarés dans la région de Montréal, les quatre autres se répartissant entre les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean et de la Capitale-Nationale.

3.6.2 TENDANCES

- Entre 2000 et 2013, le taux d'incidence des cas déclarés est passé de 50,1 à 15,4 pour 100 000 personnes, soit une diminution de 69 %.
- Pour la période de 2009 à 2013, la diminution s'établit à 28 %. Elle s'observe tant chez les femmes (- 21 %) que chez les hommes (- 33 %).

- Entre 2010 et 2011, la diminution avait été de 7 %; entre 2011 et 2012, elle a été de 4 %; puis, entre 2012 et 2013, elle est de 5 %. Selon les données préliminaires, le nombre de cas déclarés en 2014 sera légèrement inférieur à celui de 2013.

Figure 19 Hépatite C⁶¹ : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1994 à 2014p⁶²

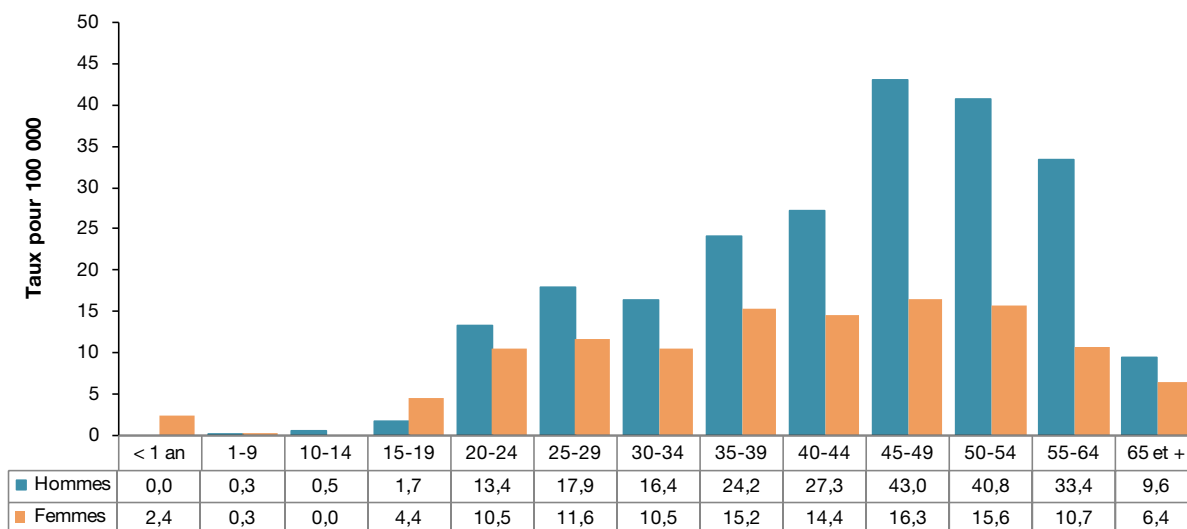


Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre le 5 août 2014 (2004 à 2013) et le 29 septembre 2014 (projections 2014).

⁶¹ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

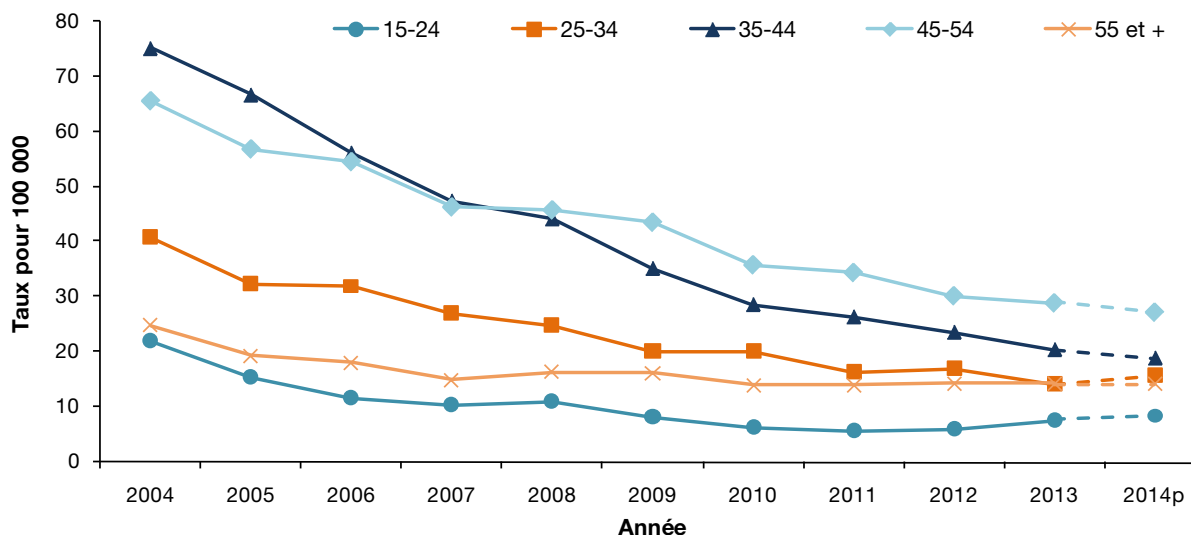
⁶² Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 1^{er} janvier au 9 août 2014).

Figure 20 Hépatite C⁶³ : taux d'incidence⁶⁴ des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2013



Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre 5 août 2014.

Figure 21 Hépatite C⁶³ : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2004 à 2014p⁶⁵



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

⁶³ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁶⁴ Taux exprimé pour 100 000 personnes.

⁶⁵ Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2014, 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 9 août 2014).

Tableau 10 Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence⁶⁶, selon la région, Québec, de 2009 à 2014p

Région	2009		2010		2011		2012		2013		Moyenne 2009-2013		2014p*		Variation 2013-2009			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	19	9,4	20	9,9	17	8,4	10	5,0	13	6,5	16	7,9	5	2,5	-6	-31,6	-3,0	-31,6
Saguenay-Lac-Saint-Jean	29	10,7	17	6,3	24	8,9	26	9,6	22	8,2	45	8,7	20	7,3	-7	-24,1	-2,5	-23,4
Capitale-Nationale	137	20,1	100	14,5	114	16,5	127	18,2	96	13,7	101	16,6	84	11,9	-41	-29,9	-6,4	-31,8
Mauricie et Centre-du-Québec	97	19,7	66	13,3	58	11,7	73	14,6	74	14,8	69	14,8	61	12,1	-23	-23,7	-4,9	-25,1
Estrie	58	18,9	56	18,2	42	13,5	41	13,1	45	14,3	20	15,6	33	10,4	-13	-22,4	-4,6	-24,2
Montréal	686	36,1	593	31,0	503	26,1	490	25,3	464	23,8	411	28,5	454	23,2	-222	-32,4	-12,3	-34,1
Outaouais	75	21,0	72	19,9	87	23,7	71	19,1	64	17,1	59	20,2	49	13,0	-11	-14,7	-3,9	-18,7
Abitibi-Témiscamingue	44	30,3	23	15,9	42	29,0	27	18,6	15	10,4	24	20,8	28	19,3	-29	-65,9	-20,0	-65,9
Côte-Nord	10	10,5	7	7,4	9	9,5	11	11,7	8	8,6	6	9,5	13	14,1	-2	-20,0	-1,9	-18,5
Nord-du-Québec	2	13,7	0	0,0	2	14,1	5	35,7	5	36,2	5	20,0	2	12,1	3	150,0	22,5	163,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	13	13,8	12	12,7	5	5,3	8	8,5	4	4,2	13	8,9	5	5,2	-9	-69,2	-9,5	-69,2
Chaudière-Appalaches	35	8,7	25	6,2	19	4,7	18	4,4	28	6,8	30	6,1	25	6,0	-7	-20,0	-1,9	-21,7
Laval	55	14,1	43	10,9	51	12,7	32	7,9	40	9,7	44	11,0	51	12,2	-15	-27,3	-4,4	-31,2
Lanaudière	52	11,3	42	9,0	38	8,0	39	8,1	34	6,9	75	8,6	59	11,9	-18	-34,6	-4,4	-38,9
Laurentides	156	28,7	159	28,8	164	29,2	162	28,5	183	31,7	172	29,4	164	28,1	27	17,3	3,0	10,5
Montréal	196	13,7	190	13,2	169	11,6	160	10,9	147	9,9	123	11,8	164	11,0	-49	-25,0	-3,8	-28,0
Nunavik	1	8,7	1	8,5	2	16,9	2	16,7	2	16,5	2	13,5	0	0,0	1	100,0	7,9	90,8
Terres-Cries-de-la-Baie-James	5	32,7	4	25,6	2	12,6	2	12,4	1	6,1	2	17,9	0	0,0	-4	-80,0	-26,6	-81,4
Région non précisée	2		0		0		0		0		0				-2			
Province de Québec	1 672	21,4	1 430	18,2	1 348	17,0	1 304	16,3	1 245	15,4	1 400	17,6	1 217	15,0	-427	-25,5	-6,0	-27,9

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

* 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 9 août 2014).

⁶⁶ Taux pour 100 000 personnes.

3.6.3 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 la fin du 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 spécifiques 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.

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 en raison des coûts élevés du traitement.

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 PVVIH, 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.

3.7 VIH : nombreux défis pour atteindre l'objectif de 0 transmission

Depuis 2002, le Programme de surveillance de l'infection par le VIH fournit des données sur la fréquence 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, 8 205 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés dans le cadre du programme entre avril 2002 et décembre 2013. Parmi ceux-ci, on compte 4 316 nouveaux diagnostics⁶⁷, 3 512 anciens diagnostics et 377 cas qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

⁶⁷ 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.

3.7.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS D'INFECTION PAR LE VIH ENREGISTRÉS POUR L'ANNÉE 2013⁶⁸

- En tout, 656 infections par le VIH ont été enregistrées en 2013 : 358 nouveaux diagnostics, 278 anciens diagnostics 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) sont maintenant enregistrés. Ainsi, 98 cas (64 anciens diagnostics, 31 nouveaux diagnostics et 3 non précisés) sont inclus dans les données de 2013 et ne l'auraient pas été avant avril 2012.
- Les hommes représentent 83 % des nouveaux diagnostics.
- Pour ce qui est des cas masculins consistant en de nouveaux diagnostics (n = 296), 13 % ont entre 15 et 24 ans, 30 % ont entre 25 et 34 ans, 22 % sont âgés de 35 à 44 ans et 34 % ont 45 ans ou plus.
- Quant aux cas féminins consistant en de nouveaux diagnostics (n = 62), 10 % sont âgées de 15 à 24 ans, 32 % ont entre 25 et 34 ans, 23 % sont âgées de 35 à 44 ans, 31 % ont 45 ans ou plus.
- En 2013, l'âge médian des nouveaux diagnostics est de 35,5 ans chez les femmes et de 37,0 ans chez les hommes.
- En 2013, pour l'ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s'établit à 4,4 cas par 100 000 personnes. La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur (11,3 cas pour 100 000 personnes).
- En 2013, 64 % des cas (anciens et nouveaux diagnostics) ont été enregistrés dans la région de Montréal; la proportion est de 9 % pour la Montérégie, de 7 % pour la région de la Capitale-Nationale 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.
- Depuis l'implantation du programme de surveillance du VIH en avril 2002, la région de Montréal recense à elle seule 64 % de l'ensemble des cas (nouveaux et anciens diagnostics) enregistrés dans le cadre du programme de surveillance. La proportion est relativement stable depuis l'instauration de ce programme.

Catégories d'exposition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS enregistrés en 2013

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2013 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont, plus précisément :

- les HARSAH, qui représentent 63 % des nouveaux diagnostics et 76 % de ceux qui concernent les hommes, la proportion s'élevant à 79 % si l'on inclut les HARSAH qui sont aussi UDI;
- les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique⁶⁹, qui représentent 16 % des nouveaux diagnostics et 53 % de ceux qui se rapportent aux femmes. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente pour ces dernières. Une majorité des nouveaux diagnostics sans NAM qui ont été enregistrés en 2013 concernent des personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est endémique (65 %, soit 20 des 31 nouveaux diagnostics sans NAM), soit la moitié chez les hommes (n=10) et les femmes (n=10). L'ajout des cas sans NAM augmente la proportion

⁶⁸ Bitera, R. et collab., *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2013*, 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 7 août 2014.

⁶⁹ Pays qui affichent un taux important d'infection par le VIH et où le mode de transmission prédominant est le contact hétérosexuel.

de cette catégorie d'exposition parmi les nouveaux diagnostics enregistrés en 2013 (de 10 % à 13 %);

- les personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'autres pays où l'infection n'est pas endémique, qui représentent 12 % des nouveaux diagnostics (9 % chez les hommes et 26 % 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 séjourné dans des pays où la maladie est endémique et celles pour lesquelles il n'y a aucune précision sur les partenaires;
- les UDI, (excluant les HARSAH UDI) qui représentent 5 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2013 (2 % chez les hommes et 18 % chez les femmes). Chez les hommes, la proportion s'élève à 5 % si on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI.

Transmission verticale

On a enregistré 38 nouveaux diagnostics de transmission verticale depuis 2002, dont 15 concernent des enfants nés au Canada. Parmi ces derniers, 10 ont des mères immigrantes de pays où l'infection est endémique.

Taux des CD4 et charge virale des cas d'infection par le VIH enregistrés pour l'année 2013

Le compte des lymphocytes T CD4+ (CD4) renseigne à propos de l'état de santé du système immunitaire, et la charge virale sur l'activité du VIH dans l'organisme de la personne vivant avec le virus. Ces données sont enregistrées au programme depuis avril 2013. Elles sont disponibles pour 452 cas.

- Pour les anciens diagnostics (n = 210 avec les résultats des deux tests) : 41,4 % avaient une concentration ≥ 500 CD4/ μ L, 46,2 % entre 200 et 499 CD4/ μ L et 12,4 % moins de 200 CD4/ μ L. La majorité (71,0 %) présentaient une charge virale indétectable, 3,8 % avaient 40 à 200 copies/ μ L et 25,2 % plus de 200 copies/ μ L.
- Pour les nouveaux diagnostics (n = 233 avec le compte des CD4 et la charge virale) : 37,8 % avaient un taux ≥ 500 CD4/ μ L, 37,8 % de 200 à 499 CD4/ μ L et 23,2 % moins de 200 CD4/ μ L. Six pour cent (6,0 %) avaient une charge virale indétectable; 4,7 % de 40 à 200 copies/ μ L et 89,2 % plus de 200 copies/ μ L.

