

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

PORTRAIT  
LOCAL

**ITSS**

2009

**CSSS de la Montagne**

Québec 



Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

PORTRAIT  
LOCAL

ITSS

2009

Pascale Leclerc  
Claude Tremblay  
Carole Morissette

2010

**CSSS de la Montagne**

Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal

Québec



Une réalisation du secteur Vigie et protection  
Direction de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3  
Téléphone : 514 528-2400  
www.santepub-mtl.qc.ca

### **Auteurs**

Pascale Leclerc  
Claude Tremblay  
Carole Morissette

### **Collaborations**

*Contribution à la conception et à la révision du document et à l'interprétation des données*  
Nathalie Paquette, secteur Vigie et protection

*Contribution à la révision du document et à l'interprétation des données*  
Alix Adrien, secteur Vigie et protection  
Joseph Cox, secteur Vigie et protection  
Klaus Jochem, secteur Vigie et protection  
Gilles Lambert, secteur Vigie et protection

### *Cartographie*

Maryam Bazargani, secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM)  
Sadoune Ait Kaci Azzou, secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM)

### *Graphisme*

Paul Cloutier, secteur Information

### **Remerciements**

Merci aux médecins et aux laboratoires qui déclarent les cas et aux membres du secteur Vigie et protection qui contribuent à la production des données MAD0. Merci également à Guylaine Brunet pour le travail de secrétariat, à la firme Le zeste graphique pour l'édition du document et à Manon Hudson pour la coordination du travail d'infographie et d'édition. Finalement, merci à toutes les personnes qui ont participé aux différentes études dont les données sont citées dans ce document.

Cette publication fait suite au document « **Situation épidémiologique des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour la région de Montréal – 2006** » et aux 12 fiches descriptives correspondantes pour chaque territoire de CSSS. Elle fait partie d'une série de 12 portraits locaux réalisés pour chacun des CSSS de Montréal.

© Direction de santé publique  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010)  
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-948-1 (version imprimée)  
ISBN 978-2-89494-949-8 (version PDF)  
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010  
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2010

Prix : xx \$

# MOT DU DIRECTEUR

Plus de vingt ans après l'élaboration de la stratégie québécoise de lutte contre le VIH/sida, il faut bien se rendre à l'évidence : la bataille contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est loin d'être gagnée. En effet, on note que les « infections silencieuses » n'ont cessé de progresser au cours des dernières années. Leurs ravages au sein de la population sont tels qu'on les considère un véritable problème de santé publique à prioriser. Et Montréal n'y échappe pas : il s'agit de la région du Québec la plus touchée par cette situation alarmante.

Comme dans le reste du Québec, l'augmentation des cas de chlamydie et de gonorrhée chez les jeunes nous préoccupe. Elle démontre clairement l'importance de poursuivre auprès d'eux les efforts de prévention, notamment en leur offrant une éducation sexuelle adéquate.

Toutefois, à l'instar d'autres grands centres urbains du Canada, Montréal connaît une situation particulière en raison des épidémies de VIH et de VHC qui y sévissent. Un grand nombre de personnes sont atteintes par l'une ou l'autre de ces infections. De plus, leurs conséquences sont lourdes, non seulement pour les personnes atteintes et leur entourage, mais, également, pour notre système de santé et notre environnement social, économique et politique. Montréal abrite une grande concentration de groupes particulièrement vulnérables aux ITSS, tels les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) et les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI). Par ailleurs, les communautés ethnoculturelles doivent également retenir notre attention, notamment les personnes originaires de pays où le VIH ou le VHC sont endémiques.

Ainsi, afin de donner aux acteurs concernés un aperçu global de la situation des ITSS à Montréal ainsi qu'une description – territoire par territoire – la plus complète possible, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a tracé le portrait de chacun des douze CSSS de la région de Montréal. Vous recevez les données de **votre** CSSS. Vous êtes invités (bien sûr) à les partager avec vos partenaires afin de développer une vision commune et, en misant sur votre connaissance de la population locale et de son environnement, à trouver des stratégies qui peuvent faire une différence.