Tableau 11 Concentration des lymphocytes T CD4+ et charges virales chez les nouveaux et anciens diagnostics, 2013

		Anciens diagnostics n = 210	Nouveaux diagnostics n = 233
CD4	≥ 500 CD4/ μ L	41,4 %	37,8 %
	200-499 CD4/ μ L	46,2 %	37,8 %
	< 200 CD4/ μ L	12,4 %	23,2 %
Charge virale	≥ 200 copies/ μ L	25,2 %	89,2 %
	40-200 copies/ μ L	3,8 %	4,7 %
	< 40 copies/ μ L	71,0 %	6,0 %

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

3.7.2 TENDANCES

Les tendances doivent être interprétées avec précaution puisque le nombre de cas fluctue d'année en année. Les cas sans NAM sont enregistrés depuis avril 2012, mais ils n'étaient pas comptabilisés auparavant (113 cas en 2012 et 98 en 2013). Ce changement apporté au programme de surveillance doit être pris en considération lors de l'interprétation des tendances. Il est possible de dégager de l'analyse les constats suivants :

- entre 2004 et 2008, on observe une moyenne de 399 nouveaux diagnostics de cas de VIH par année. La moyenne est de 330 pour la période 2009-2013, soit une diminution de 17 %⁷⁰;
- chez les hommes, la moyenne de nouveaux diagnostics de VIH s'établissait à 325 par année entre 2004 et 2008. Elle est de 276 pour la période 2009-2013, soit une diminution de 15 %⁷¹. Les tendances ne sont pas homogènes d'un groupe d'âge à l'autre. La diminution du nombre de nouveaux diagnostics s'observe surtout chez les hommes de 35 à 59 ans, alors qu'une tendance à la hausse se poursuit depuis 2009 chez les jeunes de 15 à 24 ans, en particulier chez les plus jeunes d'entre eux;
- chez les femmes, on comptait, en moyenne, 73 nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2004 et 2008. La moyenne est de 54 pour la période 2009-2013, soit une diminution de 26 %⁷². Parmi les femmes de 15 à 49 ans, des baisses de 33 % à 63 % sont observées, mais une augmentation de 11 % est observée chez les femmes de 50 ans et plus;
- entre 2003 et 2013, la proportion des UDI parmi les nouveaux diagnostics est passée de 16 % à 5 %. En incluant les HARSAH-UDI, ces proportions sont respectivement de 20 % et 7 %. Pour ce qui est de l'ensemble des cas enregistrés (nouveaux et anciens diagnostics), la proportion d'UDI est passée de 22 % en 2003 à 6 % en 2013. En incluant les HARSAH-UDI, ces proportions sont respectivement de 26 % et 8 %;
- la diminution observée chez les personnes hétérosexuelles d'origine canadienne ou de pays où le VIH n'est pas endémique (diminution de 27 %) est plus importante comparativement à celles observées chez les immigrants de pays endémiques (diminution de 15 %) et chez les HARSAH (diminution de 8 %).

Les UDI

- Les UDI (incluant ceux qui sont également HARSAH) constituent 16,8 % 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 d'UDI (incluant ceux qui sont également HARSAH) parmi les **nouveaux diagnostics** enregistrés depuis le début du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, en avril 2002, est de 16,6 % chez les femmes (126 cas) et de 9,6 % chez les hommes (342 cas). Pour l'année 2013, ces proportions sont de 4,7 % chez les hommes et 17,7 % chez les femmes.
- Chez les femmes, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics enregistrés dans cette catégorie était de 12,4/an pour la période 2004-2008 et est de 6,6 pour la période 2009-2013 (-47 %). Chez les hommes, le nombre annuel moyen de cas enregistrés dans cette catégorie

⁷⁰ Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2013, la moyenne pour la période 2009-2013 serait de 316 nouveaux cas et la diminution atteindrait 21 %.

⁷¹ Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2013, la diminution atteindrait 18 %.

⁷² Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2013, la diminution atteindrait 33 %.

(incluant les HARSAH UDI) était de 34/an pour la période 2004-2008 et est de 17/an pour la période 2009-2013 (-50 %).

- Parmi l'ensemble des nouveaux diagnostics enregistrés chez les UDI (excluant les HARSAH-UDI) depuis le début du programme (356), 9 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 40 % de 25 à 39 ans, 46 % de 40 à 54 ans et 5 % de 55 ans ou plus.
- En 2013, 25 cas ont été enregistrés chez les UDI, 14 hommes et 11 femmes.

Les HARSAH

- Les HARSAH (incluant ceux qui sont également UDI) constituent 51 % 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 71 %.
- En 2013, on enregistrait 226 nouveaux diagnostics chez les HARSAH. Ils se répartissent comme suit : 16 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 32 % avaient entre 25 et 34 ans, 22 % étaient âgés de 35 à 44 ans, 20 % entre 45 et 54 ans et 10 % avaient 55 ans ou plus.
- Depuis 2003, le nombre annuel de nouveaux diagnostics chez les HARSAH a oscillé entre un minimum de 194 en 2004, et un maximum de 237 en 2008. Le nombre de nouveaux diagnostics chez les HARSAH était de 226 en 2013. La moyenne s'établissait à 226 entre 2004 et 2008, alors qu'elle est de 208 pour la période 2009-2013, chiffre qui correspond à une diminution de 8 % 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 HARSAH âgés de 35 à 44 ans, la moyenne annuelle de nouveaux diagnostics ayant été de 83 pour la période 2004-2008 et de 49 pour la période 2009-2013, soit une diminution de 41 %;
 - une tendance à la hausse du nombre de nouveaux diagnostics se dégage 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 15 cas pour la période 2004-2008, elle a été de 22 pour la période 2009-2013, soit une augmentation de 47 %;
 - pour les autres groupes d'âge, on observe une tendance à la hausse, non statistiquement significative pour les HARSAH de 25 à 34 ans et ceux de 55 ans et plus, ainsi qu'une tendance à la baisse, également non statistiquement significative, pour les HARSAH de 45-54 ans.

3.7.3 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 Canada⁷³, on a évalué qu'au Québec, environ 760 personnes (entre 520 et 1 000) 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 1 100).

⁷³ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2011*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014, 22p.

Selon ces mêmes estimations, environ 19 300 personnes (entre 15 600 et 23 000) 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 17 620 personnes (entre 14 240 et 21 000) 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 hétérosexuels⁷⁴.

Tableau 12 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 2013

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Anciens diagnostics													
Sexe masculin	277	339	267	229	198	215	200	209	162	138	200	195	2629
Sexe féminin	83	117	80	80	55	75	66	60	42	49	88	83	878
Transsexuel	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	4
Sexe inconnu	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sous-total	360	457	347	310	254	290	268	269	204	187	288	278	3512
Nouveaux diagnostics													
Sexe masculin	183	355	305	337	374	280	329	256	281	281	268	296	3545
Sexe féminin	47	88	87	83	81	56	60	51	60	40	55	62	770
Transsexuel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sexe inconnu	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Sous-total	230	443	392	420	456	336	389	307	341	321	323	358	4316
Impossible à caractériser													
Sexe masculin	55	33	48	8	12	22	14	33	17	17	14	17	290
Sexe féminin	26	13	14	5	3	4	2	7	0	4	6	3	87
Transsexuel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sexe inconnu	0	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	20	377
Total	671	946	801	743	725	652	673	616	562	529	631	656	8205

(+) 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. Le total présenté inclut les cas sans NAM enregistrés en 2012 et en 2013.

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 2014.

⁷⁴ Yang Q, Boulos D, Yan P, et collab.. Estimates of the number of prevalent and incident human immunodeficiency virus (HIV) infections in Canada, 2008. *Can J Public Health*. 2010 Nov-Dec;101(6):486-90.

Tableau 13 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 2002⁷⁵ à décembre 2013

	Total des cas	HARSAH	HARSAH -UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hommes											
2002	515	52,4	5,0	23,3	7,8	2,3	0,6		6,4	1,2	0,6
2003	727	56,9	5,4	20,1	6,9	2,5	0,4	0,1	6,2	1,4	0,1
2004	620	58,7	6,1	14,8	8,1	2,3	0,2	0	7,7	1,5	0,6
2005	574	61,3	4,9	13,2	9,4	1,9	0,3	0,7	6,1	1	1
2006	584	61,5	5,7	14,2	8,2	1,4	0,5	0,3	7,9	0	0,3
2007	517	66	3,7	10,3	6,4	1,7	1	0,2	9,3	0,8	0,8
2008	543	67,8	4,2	9	7,9	3,9	0	0	6,1	0	1,1
2009	498	72,3	3,6	6,4	5,8	1,8	1,2	0,8	6	0,2	1,8
2010	460	72	3,7	6,3	7,6	1,7	0,4	0,2	7,2	0,7	0,2
2011	436	69,3	3,2	7,3	9,2	3,2	0,5	0,2	5	1,1	0,9
2012	482	67,8	3,5	5	13,9	3,1	0,4	0,2	5,4	0	0,6
2013	508	69,1	3	4,7	12,4	2,4	0,2	0	5,9	0,2	2,2
Sous-total Hommes	6464	64	4,4	11,8	8,5	2,3	0,5	0,3	6,6	0,7	0,8
Femmes											
2002	156	-	-	28,2	44,2	11,5	0,6	1,9	12,2	0,0	1,3
2003	218	-	-	29,8	44,5	11,0	0,0	0,5	11,9	1,4	0,9
2004	181	-	-	22,7	44,2	12,7	0	2,8	16	0	1,7
2005	168	-	-	22,6	41,7	14,9	0	0,6	15,5	0	4,8
2006	139	-	-	21,6	41	18	0,7	0,7	15,8	0	2,2
2007	135	-	-	22,2	45,9	12,6	0	0,7	18,5	0	0
2008	128	-	-	10,9	53,1	19,5	0,8	0	9,4	0,8	5,5
2009	118	-	-	16,9	49,2	14,4	0	1,7	14,4	0	3,4
2010	102	-	-	11,8	53,9	13,7	0	0	16,7	0	3,9
2011	93	-	-	8,6	53,8	15,1	0	0	14	0	8,6
2012	149	-	-	10,1	61,1	11,4	0	0	14,1	0	3,4
2013	148	-	-	10,1	61,5	4,7	0	0,7	17,6	0,7	4,7
Sous-total Femmes	1735	-	-	19,1	48,9	13	0,2	0,9	14,6	0,3	3,1

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.

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

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). Les cas sans NAM sont enregistrés depuis et sont inclus aux chiffres présentés de 2012-2013 et des sous-totaux et totaux.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2014.

⁷⁵ 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.

Tableau 13 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 2002⁷⁶ à décembre 2013 (suite)

	Total des cas	HARSAH	HARSAH-UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tous les cas											
2002	671	40,2	3,9	24,4	16,2	4,5	0,6	0,7	7,7	0,9	0,7
2003	946	43,8	4,1	22,3	15,6	4,4	0,3	0,2	7,5	1,4	0,3
2004	801	45,4	4,7	16,6	16,2	4,6	0,1	0,6	9,6	1,1	0,9
2005	743	47,4	3,8	15,4	16,7	4,9	0,3	0,7	8,2	0,8	1,9
2006	725	49,7	4,6	15,6	14,5	4,6	0,6	0,4	9,4	0	0,7
2007	652	52,3	2,9	12,7	14,6	4	0,8	0,3	11,2	0,6	0,6
2008	673	54,8	3,4	9,4	16,5	6,9	0,1	0	6,7	0,1	1,9
2009	616	58,4	2,9	8,4	14,1	4,2	1	1	7,6	0,2	2,1
2010	562	58,9	3	7,3	16	3,9	0,4	0,2	8,9	0,5	0,9
2011	529	57,1	2,6	7,6	17	5,3	0,4	0,2	6,6	0,9	2,3
2012	631	51,8	2,7	6,2	25	5,1	0,3	0,2	7,4	0	1,3
2013	656	53,5	2,3	5,9	23,5	2,9	0,2	0,2	8,5	0,3	2,7
TOTAL	8205	50,5	3,5	13,3	17,1	4,6	0,4	0,4	8,3	0,6	1,3

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.

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

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). Les cas sans NAM sont enregistrés depuis et sont inclus aux chiffres présentés de 2012-2013 et des sous-totaux et totaux.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2014.

⁷⁶ 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.

Tableau 14 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 2002⁷⁷ à décembre 2013

	Total des cas	HARSAH	HARSAH -UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hommes											
2002	183	62,8	1,1	10,4	10,4	3,8	0,0	0,0	8,7	1,1	1,6
2003	355	62,8	5,1	13,5	6,8	3,4	0,0	0,0	7,0	1,4	0,0
2004	305	63,6	4,6	8,5	9,8	2	0	0	9,2	1,6	0,7
2005	337	69,4	2,7	8	8	2,4	0	0	6,8	1,5	1,2
2006	374	69	3,7	6,4	10,2	1,9	0,3	0,3	8	0	0,3
2007	280	73,6	2,9	5,4	6,1	1,4	0	0	10	0,7	0
2008	329	72	4,6	5,5	5,5	5,2	0	0	6,7	0	0,6
2009	256	77,7	1,6	5,9	5,1	2	0	0,4	7,4	0	0
2010	281	77,9	3,2	2,8	7,5	2,1	0	0	6	0,4	0
2011	281	70,8	2,1	5,3	8,2	4,3	0	0,4	6,4	1,4	1,1
2012	268	74,3	2,6	2,6	10,1	4,1	0	0	6,3	0	0
2013	296	76,4	2,7	2	8,1	3	0	0	6,1	0,3	1,4
Sous-total Hommes	3545	70,8	3,2	6,4	7,9	2,9	0	0,1	7,4	0,7	0,5
Femmes											
2002	47	-	-	23,4	42,6	17,0	0,0	0,0	14,9	0,0	2,1
2003	88	-	-	25,0	52,3	11,4	0,0	0,0	9,1	0,0	2,3
2004	87	-	-	16,1	47,1	16,1	0	1,1	17,2	0	2,3
2005	83	-	-	15,7	43,4	18,1	0	0	19,3	0	3,6
2006	81	-	-	21	33,3	24,7	0	1,2	18,5	0	1,2
2007	56	-	-	23,2	44,6	12,5	0	0	19,6	0	0
2008	60	-	-	8,3	45	26,7	0	0	15	1,7	3,3
2009	51	-	-	9,8	49	25,5	0	0	15,7	0	0
2010	60	-	-	8,3	48,3	18,3	0	0	20	0	5
2011	40	-	-	12,5	42,5	25	0	0	15	0	5
2012	55	-	-	12,7	49,1	21,8	0	0	12,7	0	3,6
2013	62	-	-	17,7	53,2	6,5	0	0	19,4	1,6	1,6
Sous-total Femmes	770	-	-	16,6	45,8	18,2	0	0,3	16,4	0,3	2,5

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.

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

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). Les cas sans NAM sont enregistrés depuis et sont inclus aux chiffres présentés de 2012-2013 et des sous-totaux et totaux.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2014.

⁷⁷ 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.

Tableau 14 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 2002⁷⁸ à décembre 2013 (suite)

	Total des cas	HARSAH	HARSAH-UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tous les cas											
2002	230	50,0	0,9	13,0	17,0	6,5	0,0	0,0	10,0	0,9	1,7
2003	443	50,3	4,1	15,8	15,8	5,0	0,0	0,0	7,5	1,1	0,5
2004	392	49,5	3,6	10,2	18,1	5,1	0	0,3	11	1,3	1
2005	420	55,7	2,1	9,5	15	5,5	0	0	9,3	1,2	1,7
2006	456	56,7	3,1	9	14,3	5,9	0,2	0,4	9,9	0	0,4
2007	336	61,3	2,4	8,3	12,5	3,3	0	0	11,6	0,6	0
2008	389	60,9	3,9	5,9	11,6	8,5	0	0	8	0,3	1
2009	307	64,8	1,3	6,5	12,4	5,9	0	0,3	8,8	0	0
2010	341	64,2	2,6	3,8	14,7	5	0	0	8,5	0,3	0,9
2011	321	62	1,9	6,2	12,5	6,9	0	0,3	7,5	1,2	1,6
2012	323	61,6	2,2	4,3	16,7	7,1	0	0	7,4	0	0,6
2013	358	63,1	2,2	4,7	15,9	3,6	0	0	8,4	0,6	1,4
TOTAL	4316	58,1	2,6	8,3	14,7	5,7	0	0,1	9	0,6	0,9

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.

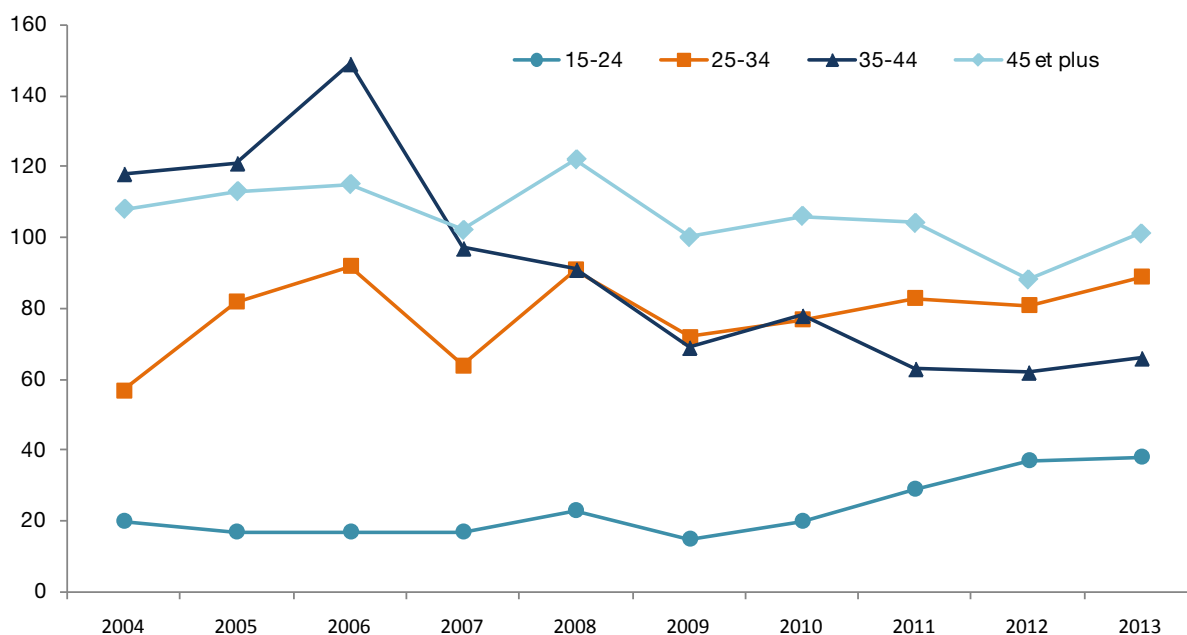
Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec mutl part, contact travailleur(euse) du sexe, ant ITS, séjour pays endémique, sans précision sur part.

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). Les cas sans NAM sont enregistrés depuis et sont inclus aux chiffres présentés de 2012-2013 et des sous-totaux et totaux.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2014.

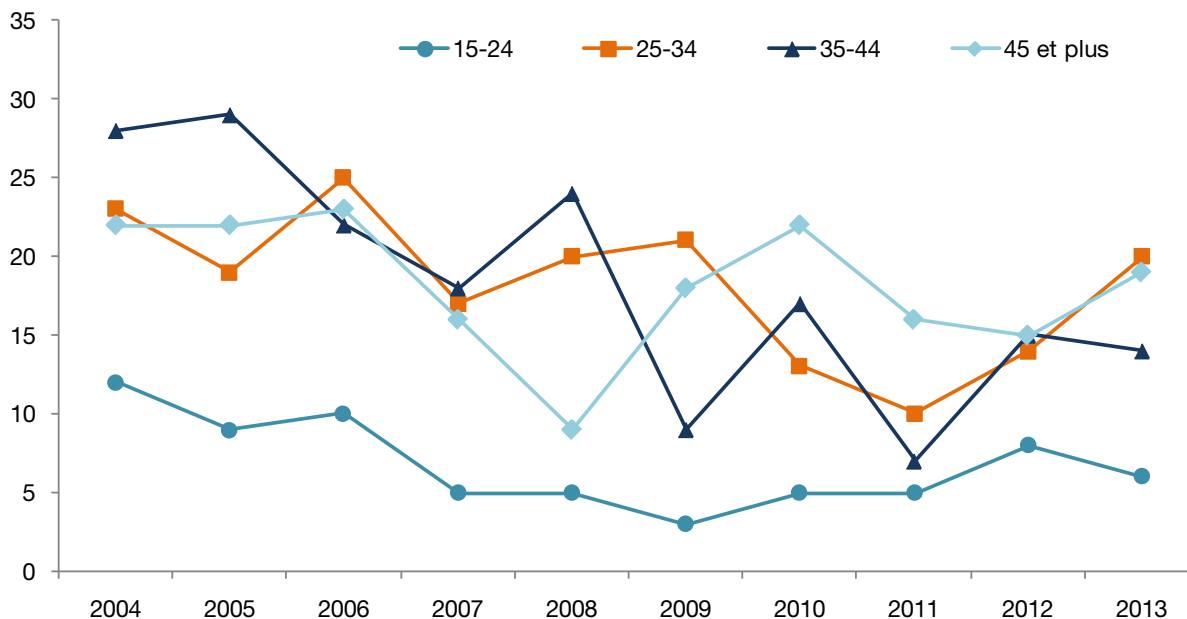
⁷⁸ En 2002, les données ne couvrent qu'une période de huit mois et demi en raison de l'entrée en vigueur du programme en avril 2002.

Figure 22 Nombre de nouveaux diagnostics enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, de 2004 à 2013, selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 ans et plus



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

Figure 23 Nombre de nouveaux diagnostics enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, de 2004 à 2013, selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 ans et plus



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

Tableau 15 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics enregistrés et taux brut d'incidence⁷⁹, selon la région, Québec, de 2009 à 2013

Région	2009		2010		2011		2012		2013		Variation 2013-2009			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	2	1,0	2	1,0	8	4,0	4	2,1	2	100,0	1,1	110,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	3	1,1	4	1,5	2	0,7	5	1,9	3	1,1	0	0,0	0,0	0,0
Capitale-Nationale	24	3,5	24	3,5	28	4,0	31	4,5	24	3,4	0	0,0	-0,1	-2,9
Mauricie et Centre-du-Québec	2	0,4	13	2,6	3	0,6	20	4,0	13	2,6	11	550,0	2,2	550,0
Estrie	7	2,3	5	1,6	13	4,2	5	1,6	10	3,2	3	42,9	0,9	39,1
Montréal	182	9,6	215	11,2	192	10,0	182	9,4	220	11,3	38	20,9	1,7	17,7
Outaouais	10	2,8	8	2,2	14	3,6	4	1,1	9	2,4	-1	-10,0	-0,4	-14,3
Abitibi-Témiscamingue	3	2,1	0	0,0	1	0,7	1	0,7	2	1,4	-1	-33,3	-0,7	-33,3
Côte-Nord	2	2,1	3	3,2	0	0,0	1	1,1	0	0,0	-2	-100,0	-2,1	-100,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,6	-1	-100,0	-0,5	-45,5
Chaudière-Appalaches	6	1,5	2	0,5	2	0,5	3	0,7	6	1,5	0	0,0	0,0	0,0
Laval	17	4,4	16	4,0	17	4,2	11	2,7	15	3,6	-2	-11,8	-0,8	-18,2
Lanaudière	13	2,8	4	0,9	10	2,1	7	1,5	6	1,2	-7	-53,8	-1,6	-57,1
Laurentides	9	1,7	7	1,3	8	1,4	9	1,6	9	1,6	0	0,0	-0,1	-5,9
Montréal	26	1,8	38	2,6	27	1,9	36	2,4	37	2,5	11	42,3	0,7	38,9
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Province de Québec	307	3,9	341	4,3	321	4,0	323	4,0	358	4,4	51	16,6	0,5	12,8

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 2013. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

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

3.7.4 COMMENTAIRES

L'OMS⁸⁰ 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 système⁸¹, la diminution du nombre annuel de nouveaux diagnostics, en cohérence avec une légère diminution du nombre estimé de cas incidents,

⁷⁹ Taux pour 100 000 personnes. L'incidence est estimée à partir du nombre de nouveaux diagnostics.

⁸⁰ Organisation mondiale de la Santé, La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/SIDA 2011-2015, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2011, 42 p., [En ligne], [\[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501650_fre.pdf\]](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242501650_fre.pdf).

⁸¹ 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 collab., *op. cit.*).

pourrait refléter certains résultats positifs de la lutte contre l'infection par le VIH : par exemple, le dépistage précoce et la prise en charge des cas détectés, des thérapies hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale, et des approches comportementales mieux adaptées.

En outre, au cours des cinq dernières années, une moyenne annuelle de 336 nouveaux diagnostics a été enregistrée ce qui est inférieur aux estimations d'incidence de l'ASPC pour l'année 2011 (entre 520 et 1000 cas). Il est difficile de savoir si la réalité est plus près de la marge inférieure ou de la marge supérieure.

D'autre part, 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 au Québec.

4 Populations particulièrement touchées

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs ITSS : les hommes HARSAH gais et autres HARSAH, les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue), 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 des ITSS 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)*⁸² et, en ce qui a trait particulièrement aux hommes gais et autres HARSAH, dans le *Portrait Année 2012 (et projections 2013)*⁸³. Si le présent portrait se concentre sur la population des personnes UDI, il contient néanmoins une brève revue des données relatives aux autres populations.

4.1 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 personnes)⁸⁴. Selon une étude récente, le nombre d'UDI résidant à Montréal se situerait entre 3 178 et 4 899⁸⁵.

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 11 700 personnes (IC à 95 % : 8 500 à 16 500) en 1996 à 3 908 personnes (IC à 95 % : 3 178 à 4 899) en 2009-2010, soit une réduction des deux tiers (67 %). Plusieurs phénomènes ou combinaisons de phénomènes pourraient expliquer cette diminution, 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 d'autres régions, l'évolution du marché de la drogue (et des modes de consommation)⁸⁶.

Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) représentent l'un des groupes les plus vulnérables aux infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Chez les UDI, le partage de matériel d'injection est le principal facteur de risque d'infection par le VIH et par le VHC. La transmission sexuelle du VIH est également présente, mais dans une moindre mesure. La transmission sexuelle du VHC est rare, mais peut se produire lors de pratiques sexuelles à haut risque en présence de sang ou d'ulcères génitaux associés à d'autres ITS.

⁸² Venne, S. et collab. *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.

⁸³ Venne, S. et collab. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : Année 2012 (et projections 2013)*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », no 43, 2013, 89 p.

⁸⁴ Cazale, L. et Leclerc, P. « 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.

⁸⁵ Leclerc, P., Fall, A. et Morissette, C., *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.

⁸⁶ Leclerc et collab. 2013 *Loc. cit.*

Les UDI (incluant les UDI également HARSAH) représentent 17 % de l'ensemble cas d'infection par le VIH (anciens et nouveaux diagnostics) déclarés au Québec depuis le début du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, en avril 2002. Le nombre annuel de cas de nouveaux diagnostics enregistrés dans cette catégorie a diminué d'environ 50 % entre les périodes 2004-2008 et 2009-2013; chez les femmes, le nombre annuel moyen est passé de 12,4 à 6,6 cas alors que chez les hommes, il est passé de 34 à 17 cas⁸⁷.

Un peu plus des trois quarts (79 %) des cas d'hépatite C aigus déclarés entre 2006 et 2013 à Montréal et pour lesquels une enquête avait pu être complétée se rapportaient à des personnes ayant consommé de la drogue par injection au cours des six derniers mois, alors que près de la moitié (47 %) des cas d'hépatite C sans précision déclarés durant la même période se rapportaient à des personnes ayant consommé de la drogue par injection au cours de leur vie. Ces deux proportions sont demeurées stables au cours de l'ensemble de la période⁸⁸.

4.1.1 RÉSEAU SURUDI⁸⁹

NOTE MÉTHODOLOGIQUE



Pour participer à SurvUDI, une personne doit s'être injecté des substances dans les six mois précédents, être âgée de 14 ans ou plus, parler le français ou l'anglais et être en mesure de fournir un consentement éclairé. Environ 90 % des individus sont recrutés dans les centres d'accès au matériel d'injection stérile. Les autres lieux de recrutement incluent des centres de réadaptation, des centres de détention et des refuges, par exemple. Les participations multiples par un même individu sont possibles et doivent être espacées d'au moins six mois. Un code encrypté permet d'identifier les participations multiples et de calculer des taux d'incidence en fonction de la durée de suivi jusqu'à l'infection.