La situation est alarmante, mais les solutions existent. Il est grand temps de les matérialiser, d'en faire valoir le bien-fondé et d'en tirer le maximum de profit. Il en va de la santé de toute la population montréalaise !

Le directeur de santé publique,



Richard Lessard, M.D.

# **FAITS** SAILLANTS

**P**lusieurs épidémies d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) font présentement rage à Montréal; certaines sont même en progression. Pour parvenir à les contrôler, la Direction de santé publique, les CSSS et les organismes communautaires engagés dans la lutte aux ITSS doivent se mobiliser et collaborer avec leurs partenaires afin d'intégrer les services en réseau. La planification de ce réseau repose, entre autres, sur une appropriation de la situation épidémiologique particulière de la région de Montréal, complétée d'un portrait spécifique à chacun des territoires de CSSS. C'est ce que vise à fournir ce document pour le CSSS de la Montagne, à partir de données provenant des maladies à déclaration obligatoires (MADO) et d'études auprès de populations vulnérables.

## **Les grandes lignes des épidémies d'ITSS qui sévissent à Montréal**

À Montréal, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) frappe un nombre important de personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) et d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Ainsi, 18% des personnes UDI et 15% des HARSAH sont infectés par le VIH.

L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) touche principalement les personnes UDI et celles nées dans un pays où la prévalence de ce virus est élevée. La transmission se poursuit très activement chez les personnes UDI.

La syphilis chez les HARSAH monte en flèche depuis 2000. Le taux d'incidence de la syphilis observé en 2009 chez les hommes est près de 40 fois plus élevé que celui observé en 2000.

Le taux d'incidence de la chlamydie a augmenté d'année en année de 1996 à 2009, tant chez les hommes que chez les femmes. L'infection gonococcique a aussi augmenté chez les hommes et chez les femmes, surtout depuis 2005.

Une hausse du taux d'incidence observée pour une MADO peut, à la fois, refléter une augmentation de transmission et, également, être le reflet d'une augmentation de l'accessibilité au dépistage auprès des populations les plus à risque.

## **Les trois populations les plus vulnérables aux ITSS à Montréal**

Trois groupes de Montréalais sont particulièrement frappés par les ITSS. Les HARSAH représentent une des populations les plus vulnérables aux ITSS. Ils sont fortement touchés par l'infection par le VIH, la syphilis, l'infection gonococcique et la chlamydie. Les relations sexuelles non protégées représentent leur principal facteur de risque.

Les personnes UDI sont largement touchées par l'infection par le VHC (environ les deux tiers sont infectés) et l'infection par le VIH. L'utilisation de matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre constitue leur principal facteur de risque.

Les membres des communautés ethnoculturelles, plus spécifiquement ceux en provenance d'Haïti et d'Afrique, sont surreprésentés parmi les personnes infectées par le VIH. De plus, de nombreux résidents proviennent de pays où la prévalence du VHC est élevée.

## Les ITSS sur le territoire du CSSS de la Montagne

Le territoire du CSSS de la Montagne est touché de manière importante par les ITSS; le territoire du CLSC Métro l'est particulièrement. Les grandes lignes des épidémies qui sévissent sur le territoire du CSSS sont les suivantes :

- L'infection par le VHC touche un peu plus d'hommes que de femmes. Quelques cas de moins de 30 ans ont été déclarés. Près de 60% des cas sont liés à la naissance dans un pays où la prévalence du VHC est élevée;
- La majorité des cas de syphilis sont de sexe masculin;
- La chlamydie touche plus de femmes que d'hommes. Le taux d'incidence le plus élevé est observé chez les femmes de 20 à 24 ans. Il y a moins de variation selon l'âge chez les hommes. Le taux est à la hausse pour les deux sexes;
- L'infection gonococcique touche plus d'hommes que de femmes. Cependant, le taux le plus élevé est observé chez les femmes de 15 à 19 ans. Le taux est à la hausse pour les deux sexes.