Les participants répondent à un questionnaire administré par un intervieweur et fournissent un prélèvement oral pour la détection des anticorps contre le VIH et le VHC. Le réseau SurvUDI a débuté en 1995. Des modifications importantes ont été apportées au questionnaire en 2003, lorsque le réseau SurvUDI s'est joint au réseau canadien I-Track, ainsi qu'en 2011, lors de la phase 3 de I-Track. Quelques ajouts ont également été réalisés en 2004, en 2006 et en 2009. Les résultats font donc référence à quatre périodes principales : 1995-2012, 2003-2012, 2009-2012 et 2011-2012. **À moins de mention contraire, la période d'analyse est 2003-2012 et les questions se rapportent aux six derniers mois précédant l'entrevue.**

Les tendances temporelles sont présentées jusqu'en 2011, soit la dernière année civile complète de recueil des données. Toutefois, les tendances pour les taux d'incidence sont présentées jusqu'en 2010 en raison des durées de suivi insuffisantes pour l'instant pour 2011. Lorsque les taux d'incidence sont présentés pour la période complète (1995-2012, par exemple), les données recueillies lors du premier trimestre de 2012 sont incluses dans les calculs.

⁸⁷ Bitera et collab., 2014 *op cit.*

⁸⁸ Cox J et collab., *Facteurs d'exposition des cas d'hépatite C*, dans *Risques infectieux et environnementaux : Montréal 2004-2010*, Montréal, Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Mise à jour, données 2004-2012; Communication personnelle auprès de Klaus Jochem, médecin conseil et Émilie Maurais, agente de recherche, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, octobre 2014

⁸⁹ Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2012 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2012*. Institut national de santé publique du Québec, 2014, 107 pages.

Depuis maintenant près de 20 ans, le réseau SurvUDI-I-Track permet de suivre de manière continue l'évolution de l'épidémiologie des infections par le VIH et par le VHC chez les personnes UDI au Québec.

Au 31 mars 2012, 12 998 individus différents (dont 12 917 ont eu un test VIH valide à leur dernière visite) ont rempli 24 093 questionnaires. Les trois quarts des participants sont des hommes dont l'âge moyen est de 35,3 ans; l'âge moyen des femmes est de 30,3 ans. On remarque une baisse importante de la proportion de jeunes UDI âgés de 24 ans et moins recrutés dans le réseau au fil des années (globalement 23 % pour la période 1995-2012 comparativement à 7,6 % pour la dernière année, soit 2011-2012). Les participants sont majoritairement nés au Canada (96 %), avec une proportion de 13 % déclarant une origine autochtone en 2011-2012. Environ un participant sur deux (49 %) a terminé son cours secondaire et près des deux tiers (62 %) ont un revenu mensuel habituel inférieur à 1 000 \$. Dans les six derniers mois, 40 % des participants ont vécu dans la rue, un squat, un refuge ou un foyer, et 13 % dans un centre de détention.

Comportements de consommation de drogues

- La durée moyenne d'injection est de 12,7 chez les hommes et de 9,2 chez les femmes. Près du tiers des UDI (32 %) se sont injectés tous les jours pendant le dernier mois. La proportion d'injecteurs quotidiens est plus élevée en région urbaine que dans les régions semi-urbaine.
- Pour la période 2009-2012, la cocaïne demeure la drogue injectée par la plus grande proportion des participants (74 %), suivie par les médicaments opioïdes, l'héroïne et le crack/freebase. Plusieurs drogues sont injectées davantage par les jeunes UDI âgés de 24 ans et moins comparativement à ceux de 25 ans et plus, notamment l'héroïne et les médicaments opioïdes. Inversement, les participants de 25 ans et plus sont plus susceptibles de s'injecter de la cocaïne.
- Pour la période 2009-2012, les principales drogues consommées autrement que par injection sont le cannabis (75 %), l'alcool (70 %) et le crack/freebase (65 %).
- En 2011-2012, un individu sur cinq (18 %) a déclaré s'être injecté au moins une fois dans les six derniers mois avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre.
- Pour la période 2007-2012, près du tiers des personnes UDI (31 %) ont utilisé au moins une fois du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre.
- Plus des deux tiers des UDI (69 %) qui ont rapporté avoir inhalé ou fumé des drogues ont déclaré avoir utilisé du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour le faire.
- En 2011-2012, 89 % des participants au réseau SurvUDI ont déclaré avoir déjà été incarcérés dans une prison, un pénitencier ou un établissement correctionnel au cours de leur vie. Parmi ceux-ci, 13 % s'y sont déjà injectés des drogues; 52 % de ceux qui se sont injectés dans un tel milieu de détention y ont partagé des seringues.

Comportements sexuels

- Près de 90 % des femmes (87 %) et 68 % des hommes rapportent avoir eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales.
- En 2011-2012, les trois quarts des femmes (75 %) et 89 % des hommes déclarent une orientation sexuelle hétérosexuelle.

- Parmi les femmes ayant eu des partenaires sexuels occasionnels masculins, un peu plus de la moitié (53 %) n'utilisent pas toujours le condom avec ces partenaires. Cette proportion est également élevée pour les hommes avec leurs partenaires occasionnels hommes (39 %) et femmes (44 %).
- Pour la période 2004-2012, parmi les hommes ayant eu des partenaires sexuels masculins (soit 361 des 4 174 répondants);
 - 48 % ont eu des partenaires masculins occasionnels, et 51 % ont eu des relations anales avec ces partenaires masculins occasionnels. Près de 39 % d'entre eux rapportent des relations anales sans condom;
 - 41 % ont eu des partenaires masculins clients et 45 % ont eu des relations anales avec ces partenaires masculins clients. Plus du tiers d'entre eux (35 %) rapportent des relations anales sans condom.
- Pour la période 2004-2012, parmi les femmes ayant eu des partenaires sexuels masculins (soit 1 098 des 1 303 répondantes) :
 - 27 % ont eu des partenaires masculins occasionnels, et 23 % ont eu des relations anales avec ces partenaires masculins occasionnels. Plus de la moitié d'entre elles (54 %) rapportent des relations anales sans condom⁹⁰;
 - 36 % ont eu des partenaires masculins clients, et 23 % ont eu des relations anales avec ces partenaires masculins clients. Un peu plus du quart d'entre elles (27 %) rapportent des relations anales sans condom.
- Près du tiers des femmes (31 %) et 5,0 % des hommes rapportent avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autres choses en échange de « faveurs » sexuelles (partenaires sexuels clients).

Infection par le VIH et dépistage

- La prévalence du VIH est de 15 % sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2012); environ 1 UDI sur 6 serait donc infecté par le VIH. La prévalence augmente avec l'âge pour atteindre un maximum chez les 40 ans et plus (21 %) et elle est plus élevée dans les programmes urbains (16 %) que dans les programmes semi-urbains (7,7 %).
- Le taux d'incidence moyen du VIH pour la période 1995-2012 est de 2,4 par 100 personnes-années (PA), ce qui signifie que, en moyenne, parmi les personnes UDI n'ayant pas le VIH au début d'une année, 2,4 % le contracteront au cours des douze mois qui suivront. Ce taux d'incidence est de 2,7 par 100 PA à Montréal, de 2,7 par 100 PA à Ottawa/Ontario, de 2,2 par 100 PA à Québec et de 1,3 par 100 PA dans les régions semi-urbaines.
- Les facteurs suivants sont associés avec l'incidence du VIH durant toute la période 1995-2012 : l'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent et le sexe.

⁹⁰ Leclerc P, Morissette C, Blanchette C, Roy É, Blouin K, Alary M, the SurvUDI Working Group. Sexual behaviours of IDUs: A matter of concern? 23rd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research. *Can J Infect Dis Med Microbiol* Vol. 25 Supp. A, 2014. Présentation par affiche (P114).

- Un répondant sur 10 n'a jamais passé de test permettant de détecter l'infection par le VIH. Parmi ceux qui n'avaient jamais reçu un résultat positif pour le VIH⁹¹, 49 % avaient passé un test de dépistage du VIH au cours des six derniers mois.
- Le cinquième (20 %) des UDI dont le test VIH effectué dans le cadre de l'enquête s'était révélé positif ignoraient être infectés.
- Un peu plus de la moitié (56 %) des personnes infectées par le VIH, et le sachant, prenaient des médicaments contre l'infection par le VIH au moment de l'enquête.

Infection par le VHC et dépistage

NOTE



Il est possible de se débarrasser du virus de l'hépatite C comme il est possible de contracter l'infection à nouveau. Les données du réseau SurvUDI sont basées sur la détection d'anticorps contre l'hépatite C, ce qui permet de dire si la personne a déjà acquis l'infection, mais ne permet pas de dire s'il s'agit d'une infection encore présente ou résolue ou encore d'une réinfection.

- La prévalence du VHC est de 63 % sur l'ensemble de la période d'observation (2003-2012); ceci signifie qu'environ les deux tiers des participants ont des anticorps contre ce virus. La prévalence augmente avec l'âge, mais elle est déjà de 40 % chez les 20 à 24 ans. La prévalence du VHC est de 65 % dans les régions urbaines et de 52 % dans les régions semi-urbaines.
- Le taux d'incidence moyen du VHC pour la période 1997-2012 est de 23,2 par 100 PA, ce qui signifie que, en moyenne, parmi les personnes UDI n'ayant pas le VHC au début d'une année, 23,2 % le contracteront au cours des douze mois qui suivront. Ce taux d'incidence est de 27,6 par 100 PA à Québec, de 24,0 par 100 PA à Montréal, de 21,7 par 100 PA à Ottawa/Outaouais et de 14,1 par 100 PA dans les régions semi-urbaines.
- L'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent et, chez les femmes seulement, le fait d'avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autres choses en échange de faveurs sexuelles sont associés significativement à l'incidence du VHC pour la période 1997-2012.
- Environ 1 répondant sur 10 n'a jamais passé de test de détection des anticorps contre le virus de l'hépatite C au cours de sa vie. Parmi ceux qui n'ont jamais reçu un résultat positif pour le VHC⁹², 40 % ont passé un test au cours des six derniers mois.
- Un peu plus du cinquième (21 %) des UDI ayant eu un test des anticorps contre le VHC positif dans le cadre de l'enquête ignoraient leur statut.
- Parmi les participants qui se savent séropositifs à la fois pour le VIH et le VHC, 16 % ont déjà pris des médicaments contre le VHC. Cette proportion est de 14 % chez ceux qui savent qu'ils ont seulement des anticorps contre le VHC.

Coinfection VIH et VHC

- Globalement, 12 % des participants sont infectés par le VIH et ont également des anticorps contre le VHC.
- Parmi les UDI infectés par le VIH, 85 % avaient aussi des anticorps contre le VHC.

⁹¹ Inclut au dénominateur les participants n'ayant jamais eu de test de détection du VIH.

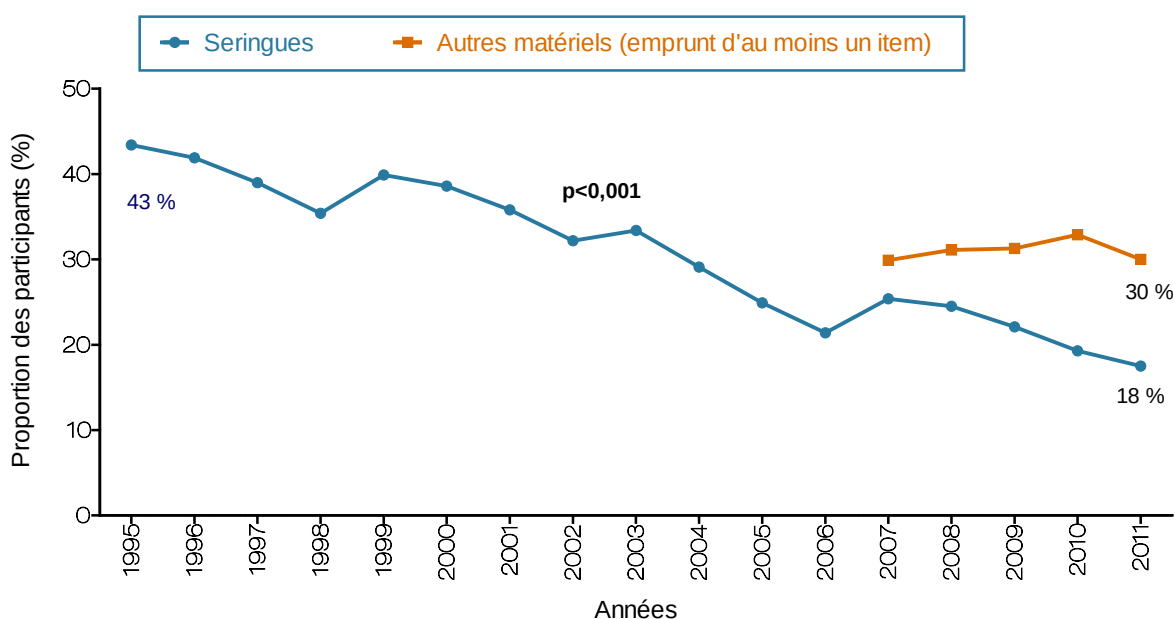
⁹² Inclut au dénominateur les participants n'ayant jamais eu de test de détection du VHC.

- Parmi les UDI ayant des anticorps contre le VHC, 20 % étaient aussi infectés par le VIH.

Tendances temporelles des comportements

- L'injection de Dilaudid® a augmenté de façon importante au cours des dernières années, de même que la consommation de crack/*freebase* non injecté. Il est impossible de se prononcer sur l'augmentation de l'ensemble des médicaments opioïdes en raison des changements apportés au questionnaire.
- La proportion des participants ayant déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois a diminué de près de 60 % entre 1995 et 2012 (43 % vs 18 %, figure 24).
- La proportion des participants ayant déclaré avoir utilisé du matériel d'injection autre que seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre est stable de 2007 à 2011.
- La proportion des participants ayant rapporté des partenaires sexuels clients a diminué significativement dans le réseau SurUDI entre 1995 et 2003, pour demeurer relativement stable par la suite.
- La proportion de participants au réseau SurUDI qui se sont injectés quotidiennement au cours du dernier mois est en hausse dans tout le réseau.

Figure 24 Tendances de l'utilisation de seringues et de matériel d'injection déjà utilisés par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurUDI-I-Track, 1995-2011

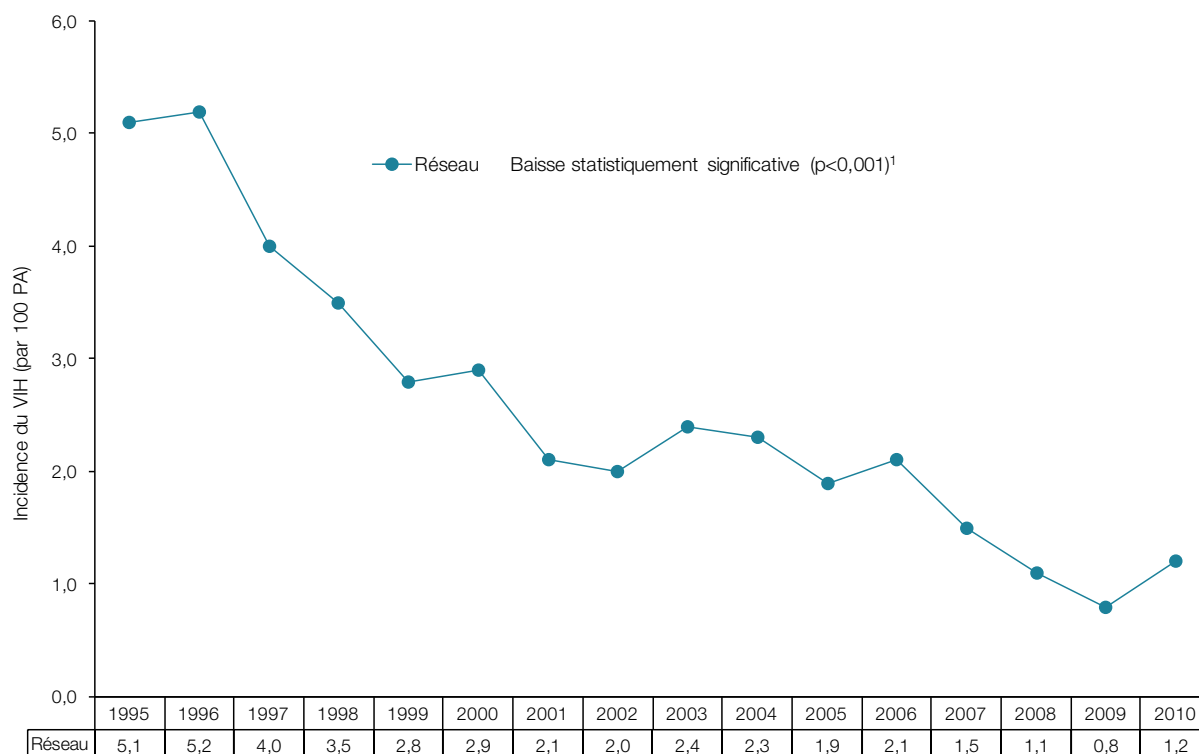


Test par *bootstrap* (1 000 itérations). La valeur-p indiquée est celle du test fait sur l'ensemble de la période.

Tendances temporelles des infections

- Après une diminution importante observée entre 1995 et 2002, le taux d'incidence du VIH est relativement stable depuis 2002, mais à un niveau considéré élevé comparativement à ce qui est observé ailleurs dans le monde⁹³ (figure 25).
- Globalement, on n'observe pas de tendance significative à la hausse ni à la baisse entre 1998 et 2010 pour le VHC, mais à un niveau considéré élevé comparativement à ce qui est observé ailleurs dans le monde⁵⁵.

Figure 25 Tendances de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2010



Test par *bootstrap* (1 000 itérations). La valeur-p indiquée est celle du test fait sur l'ensemble de la période.

⁹³ Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2012 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2010*. Institut national de santé publique du Québec, 2012, 91 pages.

Tableau 16 Caractéristiques des participants, comportements d'injection et sexuels, fréquence du VIH et du VHC, dépistage, connaissance du statut d'infection et traitement, réseau SurvUDI, 1995-2012

	Proportion %*	Période et nombre de répondants (dénominateur)
Informations sociodémographiques		
Sexe masculin	75,6	1995-2012, n = 12 717
Nés au Canada – Autochtones	13,1	2011-2012, n = 927
Cours secondaire complété	49,4	2003-2012, n = 5 781
Sans domicile fixe (rue, squat, refuge, foyer)**	40,3	2003-2012, n = 5 813
Séjour en centre de détention**	13,0	2003-2012, n = 5 813
Revenu mensuel habituel inférieur à 1000 \$	61,9	2011-2012, n = 915
Comportements d'injection**		
<u>Drogues consommées par injection (≥1 fois)</u> <i>Cocaïne</i> - moins de 25 ans	66,1***	2009-2012, n = 180
25 ans et plus	74,7	2009-2012, n = 1 834
<i>Médicaments opioïdes</i> - moins de 25 ans	78,3	2009-2012, n = 180
25 ans et plus	59,6	2009-2012, n = 1 834
<i>Héroïne</i> - moins de 25 ans	56,7	2009-2012, n = 180
25 ans et plus	30,8	2009-2012, n = 1 834
<i>Plus d'une drogue</i> - moins de 25 ans	77,2	2009-2012, n = 180
25 ans et plus	56,5	2009-2012, n = 1 834
<u>Drogue injectée le plus souvent</u> <i>Cocaïne</i> - moins de 25 ans	20,8	2009-2012, n = 178
25 ans et plus	49,4	2009-2012, n = 1 817
<i>Médicaments opioïdes non prescrits</i> - moins de 25 ans	51,7	2009-2012, n = 178
25 ans et plus	36,5	2009-2012, n = 1 817
<i>Héroïne</i> - moins de 25 ans	21,9	2009-2012, n = 178
25 ans et plus	9,0	2009-2012, n = 1 817
<u>Injection dans des lieux publics</u>	53,2	2004-2012, n = 5 501
<u>Injection le plus souvent dans des lieux publics</u> Urbains	27,3	2004-2012, n = 4 692
Semi-urbains	8,5	2004-2012, n = 779
<u>Injection à tous les jours</u> [†] Urbains	34,4	2003-2012, n = 4 970
Semi-urbains	20,1	2003-2012, n = 826
<u>Ont utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre</u> Urbains	21,1	2003-2012, n = 4 921
Semi-urbains	28,9	2003-2012, n = 814
<u>Ont utilisé du matériel autre que seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre</u> Urbains	28,2	2003-2012, n = 4 921
Semi-urbains	43,8	2003-2012, n = 814

Tableau 16 Caractéristiques des participants, comportements d'injection et sexuels, fréquence du VIH et du VHC, dépistage, connaissance du statut d'infection et traitement, réseau SurvUDI, 1995-2012 (suite)

	Proportion %*	Période et nombre de répondants (dénominateur)
Comportements sexuels**		
<u>Orientation sexuelle</u> ^{††} <i>Hétérosexuelle</i> – Femmes	75,1	2011-2012, n = 197
Hommes	88,8	2011-2012, n = 734
<i>Bisexuelle, homosexuelle ou autre</i> – Femmes	24,9	2011-2012, n = 197
Hommes	11,1	2011-2012, n = 734
<u>Ont eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales</u>		
Femmes	87,2	2003-2012, n = 1 374
Hommes	68,0	2003-2012, n = 4 400
<u>Hommes ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes</u>	8,7	2003-2012, n = 4 393
<u>≥ 2 partenaires sexuels masculins</u> Femmes	50,3	2003-2012, n = 1 374
Hommes	5,4	2003-2012, n = 4 393
<u>N'ont pas toujours utilisé le condom pour les relations vaginales ou anales avec leurs partenaires occasionnels masculins</u> Femmes	52,6	2003-2012, n = 367
Hommes	38,5	2003-2012, n = 91
<u>≥ 2 partenaires sexuelles féminines</u> Hommes	31,6	2003-2012, n = 4 399
<u>N'ont pas toujours utilisé le condom pour les relations vaginales ou anales avec leurs partenaires occasionnelles féminines</u> Hommes	44,2	2003-2012, n = 1 436
<u>Ont reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autres choses en échange de « faveurs » sexuelles</u> Femmes	30,7	2003-2012, n = 1 383
Hommes	5,0	2003-2012, n = 4 389
Fréquence des infections		
Prévalence du VIH	14,6	2003-2012, n = 5 785
Prévalence du VHC	62,9	2003-2012, n = 5 794
Taux d'incidence du VIH ^{†††}	2,4/100 PA [§]	1995-2012
Taux d'incidence des anticorps contre le VHC ^{†††}	23,2/100 PA	1997-2012

Tableau 16 Caractéristiques des participants, comportements d'injection et sexuels, fréquence du VIH et du VHC, dépistage, connaissance du statut d'infection et traitement, réseau SurvUDI, 1995-2012 (suite)

	Proportion %*	Période et nombre de répondants (dénominateur)
Dépistage		
Test de détection du VIH dans les 6 derniers mois, parmi les personnes qui ne se savent pas déjà infectées par le VIH	48,6	2003-2012, n = 4 865
Test de détection du VHC dans les 6 derniers mois, parmi les personnes qui ne se savent pas déjà porteuses des anticorps contre le VHC	39,6	2003-2012, n = 2 514
Connaissance du statut d'infection		
Ne savent pas qu'ils sont infectés par le VIH	19,7	2003-2012, n = 841
Ne savent pas qu'ils ont des anticorps contre le VHC	21,3	2003-2012, n = 3 616
Prise d'une médication contre le VIH au moment de l'entrevue, parmi les participants qui se savent infectés par le VIH	56,4	2003-2012, n = 672

* La proportion est calculée à partir du dénominateur identifié dans la deuxième colonne. Par exemple, pour « Nés au Canada – Autochtones », 13 % de 927 répondants, c'est-à-dire 121 participants ont déclaré une origine autochtone.

** Dans les six derniers mois, à moins d'une mention particulière.

*** Consulter le rapport annuel pour les statistiques globales de tous les participants : Leclerc P et collab. 2014, *Loc. cit.*

† Dans le dernier mois.

†† Orientation sexuelle au moment de l'entrevue.

††† Lorsque les taux d'incidence sont présentés séparément par année, les données sont présentées jusqu'en 2010 en raison des durées de suivi insuffisantes en 2011. Lorsque les taux d'incidence sont présentés pour la période complète 2003-2012, les données recueillies lors du premier trimestre de 2012 sont incluses dans les calculs.

§ PA : personnes-années.

4.1.2 COMMENTAIRES

La proportion des participants au réseau SurvUDI ayant déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées par d'autres personnes dans les six derniers mois a diminué de façon importante entre 1995 et 2011. 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. Un autre point positif à souligner est que la presque totalité des participants (98 %) au réseau SurvUDI trouve qu'il leur est facile ou très facile de se procurer des seringues neuves. Toutefois, la proportion de participants ayant utilisé au moins un item de matériel (autre qu'une seringue) déjà utilisé par quelqu'un d'autre est plus élevée que pour les seringues, soit autour de 30 %. Cette proportion, est demeurée stable entre 2007 et 2011.

Globalement, on observe dans le réseau une diminution significative de la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent. Parallèlement, on observe une hausse importante de l'injection de médicaments opioïdes depuis quelques années; la consommation de médicaments opioïdes est plus fréquente chez les jeunes de 24 ans et moins du réseau SurvUDI comparativement aux 25 ans et plus. Cette hausse est inquiétante, car le risque de dépendance aux médicaments opioïdes est très important, une grande proportion des consommateurs se les injectent et la consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations

et donc le risque d'infection par le VIH et le VHC⁹⁴. L'injection de médicaments opioïdes était un prédicteur indépendant de la transmission du VHC dans une analyse réalisée dans la cohorte St-Luc d'UDI montréalais⁹⁵. Cette tendance doit être surveillée attentivement afin que du matériel adapté à l'injection de ces substances soit rendu disponible.

Bien qu'un faible nombre de participants à SurvUDI ayant déjà été incarcérés dans une prison, un pénitencier ou un établissement correctionnel rapportent s'être déjà injecté des drogues en prison, le partage de seringues est relativement fréquent chez ceux qui le font. L'implantation d'un projet pilote d'échange de seringues stériles en milieu correctionnel figure parmi les pistes d'intervention.

Plus d'un participant sur dix rapporte une origine autochtone en 2011-2012. Il s'agit d'une surreprésentation importante considérant que les Autochtones représentaient seulement 1,2 % de la population québécoise en 2010⁹⁶ (91 680 Amérindiens et Inuits/7 880 927 habitants)⁹⁷.

Les personnes UDI sont aussi exposées à un risque élevé de transmission sexuelle du VIH, en plus du risque lié à l'injection. Pour la période 2003-2012, le fait d'avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autres choses en échange de faveurs sexuelles est associé significativement à l'incidence du VIH. Les analyses univariées montrent que les UDI travailleurs et travailleuses du sexe sont plus fréquemment en situation d'itinérance et rapportent davantage de comportements d'injection et sexuels à risque comparativement aux participants ne rapportant pas de partenaires sexuels clients⁹⁸. D'ailleurs, le travail du sexe chez les femmes est également associé significativement à l'incidence du développement d'anticorps contre le VHC. Les relations anales avec les partenaires sexuels masculins occasionnels et clients sont fréquentes et souvent non protégées. Les interventions auprès de cette population devraient idéalement inclure du counselling sur la réduction des risques sexuels en ciblant en particulier ceux ayant de multiples partenaires, des partenaires sexuels clients, et des relations anales, incluant les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

Parmi les participants au réseau SurvUDI, le taux d'incidence du VIH est considéré comme plutôt stable depuis 2002. En comparaison, parmi les participants à la cohorte St-Luc, l'incidence du VIH a diminué de manière accélérée après l'an 2000⁹⁹. Par ailleurs, la proportion des participants au réseau SurvUDI qui contractent l'hépatite C annuellement ainsi que la proportion de ceux qui sont porteurs d'anticorps contre l'hépatite C demeurent extrêmement élevées.

Entre 2003 et 2012, environ 20 % des participants infectés par le VIH, ainsi que 20 % de ceux ayant des anticorps contre le VHC l'ignoraient. Il est donc primordial de continuer à promouvoir le dépistage régulier du VIH et du VHC auprès de cette population. Des approches et stratégies adaptées, innovantes et intégrant divers problèmes de santé (toxicomanie, santé mentale/itinérance,

⁹⁴ Roy, E., Arruda, N., Vaillancourt, E., et collab. (2012) Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal. *Drug Alcohol Rev*, 31(1), 72-80.

⁹⁵ Bruneau, J., Roy, E., Arruda, N., et collab. (2012) The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction*, 107(7), 1318-27.

⁹⁶ Consulter la section sur les Autochtones pour plus de détails (section 4.6).

⁹⁷ Gaudreault, D. (2011) *Amérindiens et Inuits - Portrait des nations autochtones du Québec - 2^e édition*, Québec, Secrétariat aux affaires autochtones, 59 p.

⁹⁸ Blouin K, Leclerc P, Morissette C, Roy É, Blanchette C, Parent R, Serhir B, Alary M, the SurvUDI Working Group. Sex work as an emerging risk factor for HIV seroconversion among injection drug users in the SurvUDI network. 23rd Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research. *Can J Infect Dis Med Microbiol* Vol. 25 Supp. A, 2014. Présentation par affiche (P109).

⁹⁹ Bruneau, J., Daniel, M., Abrahamowicz, M., et collab. (2011) Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in Montreal, Canada: a 16-year longitudinal study. *American journal of epidemiology*, 173(9), 1049-58.

infections, etc) sont plus que jamais nécessaires. Les résultats d'une étude auprès des participants à la cohorte St-Luc suggèrent que chez les UDI devenus séropositifs au VHC, la connaissance de leur statut était associée à une diminution de la consommation par injection, alors que le fait de demeurer séronégatif pour le VHC n'était pas associé à un changement soutenu des comportements à risque¹⁰⁰.

Il existe des traitements efficaces pour éradiquer le VHC ou pour contrôler le VIH. Les traitements contre le VIH doivent être administrés à long terme et nécessitent un suivi médical et psychosocial soutenu. Cette assertion est de moins en moins vraie pour le VHC. Le suivi médical des patients infectés par le VHC se simplifie et les traitements disponibles s'améliorent constamment. Les nouveaux traitements causent moins d'effets secondaires, guérissent davantage de patients et en moins de temps qu'auparavant. Il faut également considérer que certaines personnes réussissent à se débarrasser du VHC et ne nécessiteront pas de traitement. En effet, environ 14 à 46 % des individus infectés éliminent spontanément leur infection et évitent la chronicité¹⁰¹. Par ailleurs, la littérature récente rapporte que les réinfections sont possibles, voire fréquentes et que les infections mixtes ne sont pas rares¹⁰². Des stratégies doivent être mises en place afin de traiter les personnes infectées par le VHC et éviter qu'elles développent les complications associées à l'infection chronique (cirrhose et carcinome hépatocellulaire). Considérant le nombre élevé de cas déclarés de VHC, le traitement a le potentiel de prévenir un nombre important de greffes hépatiques et de décès causés par le VHC.

Au-delà d'être associée à l'acquisition d'ITSS, la consommation de drogue entraîne aussi des décès par surdose. Entre le 1^{er} mai et le 26 août 2014, la DSP de l'Agence de Montréal a répertorié 83 cas de surdoses sévères liées à une drogue autre que l'alcool, le cannabis ou les drogues de synthèse. Parmi ceux-ci, on compte 25 décès. Et parmi les 47 cas pour lesquels de l'information est disponible sur le mode de consommation, 81 % s'étaient injecté au moins une drogue (cette proportion était de 71 % pour les cas décédés). La survenue de ces décès plaide en faveur de la mise en place de centres d'injection supervisée et de l'accessibilité à la naloxone (un antagoniste des opioïdes) pour les intervenants, les consommateurs et leurs proches.

En conclusion, le taux d'incidence du VIH demeure élevé chez les personnes UDI et le taux d'incidence du VHC très élevé, malgré le fait que l'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre soit en constante diminution et à son plus bas en 2011. Des changements importants dans les habitudes de consommation et les facteurs de risque ont également été observés. Ces données suggèrent que des moyens doivent être mis en place au Québec pour augmenter l'utilisation du matériel stérile d'injection et d'inhalation, en tenant compte des changements dans les drogues consommées et dans les modes de consommation. Par ailleurs, près du cinquième des participants infectés par le VIH et/ou ayant des anticorps contre le VHC l'ignorent, et trop peu des personnes infectées au courant de leur infection sont prises en charge et traitées. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC ainsi que la prise en charge et le traitement doivent donc demeurer des priorités.

¹⁰⁰ Bruneau, J., Zang, G., Abrahamowicz, M., et collab. (2014) Sustained drug use changes after hepatitis C screening and counseling among recently infected persons who inject drugs: a longitudinal study. *Clin Infect Dis*, 58(6), 755-61.

¹⁰¹ Seeff, L.B. (2002) Natural history of chronic hepatitis C. *Hepatology*, 36(5 Suppl 1), S35-46.

¹⁰² Wong, T. and Lee, S.S. (2006) Hepatitis C: a review for primary care physicians. *CMAJ*, 174(5), 649-59.

Micallef, J.M., Macdonald, V., Jauncey, M., et collab. (2007) High incidence of hepatitis C virus reinfection within a cohort of injecting drug users. *J Viral Hepat*, 14(6), 413-8.

4.2 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Selon l'EQSP 2008¹⁰³, 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.



L'acronyme HARSAH (homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) 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. Dans la présente section, l'expression *hommes gais et autres HARSAH* sera fréquemment utilisée.

Le *Portrait 2012-2013* a fait état des résultats de diverses études portant sur les gais et autres HARSAH. Ce *Portrait 2013-2014* présente quelques données préliminaires de la mouture 2013-2014 du Net Gay Baromètre (NGB).

Enquête Net Gay Baromètre

Le NGB est une enquête comportementale, publiée tous les trois ans, dont le premier cycle, réalisé en 2003, fut renouvelé en 2006 et 2009 pour la France et en 2008 au Québec. Le NGB permet aux hommes gais et autres HARSAH de rapporter leurs expériences sur des sujets variés : développement ou maintien de relations sociales, affectives ou sexuelles avec des partenaires rencontrés (ou non) sur Internet, vie de couple, usages de la toile et des réseaux sociaux, sexualité avec des partenaires occasionnels, comportements sexuels à risque avec des partenaires masculins ou féminins, espaces de socialisation fréquentés, consommation de substances psychoactives, engagement dans des relations sexuelles tarifées, etc. Les données sont colligées par questionnaire électronique auto-administré.

L'analyse présentée ici¹⁰⁴ porte sur des données recueillies en 2012-2013 auprès de 3 477 hommes gais et autres HARSAH québécois âgés de 16 ans et plus **et non infectés par le VIH (ou incertain de leur statut sérologique)**. L'âge moyen de ces participants était de 39 ans; 57 % d'entre eux résidaient dans la grande région métropolitaine de Montréal (régions de Montréal, Laval, Lanaudière, Montérégie et Laurentides); neuf sur dix étaient d'origine canadienne-française; un peu plus de la moitié (54 %) étaient célibataires, 77 % s'identifiaient comme gais (18 % comme bisexuels) et 38 % avaient terminé des études universitaires.

¹⁰³ Cazale, L. et Leclerc, P. « 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.

¹⁰⁴ Net Gay Baromètre 2013-2014, analyses préliminaires de données recueillies auprès de participants québécois HIV-négatif ou incertains de leur statut; Communication personnelle auprès de A LEOBON, Chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique en France et professeur à la Chaire de recherche en éducation à la santé de l'Université du Québec à Montréal, leobon.alain@uqam.ca. Octobre 2014.

Comportements sexuels

Au cours des 12 derniers mois :

- 88 % des participants ont eu au moins un partenaire sexuel occasionnel (cette proportion était identique chez les 16-24 ans et chez les 25 ans et plus);
- 58 % des participants « en couple » ont eu un ou plusieurs partenaires occasionnels (31 % chez les 16-24 ans et 61 % chez les 25 ans et plus);
- le nombre moyen de partenaires sexuels occasionnels était de 7,1 (4,9 chez les 16-24 ans vs 7,9 chez les 25 ans et plus).

Parmi ceux ayant eu un partenaire occasionnel ou plus :

- 19 % des 16-24 ans vs 42 % des 25 ans et plus rapportent avoir eu du sexe en groupe;
- 37 % des 16-24 ans vs 30 % des 25 ans et plus disent ne pas discuter de leur statut VIH avec leurs partenaires occasionnels;
- 80 % des 16-24 ans vs 66 % des 25 ans et plus ont eu des relations anales réceptives ou « insertives » avec un partenaire occasionnel. Parmi ceux-ci :
 - les 16-24 ans sont plus nombreux que les 25 ans et plus à avoir eu des relations sexuelles avec pénétration anale non protégée par un condom une fois ou plus avec un partenaire occasionnel (63 % vs 53 %);
 - les 16-24 ans sont plus nombreux que les 25 ans et plus à déclarer avoir pratiqué le *barebacking* une fois ou plus avec un partenaire occasionnel (27 % vs 20 %). Et quel que soit le groupe d'âge, 6 de ces répondants sur 10 ont rapporté avoir pratiqué une fois ou plus le *barebacking* en ignorant le statut sérologique de leur partenaire occasionnel.
Note : Le *barebacking* réfère à la pratique intentionnellement non protégée par un condom de la pénétration anale;
- 7,4 % des 16-24 ans et 9,3 % des plus âgés ont eu des relations sexuelles en échange d'argent, de drogue, de biens ou de services. Les jeunes sont beaucoup plus susceptibles que les plus âgés d'avoir reçu une compensation en échange de services sexuels (82 % vs 25 %), alors que ces derniers sont plus nombreux à avoir donné une compensation (58 % vs 13 %);
- 29 % des 16-24 ans et 53 % des plus âgés ont fréquenté une fois ou plus des lieux de sexe (sexe-club, saunas ou lieux extérieurs) alors que 78 % des 16-24 ans et 88 % des plus âgés ont fréquenté des sites de rencontres sur Internet.

Comportements de consommation de drogues (drogues consommées lors ou en dehors des relations sexuelles)

- De manière générale, les HARSAH de 16 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à avoir consommé une fois ou plus au cours des 12 derniers mois des substances psychoactives traditionnellement associées à un contexte récréatif : du cannabis (54 % vs 28 %), de l'ecstasy (12 % vs 7 %) et des amphétamines (16 % vs 7,1 %). Ils étaient cependant moins susceptibles d'avoir consommé des substances telles que les « poppers » (15 % vs 27 %) ou du « Viagra » (1,5 % vs 25 %).
- Quant aux drogues plus dures, telles que l'héroïne, la méthamphétamine (« crystal meth »), le crack ou la kétamine, entre 0,3 % et 1,9 %, selon la substance, rapportent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois, sans différence significative par rapport à l'âge du répondant.

Spécifiquement, 1,2 % des 16-24 ans et 1,6 % des 25 ans et plus ont consommé du *crystal meth*. La consommation par injection est peu fréquente (2,6 % vs 1,7 %).

Fréquence des ITSS et dépistage

- Un peu plus d'un participant sur 10 (13 %) a rapporté avoir reçu un diagnostic d'infection transmissible sexuellement au cours des 12 derniers mois (10 % chez les 16-24 ans vs 14 % chez les plus âgés). Parmi les 16-24 ans, 3,9 % avaient reçu un diagnostic d'infection gonococcique, 3,3 % un diagnostic de chlamydie et 1,7 % de syphilis; parmi les plus âgés, ces proportions étaient respectivement de 4,0 %, 4,1 % et 2,5 %.
- Les 16-24 ans sont moins nombreux que leurs aînés à s'être fait dépister pour le VIH au cours de leur vie (52 % vs 76 %) et légèrement moins nombreux à s'être fait dépister au cours de la dernière année (38 % vs 42 %).
- Parmi les participants qui avaient eu un partenaire de couple au cours des 12 derniers mois, 62 % mentionnent que le partenaire de couple avait eu un dépistage du VIH (51 % chez les 16-24 ans vs 67 % chez les 25 ans et plus).
- Quant au traitement post-exposition contre l'infection au VIH, il reste relativement inutilisé par les jeunes comme par les plus âgés (0,9 % vs 1,4 %).

Discrimination

- Le tiers des 16-24 ans (33 %) et 12 % des plus âgés rapportent avoir été injuriés en raison de leur orientation sexuelle une fois ou plus au cours des 12 derniers mois (respectivement 3,3 % et 1,7 % ont été agressés en raison de leur orientation sexuelle durant cette période alors que 38 % et 16 % ont subi une forme de discrimination au travail, à l'école ou dans tout autre contexte).

4.2.1 COMMENTAIRES

- Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH déclarés a légèrement diminué au cours des dernières années chez les HARSAH, mais il demeure très élevé et il a augmenté chez les **jeunes HARSAH** âgés de 15 à 24 ans depuis 2009¹⁰⁵. On estime qu'au Québec, un peu plus de 400 hommes gais et autres HARSAH contractent le VIH chaque année¹⁰⁶. Selon l'étude ARGUS¹⁰⁷, 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.
- Au Québec, les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne; en outre, ils représentent une proportion très importante des cas d'infection gonococcique. Plusieurs éclosions de maladies entériques (à *shigella*, *C coli* et *C jejuni* notamment) ont été rapportées au Québec parmi cette population¹⁰⁸.

¹⁰⁵ Bitera, R. et collab., 2014 *op. cit.*

¹⁰⁶ Agence de la santé publique du Canada, 2014 *op. cit.*

¹⁰⁷ Lambert, G., et collab. 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.

¹⁰⁸ Gaudreau, C., Helferty, M., Sylvestre, J.-L., Allard, R., Pilon, P. A., Poisson, M., & Bekal, S. (2013). *Campylobacter coli* outbreak in men who have sex with men, Quebec, Canada, 2010-2011. *Emerging Infectious Diseases*, 19(5), 764-767.

- 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 ait des relations anales réceptives (haut risque d'acquisition) **et** des relations anales insertives (haut risque de transmission) intensifie la propagation du VIH¹⁰⁹.
- Selon les données de l'étude ARGUS, un HARSAH non infecté par le VIH sur trois (32 %) 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). Un même niveau de cette prise de risque a été rapporté récemment par les participants du projet SPOT¹¹⁰, ceux de l'étude « Appel aux hommes »¹¹¹ et plus récemment ceux du NGB¹¹². Le recours au condom est complexe, plusieurs facteurs l'influencent : la lassitude ponctuelle à l'égard de ce qui relève du VIH et du condom, la quête de sensations fortes sur le plan sexuel, la quête d'intimité, particulièrement si l'on est en amour avec son partenaire, le fait d'éprouver de la difficulté à faire connaître ses intentions quant à la protection, les présomptions sur le statut sérologique des partenaires, la question de l'accès au condom au bon moment et aussi la prise de drogues¹¹³.
- Chez certains, les effets désinhibiteurs de l'alcool et des drogues altèrent de façon significative la motivation et la capacité à utiliser le condom de façon adéquate¹¹⁴. Par ailleurs, le nitrite d'amyle et les médicaments pour la dysfonction érectile sont des vasodilatateurs; leur consommation favorise des activités sexuelles de plus longue durée et augmente le risque de lésions et de saignements au niveau de la région anale. Selon les données récemment colligées par le NGB, la consommation de méthamphétamine en cristaux par les hommes gais et autres HARSAH québécois est encore relativement limitée; compte tenu des prises de risque associées à ce type de drogue, il est important d'en prévenir l'extension.
- Au-delà de la transmission sexuelle, la consommation de drogues constitue en soi un risque de transmission par voie sanguine du VIH et du VHC au sein de cette population. Bien que peu élevée, la proportion des répondants à l'étude ARGUS qui s'étaient injectés des drogues au cours des six derniers mois était dix fois plus importante que la proportion estimée d'utilisateurs de drogues injectables à Montréal (3,4 % vs. 0,3 %)¹¹⁵.
- Les données récentes du NGB concernant le dépistage du VIH renforcent l'importance d'une promotion active et continue de celui-ci; un test de dépistage du VIH et des autres ITSS devrait être offert annuellement à tous les hommes gais et aux autres HARSAH actifs sexuellement. Les hommes qui ont plusieurs partenaires ou qui ont des pratiques à risque pourraient bénéficier

¹⁰⁹ C. Beyrer et collab. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men, *The Lancet*, vol. 380, no 9839, 28 juillet 2012, p. 367-377.

¹¹⁰ Otis, J., Rodrigue, C. et Groupe de recherche SPOT. *Comparaison des caractéristiques et pratiques des participants de SPOT selon l'âge, 2013* (Communication personnelle).

¹¹¹ Myers, T. et collab., *Male Call Canada Technical Report*, Draft april 7, 2013, 70 p. [En ligne], <http://appelauxhommes.ca/> (Consulté le 22 octobre 2013).

¹¹² Net Gay Baromètre 2013-2014. *op.cit.*

¹¹³ 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).

¹¹⁴ Drumright, L. N., Patterson, T. L., & Strathdee, S. A. (2006). Club drugs as causal risk factors for HIV acquisition among men who have sex with men: a review. *Substance Use & Misuse*, 41(10-12), 1551-1601.

¹¹⁵ Leclerc et collab., 2013 *op.cit.*

d'une plus grande fréquence de ce test (de deux à quatre par année)¹¹⁶. 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.

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.

4.3 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 population¹¹⁷.

Le *Portrait 2011-2012* a fait état des résultats de diverses études portant sur les jeunes âgés de 15-24 ans. Ce *Portrait 2013-2014* présente quelques données préliminaires de l'étude PIXEL.

PIXEL Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec est une étude transversale descriptive qui combine des observations recueillies par questionnaire auto administré à la surveillance d'infections par auto-prélèvements biologiques.

Entre mai 2013 et juin 2014, 3 424 jeunes adultes ont été recrutés dans une diversité de sites (milieux scolaires, centres de recherches d'emploi et milieux de travail) localisés dans les régions de Montréal, de la Capitale Nationale, de Lanaudière, de Laval, des Laurentides, de l'Outaouais, de la Montérégie, de l'Estrie, de la Mauricie et de Chaudière-Appalaches. **Les données présentées ici¹¹⁸** ont été recueillies auprès de 2 638 jeunes (1 117 hommes, 1 518 femmes et 3 personnes intersexes ou transgenres), âgés de 17 à 25 ans (âge moyen de 20,7 ans), tous rencontrés en **établissements scolaires** (la population des établissements scolaires incluait les centres de formation aux adultes, centres de formation professionnelle, cégeps et universités). Les strates ont été créées de manière à représenter la proportion des jeunes adultes, hommes et femmes, inscrits dans ces établissements selon les données d'inscription fournies par le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS, 2012). La plupart (92 %) de ces participants ont fourni un auto-prélèvement (femme : écouvillon vaginal; homme : échantillon urinaire; femmes et hommes : gargarisme buccal) permettant la détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique et du virus du papillome humain.

¹¹⁶ 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).

¹¹⁷ Institut de la statistique du Québec, *Le bilan démographique du Québec : Édition 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2012, 172 p.

¹¹⁸ PIXEL, données préliminaires recueillies auprès des participants recrutés en milieux scolaires. Communication personnelle auprès de G Lambert, médecin conseil et Sara-Mathieu Chartier, agente de recherche, Institut national de santé publique du Québec, octobre 2014, glambert@santepub-mtl.qc.ca.

Comportements sexuels

- Parmi ces participants âgés entre 17 et 25 ans, 78 % des hommes et 84 % des femmes ont déjà eu des relations sexuelles consensuelles au cours de leur vie.
- Parmi ces jeunes sexuellement actifs, une même proportion d'hommes et de femmes (47 %) disent avoir eu des relations orales, vaginales ou anales avec 4 partenaires ou plus au cours de leur vie.
- Parmi les jeunes ayant rapporté avoir eu une relation sexuelle vaginale au cours des 12 derniers mois (735 hommes et 1 163 femmes) :
 - 54 % des hommes et 67 % des femmes disaient être en couple au moment de l'enquête;
 - 58 % des hommes et 51 % des femmes ont eu un ou une nouvelle partenaire dans les 12 derniers mois (parmi ceux-ci, 10 % des hommes et 7 % des femmes ont rapporté avoir eu 4 nouveaux partenaires et plus au cours de cette période);
 - 6 % des hommes et 3,9 % des femmes rapportent avoir eu des relations sexuelles « en groupe » une fois ou plus au cours des 12 derniers mois (il s'agit de relations « en groupe » lorsque 3 personnes ou plus ont des activités sexuelles ensemble au même moment);
 - 7,2 % des hommes et 8,6 % des femmes ont consommé de l'ecstasy (methyl amphétamine - MDMA) dans les 2 heures avant une relation sexuelle ou pendant une relation sexuelle;
 - Parmi les participants ayant un partenaire régulier (« de couple »), 38 % des hommes et 34 % des femmes rapportent avoir utilisé un condom pour la « plupart » ou « toutes » leurs relations vaginales avec ce type de partenaires au cours des 12 derniers mois. Ces proportions étaient respectivement de 55 % et 52 % avec les partenaires non réguliers (« d'un soir », « occasionnel », « connaissance » ou « ex »).

Connaissances au sujet de la chlamydie

- 19 % des hommes et 11 % des femmes ignoraient qu'une personne infectée peut transmettre la chlamydia même si elle n'a pas de symptômes.
- 30 % des hommes et 18 % des femmes ignoraient qu'il est possible d'être infecté par la chlamydia sans avoir de symptômes.
- 46 % des hommes et 32 % des femmes ignoraient que la chlamydia non traitée peut causer l'infertilité chez la femme.

Antécédents d'ITSS, accès aux services

Les proportions suivantes de participants ayant déjà eu des relations sexuelles ont rapporté qu'un médecin (ou une infirmière) leur avait annoncé au cours des 12 derniers mois un diagnostic de :

- Chlamydie génitale : 2,6 % des hommes; 4,9 % des femmes.
- Verrues génitales/condylomes : 0,8 % des hommes; 1,4 % des femmes.
- Infection gonococcique génitale : 0,5 % des hommes; 0,2 % des femmes.
- Herpès : 0 % des hommes; 0,6 % des femmes.
- Syphilis : 0 % des hommes; 0,0 % des femmes.

Parmi l'ensemble des participants, 8,5 % des hommes et 27 % des femmes ont eu un test de dépistage des ITSS au cours des 12 derniers mois.

- Près du quart (23 %) d'entre eux ont été vus pour ce test en clinique médicale non spécialisée pour les ITS, alors que 20 % ont été vus en clinique jeunesse, 14,8 % en CLSC (non clinique jeunesse), 9,6 % à l'hôpital dans une clinique de médecine familiale et 6,4 % en clinique médicale spécialisée pour les ITS. Selon le sexe et le groupe d'âge, entre 5 et 15 % des participants ont été vus par un service de santé disponible dans leur établissement scolaire.
- Pour 19 % des hommes et 37 % des femmes, le médecin rencontré afin de passer ce test de dépistage était leur médecin de famille.

Les résultats des tests biologiques seront disponibles ultérieurement.

4.3.1 COMMENTAIRES

L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique sont nettement les deux ITSS-MADO les plus importantes chez les 15-24 ans. Elles connaissent une croissance continue depuis quelques années et semblent affecter l'ensemble des jeunes.

L'enquête sur la santé des **jeunes du secondaire**¹¹⁹, dont la collecte des données a eu lieu en 2010-2011, était 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.

Les données présentées ici portent sur les participants à PIXEL âgés de 17 à 25 ans, recrutés en milieu scolaire dans différentes régions du Québec. Selon les analyses préliminaires effectuées, la proportion des étudiants ayant déjà eu des relations sexuelles, le nombre de partenaires à vie et le recours au condom apparaissent du même ordre que ce qui avait été observés lors d'une étude menée en 2005-2006 auprès de cégépiens montréalais¹²⁰.

De fait, des travaux comparatifs menés tant au Québec qu'au Canada¹²¹ 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. L'âge du partenaire, l'engagement dans la relation, la durée de la relation et la concomitance des partenaires représentent des facteurs qui modulent les conduites¹²². Ainsi, dans l'étude auprès de cégépiens montréalais¹²³, la proportion des relations protégées par un condom diminuait progressivement selon

¹¹⁹ Pica, L.A., Leclerc, P. et Camirand, H., *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.

¹²⁰ Lambert G. et al., *Je passe le test : enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydie sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal, rapport préliminaire*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, 30 p.

¹²¹ Rotermann, M., *Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010*, Rapports sur la santé, vol. 23, n° 1, mars 2012, p. 1-5.

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

¹²² Doherty, Padian, Marlow, & Aral (2005) Determinants and consequences of sexual networks as they affect the spread of sexually transmitted infections. *J Infect Dis.* 1;191 Suppl 1:S42-54.

Liljeros, Edling, & Nunes Amaral, (2003) Sexual networks: implications for the transmission of sexually transmitted infections. *Microbes Infect.* 5(2):189-96.

¹²³ Lambert G, 2009 *op cit*.

qu'il s'agissait de partenaires « d'un soir », de partenaires « occasionnels » ou de partenaires « régulier »¹²⁴. Un important déterminant de la transmission d'une ITS est la durée entre la fin d'une relation avec un partenaire sexuel et le début d'une relation avec un nouveau partenaire. Cette durée peut être positive, c'est-à-dire qu'il y a un temps d'abstinence sexuelle entre les deux relations, ou négative, c'est-à-dire que les partenaires sont concomitants. Dans une situation de concomitance, les personnes impliquées sont plus à risque de contracter une ITS. Par ailleurs, plus une infection se répand, plus grande est la probabilité de rencontrer des partenaires infectés et de contracter l'infection, et ce, malgré un niveau global de prise de risque relativement stable.

Les données de l'étude PIXEL mettent à nouveau en lumière la grande différence entre les hommes et les femmes quant au recours au dépistage des ITS. Elles illustrent aussi la faible proportion des étudiants ayant eu un test de dépistage par l'intermédiaire d'un service de santé disponible dans leur établissement scolaire.

4.4 Jeunes en difficulté

On estime qu'entre 4 000 et 5 000 jeunes âgés de plus de 14 ans transitent par des unités de vie et des foyers de groupe des centres jeunesse au cours d'une année au Québec¹²⁵. Le nombre de jeunes de la rue à Montréal était de l'ordre de 5 000 en 1996¹²⁶.

Des données recueillies récemment auprès de 186 **jeunes de la rue de Montréal**¹²⁷ 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 46 % et 47 %)¹²⁸. Toutefois, l'injection de médicaments sur ordonnance (pris à des fins non médicales) apparaît nettement plus élevée dans la présente étude : 55 % des jeunes s'étant déjà piqués ont rapporté s'être déjà injectés du Dilaudid® alors qu'à leur entrée dans la cohorte, en 2004, 27 % des jeunes s'étant déjà piqués rapportaient s'être déjà injecté des médicaments pour s'intoxiquer.

¹²⁴ Foxman, B., Newman, M., Percha, B., Holmes, K. K., & Aral, S. O. (2006). Measures of sexual partnerships: lengths, gaps, overlaps, and sexually transmitted infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(4), 209-214.

¹²⁵ Association des centres jeunesse du Québec, *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2010*, Service des communications, Association des centres jeunesse du Québec, 2010, 49 p.

¹²⁶ Fournier, L. et Chevalier, S., *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.

¹²⁷ Leclerc P. et collab., *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.

¹²⁸ Roy É et collab., *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, 38 p.

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

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.

Les ITSS sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes en difficulté que chez les jeunes en général. 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 vie¹²⁹; les proportions sont respectivement de 2 % et de 8 % pour les cégépiens âgés de 18 ans ou moins¹³⁰, et de 1,3 % et de 0,4 % pour les jeunes ayant entre 15 et 17 ans de l'ensemble de la population¹³¹. 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 5^e secondaire (60 %, contre 10 %)¹³².

4.5 Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique

Montréalais originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones

Ces deux communautés représentent respectivement 4,3 % (24 300/560 380) et 2,9 % (16 040/560 380) des résidents de l'île de Montréal âgés de 15-49 ans¹³³.

Le *Portrait 2011-2012* a présenté les données d'une étude menée auprès de la population montréalaise originaire d'Haïti. Ce *Portrait 2013-2014* rend compte de quelques-unes des observations colligées auprès de Montréalais originaires d'Afrique subsaharienne(MASS) et des Caraïbes anglophones (MCAR).

L'enquête de surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne (MASS) et des Caraïbes anglophones (MCAR)¹³⁴ a été menée sur l'île de Montréal, de juin 2013 à février 2014. Pendant la période d'étude, l'enquête a rejoint 1 602 participants âgés de 15-49 ans dont 1 105 MASS et 497 MCAR.

L'âge moyen des participants était de 30,8 ans; 51,7 % avaient un revenu annuel de moins de 15 000 \$. Les dates d'immigration étaient postérieures à l'année 2000 pour 86 % des MASS et 50 % des MCAR. Jusqu'à 70 % des MASS et 38 % des MCAR avaient terminé un niveau supérieur ou égal aux études secondaires. Une plus grande proportion de MCAR que de MASS n'étaient pas en couple

¹²⁹ LAMBERT, G. et collab., *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.

¹³⁰ Lambert G. et collab., *Je passe le test : enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydia 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.

¹³¹ Cazale, L. et Leclerc P., 2010 *op. cit.*

¹³² Dubé, G. et collab., *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.

¹³³ Recensement 2006.

¹³⁴ Fall, A., Adrien, A., Leclerc P., Cox, J., *Surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones*. Montréal, Canada : Direction de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2014. (en production).

(61 % vs 51 %) ou étaient en couple non cohabitant (18 % vs 15 %). La grande majorité des hommes MASS étaient circoncis, soit 91 % vs 35 % des MCAR. La majorité des participants se disaient hétérosexuels, soit 98 % des MASS vs 95 % des MCAR.

Comportements sexuels

- Environ un participant sur 10 (11 %) a déclaré n'avoir jamais eu de relation sexuelle au cours de sa vie (13 % des MASS vs 7 % des MCAR).
- Un peu plus de la moitié (58 %) des MASS et le tiers (32 %) des MCAR n'avaient eu que des partenaires sexuels originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes au cours de leur vie. La grande majorité (84,5 %) des 15-49 ans actifs sexuellement ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours de la dernière année; un peu plus du tiers d'entre eux (37 %) avaient eu deux partenaires sexuels ou plus. Pendant cette période, 33 % des MASS vs 47 % des MCAR avaient eu au moins un partenaire sexuel occasionnel.
- Jusqu'à 40 % des femmes vs 19 % des hommes MASS, de même que 45 % des femmes vs 23 % des hommes MCAR n'avaient pas utilisé de condom lors du dernier rapport sexuel avec leurs partenaires sexuels occasionnels.
- Parmi les participants qui avaient effectué un voyage au cours des cinq dernières années dans un pays à forte endémicité pour le VIH, 34 % des MASS et 27 % des MCAR y avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire habitant dans l'un de ces pays; parmi ceux-ci, un peu plus de la moitié [56 %) n'avait pas toujours utilisé un condom durant les rapports sexuels avec ce partenaire.
- Au total, 4,5 % des participants ont dit avoir donné de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles au cours de la dernière année (chez les MASS 6,3 % des hommes vs 0,4 % des femmes et parmi les MCAR 8,4 % des hommes vs 2,1 % des femmes).
- Par ailleurs, 2,0 % des participants ont déclaré avoir reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles au cours de la dernière année (4,2 % des MCAR vs 0,9 % des MASS; et parmi les MCAR, 6,8 % des hommes vs 1,6 % des femmes).

Comportements de consommation de drogue

- Des proportions plus importantes de MCAR que de MASS et significativement plus d'hommes que de femmes dans les deux communautés, avaient utilisé de la marijuana (42 % vs 8 %) ou d'autres drogues à usage récréatif (8 % vs 0,4 %) pendant une relation sexuelle au cours des 12 derniers mois.
- Parmi les participants recrutés, quatre avaient un antécédent d'utilisation de drogue par injection (dont 3 MASS et un MCAR); seulement l'un d'entre eux en avait fait usage dans les six derniers mois.

Antécédents d'ITSS, accès aux services de santé et dépistage

- Au total, 61 % des participants recrutés dans les deux communautés n'avaient pas de médecin de famille ou de fournisseur de soins de santé primaire (soit 67 % des MASS et 47 % des MCAR).
- Parmi les MCAR, 12 % ont déclaré un antécédent à vie de chlamydia, de gonorrhée ou de syphilis vs 3,4 % des MASS.

- Au total, 80 % des MASS vs 61 % des MCAR avaient déjà passé un test de dépistage du VIH au cours de leur vie; les deux tiers de ceux-ci (68 % des MASS et 69 % des MCAR) avaient passé leur dernier test au cours des deux années précédentes.

Résultats des prélèvements biologiques

- Infection au VIH. parmi l'ensemble des MASS, la prévalence du VIH était de 1,7 % (1,2 % chez les hommes et 2,4 % chez les femmes). Par ailleurs, 61 % des participants séropositifs pour le VIH ignoraient leur statut sérologique.
- Parmi l'ensemble des MCAR, la prévalence était de 0,8 % (0,9 % chez les hommes et 0,8 % chez les femmes). Aucune de ces personnes ne savait qu'elle était infectée.
- Infection au VHC. La prévalence des anticorps contre le VHC chez l'ensemble des participants était de 0,5 % (0,6 % parmi les MASS et 0,4 % parmi les MCAR). En outre, un cas de coinfection VIH et VHC a été mis en évidence chez une femme MASS.
- Les résultats des tests de la syphilis seront disponibles ultérieurement.

4.5.1 COMMENTAIRES

Les Québécois originaires d'un pays où le VIH est fortement endémique (essentiellement Haïti, et les pays de l'Afrique subsaharienne) représentent 16 % des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH déclarés au Québec en 2013 et un peu plus de la moitié (53 %) de ceux qui se rapportent aux femmes¹³⁵. Au Québec, en 2013, les deux tiers des cas d'infections par voie hétérosexuelle sont originaires des Caraïbes (essentiellement d'Haïti) ou d'Afrique subsaharienne¹³⁵. Les Africaines représentent 59 % et les Haïtiennes/Antillaises 22 % de l'ensemble des femmes (n = 49) ayant consulté au Centre maternel et infantile sur le sida en 2013¹³⁶.

La prévalence du VIH pour l'ensemble des participants à l'étude auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones était de 1,4 % soit une prévalence similaire à celle de 1,3 % mise en évidence dans la communauté haïtienne entre 1994-1996¹³⁷ et environ sept fois plus élevée que celle estimée dans la population générale (0,24 %).

Parmi ceux qui ont obtenu un résultat positif pour le VIH, la proportion de ceux qui ignoraient qu'ils étaient séropositifs était beaucoup plus élevée (68 %) que celle observée dans d'autres populations : 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 hétérosexuels¹³⁸. Un biais de désirabilité sociale (ne pas reconnaître que l'on est infecté lorsque l'on répond au questionnaire) pourrait expliquer cette différence; de même que le fait qu'un grand nombre de répondants n'avaient pas de médecin de famille ou de fournisseur de soins de santé primaire (soit 67 % des Africains subsahariens vs 46,5 % des Caribéens anglophones),

¹³⁵ Bitera, R. et al., 2014 *op. cit.*

¹³⁶ Lapointe, N., Samson, J. et Boucet, M. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse 2013*, Montréal, Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2014, 7 p.

¹³⁷ Adrien, et al. 2004, *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.

¹³⁸ 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.

comparativement à l'enquête TOPO réalisée en 2012 où cette proportion était de 35 % pour l'ensemble des Montréalais¹³⁹.

L'Enquête a permis de constater une fréquence non négligeable des relations sexuelles non protégées chez certains participants lors d'un voyage récent dans un pays où le VIH est endémique. Ce résultat avait été précédemment observé dans la communauté haïtienne vivant à Montréal¹⁴⁰. Des messages de sensibilisation mettant en garde les voyageurs et des trousseaux de prévention devraient être distribués à des points de services stratégiques afin de favoriser le changement des comportements.

Pour 86 % des Africains subsahariens vs 50 % des Caribéens anglophones, les dates d'immigration étaient postérieures à l'année 2000, donc plus récentes; le statut d'immigrant récent se traduit souvent par une plus grande précarité sociale et économique dont il faut tenir compte lors de l'élaboration de programmes de prévention.

Les femmes africaines subsahariennes et caribéennes anglophones se trouvent dans des situations à risque face au VIH/sida du fait de leur statut socioéconomique, du multipartenariat de certaines d'entre elles et de celui de leur partenaire, de leurs attitudes vis-à-vis du port du condom.

Tel que le soulignent les auteurs de l'étude auprès des communautés d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones, certains sous-groupes dans les deux communautés ciblées se distinguaient au niveau des attitudes, comportements sexuels à risque et connaissances des modes de transmission du VIH: les femmes, le groupe d'âge des 30-49 ans, les personnes peu scolarisées et celles en situation de précarité sociale. Ces sous-groupes devraient constituer les cibles prioritaires des actions de promotion, prévention et de protection contre le VIH/sida.

4.6 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'Ungava¹⁴¹.

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 2013, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James affichent des taux de cas déclarés de chlamydie génitale respectivement quinze et sept fois supérieurs à celui de la province ainsi qu'à des taux de cas déclarés d'infection gonococcique respectivement 72 fois et 8 fois plus élevés que celui qui a été calculé pour l'ensemble 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.

¹³⁹ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). *Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants*, 2012.

¹⁴⁰ Adrien A, Cox J, Leclerc P, et al. Behavioral Risks for HIV Infection Among Quebec Residents of Haitian Origin. *J Immigrant Minority Health* 2010; 12:894-899.

¹⁴¹ 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>].

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 ans¹⁴². 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.

Tel que mentionné précédemment, les autochtones sont surreprésentés parmi les personnes participant au réseau SurvUDI. Lors d'une étude récente auprès de 990 hommes et femmes autochtones âgés de 18 à 60 ans **recrutés dans diverses communautés** des Premières Nations de la région du Québec, 14 % des hommes et 19 % des femmes ont rapporté s'être injecté de la cocaïne une fois ou plus au cours des 12 derniers mois¹⁴³. Par ailleurs, la moitié des participants (53 % des hommes et 47 % des femmes) à une étude menée auprès d'Autochtones résidants **en milieu urbain**, soit à Regina en Saskatchewan, ont signalé avoir utilisé, à un moment dans leur vie, des drogues injectables; près d'un tiers (30 %) de tous les participants avaient utilisé des drogues injectables pendant les six mois précédant l'entrevue¹⁴⁴. Des efforts particuliers, s'intégrant dans une perspective de santé globale des populations autochtones, doivent être entrepris à l'égard de la consommation de drogues.

4.7 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. Il est essentiel de mieux documenter la situation. 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.

¹⁴² Disant, M.J. et collab., *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.

¹⁴³ Laghdar et collab., *Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des Premières Nations : Région du Québec*, [Wendake (Québec)], Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2011, 155 p.

¹⁴⁴ Résumé des principaux résultats de l'enquête pilote A-track (2011-2012).

Annexe 1

**Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de
certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2013**

Tableau 17 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹⁴⁵ de certaines ITSS selon l'âge, chez les hommes, Québec, 2013

Âge	Infection génitale à C. trachomatis		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse*		Hépatite B**		Hépatite C***		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N [†]	Tx ^{††}
< 1 an	3	6,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	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	3	0,8
10-14	5	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5	1	0,5
15-19	1 067	451,6	136	57,6	1	0,4	12	5,1	7	3,0	4	1,7	6	2,5
20-24	2 830	1049,5	400	148,3	4	1,5	83	30,8	23	8,5	36	13,4	32	11,9
25-29	1 611	628,4	352	137,3	6	2,3	96	37,4	46	17,9	46	17,9	33	12,9
30-34	901	313,5	271	94,3	11	3,8	84	29,2	98	34,1	47	16,4	56	19,5
35-39	503	181,8	192	69,4	4	1,4	75	27,1	91	32,9	67	24,2	37	13,4
40-44	306	115,9	126	47,7	3	1,1	64	24,2	76	28,8	72	27,3	27	10,2
45-49	230	76,8	127	42,4	5	1,7	83	27,7	41	13,7	129	43,0	35	11,7
50-54	128	39,6	71	22,0	7	2,2	59	18,2	32	9,9	132	40,8	30	9,3
55-64	87	15,8	52	9,4	7	1,3	39	7,1	63	11,4	184	33,4	24	3,5
65 et +	22	3,7	14	2,3	1	0,2	9	1,5	49	8,2	57	9,6	12	4,4
Inconnu	16		2		0		1		0		2		0	
Total	7 709	192,5	1 743	43,5	49	1,2	605	15,1	531	13,3	778	19,4	296	7,4

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

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

*** Comprends 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 enregistrés en 2013 sont inclus.

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), Octobre 2014.

†† Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

¹⁴⁵ Taux pour 100 000 personnes.

Tableau 18 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹⁴⁶ de certaines ITSS selon l'âge, chez les femmes, Québec, 2013

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse*		Hépatite B**		Hépatite C***		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N†	Tx††
< 1 an	5	11,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
1-9	1	0,3	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,5
10-14	121	62,6	8	4,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5
15-19	4 647	2061,2	212	94,0	0	0,0	7	3,1	11	4,9	10	2,9	0	0,0
20-24	5 755	2229,7	322	124,8	0	0,0	11	4,3	34	13,2	27	8,1	6	2,3
25-29	2 041	819,7	144	57,8	0	0,0	4	1,6	68	27,3	29	11,8	10	4,0
30-34	984	355,5	103	37,2	0	0,0	2	0,7	98	35,4	29	15,0	10	3,6
35-39	488	185,8	42	16,0	0	0,0	5	1,9	55	20,9	40	11,7	10	3,8
40-44	219	87,7	28	11,2	0	0,0	0	0,0	34	13,6	36	21,0	4	1,6
45-49	104	36,1	13	4,5	0	0,0	0	0,0	20	6,9	47	17,7	4	1,4
50-54	43	13,4	7	2,2	0	0,0	0	0,0	14	4,4	50	17,8	9	2,8
55-64	32	5,6	5	0,9	0	0,0	0	0,0	41	7,2	61	13,3	4	0,7
65 et +	7	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	34	4,5	48	5,8	2	0,7
Inconnu	21		4		0		0		2		5		0	
Total	14 468	356,0	890	21,9	0	0,0	29	0,7	411	10,1	384	9,4	62	1,5

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

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

*** Comprends 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 enregistrés en 2013 sont inclus.

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), Octobre 2014.

†† Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

¹⁴⁶ Taux pour 100 000 personnes.

Tableau 19 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹⁴⁷ de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2013

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse*		Hépatite B**		Hépatite C***		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N [†]	Tx ^{††}
< 1 an	8	9,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	0	0,0
1-9	1	0,1	2	0,3	0	0,0	0	0,0	4	0,5	2	0,4	5	0,6
10-14	126	31,7	8	2,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,2	2	0,5
15-19	5 717	1238,1	348	75,4	1	0,2	19	4,1	18	3,9	14	2,0	6	1,3
20-24	8 593	1628,2	724	137,2	4	0,8	95	18,0	57	10,8	63	9,7	38	7,2
25-29	3 654	723,0	497	98,3	6	1,2	100	19,8	114	22,6	75	14,6	43	8,5
30-34	1 890	335,0	374	66,3	11	1,9	86	15,2	196	34,7	76	18,3	66	11,7
35-39	992	183,9	235	43,6	4	0,7	80	14,8	146	27,1	108	23,1	47	8,7
40-44	525	102,2	154	30,0	3	0,6	64	12,5	110	21,4	108	30,0	31	6,0
45-49	334	56,8	141	24,0	5	0,9	83	14,1	61	10,4	176	34,0	39	6,6
50-54	171	26,5	78	12,1	7	1,1	59	9,2	46	7,1	182	35,3	39	6,1
55-64	119	10,6	57	5,1	7	0,6	39	3,5	104	9,3	246	20,7	28	2,1
65 et +	29	2,2	14	1,0	1	0,1	9	0,7	83	6,2	105	8,3	14	2,3
Inconnu	85		14		0		1		4		88		0	
Total	22 244	275,7	2 646	32,8	49	0,6	635	7,9	944	11,7	1 245	15,4	358	4,4

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

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

*** Comprends 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 enregistrés en 2013 sont inclus.

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), Octobre 2014.

^{††} Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

¹⁴⁷ Taux pour 100 000 personnes.