Parmi les 12 territoires de CSSS de Montréal, celui du CSSS de la Montagne se classe au rang suivant pour le taux d'incidence : 4<sup>e</sup> pour l'infection par le VHC et la syphilis, 6<sup>e</sup> pour la chlamydie et 7<sup>e</sup> pour l'infection gonococcique. Il se classe toutefois au 2<sup>e</sup> rang pour le nombre de cas déclarés d'infection par le VHC et de chlamydie.

Les cas de syphilis et d'infection gonococcique chez les hommes du territoire indiquent qu'une attention spéciale doit être portée aux HARSAH.

Les différentes données disponibles indiquent que des personnes UDI résident sur le territoire du CSSS de la Montagne.

Les cas déclarés d'infection par le VHC soulignent la présence de personnes originaires de pays où la prévalence du VHC est élevée.

Aucune donnée sur l'infection par le VIH n'est disponible spécifiquement pour le territoire. Cependant, la présence de populations HARSAH et UDI indique que cette infection doit être une préoccupation.

## Conclusion

Les données analysées confirment que les ITSS sont très présentes sur le territoire du CSSS de la Montagne. Les activités de dépistage doivent être maintenues chez les plus jeunes. Cependant, elles doivent être intensifiées chez les personnes UDI, les HARSAH et les membres des communautés ethnoculturelles, notamment les personnes nées dans un pays où le VIH est endémique et celles nées dans un pays où la prévalence du VHC est élevée. Afin d'assurer une réponse adaptée à la situation, la collaboration de multiples partenaires est essentielle et doit viser l'intégration des services en réseau.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Faits saillants</b> .....	<b>VI</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>Principales données épidémiologique pour chaque ITSS</b> .....	<b>2</b>
Infection par le virus de l'hépatite C .....	3
Infection par le virus de l'immunodéficience humaine .....	9
Syphilis infectieuse .....	13
Lymphogranulomatose vénérienne .....	18
Chlamydie .....	20
Infection gonococcique .....	25
Hépatite B aiguë .....	30
<b>Informations additionnelles disponibles sur les populations vulnérables</b> .....	<b>32</b>
Les personnes qui utilisent des drogues par injection .....	33
Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes .....	37
Les communautés ethnoculturelles .....	39
Les jeunes en difficulté .....	40
<b>Conclusions</b> .....	<b>44</b>
<b>Annexe 1 - Complément d'informations</b> .....	<b>47</b>
<b>Annexe 2 - Données brutes par groupe d'âge, sexe et CLSC</b> .....	<b>60</b>
<b>Annexe 3 – Taux par groupe d'âge, sexe et CLSC</b> .....	<b>62</b>

# INTRODUCTION

**Ce rapport vise** à fournir aux gestionnaires et aux intervenants du réseau local de services du territoire du CSSS de la Montagne un aperçu de la situation épidémiologique des ITSS à Montréal ainsi qu'un portrait local le plus complet possible. Pour ce faire, des données ont été tirées de différentes sources disponibles.

Les ITSS présentées ici sont toutes des maladies à déclaration obligatoires (MADO) selon la Loi sur la santé publique (L.R.Q., c.S-2.2). Pour chacune, sauf l'infection par le VIH, la Direction de santé publique (DSP) devrait recevoir une déclaration du médecin ayant demandé le test et une du laboratoire l'ayant effectué. L'infection par le VIH est une MADO seulement si la personne infectée a donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus; dans ce cas, une déclaration doit être faite à la DSP par le médecin. La surveillance du VIH est menée, sur une base provinciale, par le Programme de surveillance de l'infection par le VIH.

De nombreuses informations ont été tirées de ces déclarations MADO faites à la DSP. De plus, des informations ont également été puisées dans les enquêtes épidémiologiques faites suite à certaines de ces déclarations. Malgré les informations qu'elles fournissent, les MADO permettent uniquement de dresser un portrait partiel des ITSS. En effet, elles portent uniquement sur les infections pour lesquelles il y a eu une consultation auprès des services de santé, un dépistage a été effectué et le cas a été déclaré. Or, les ITSS sont souvent asymptomatiques et certaines populations ont moins tendance à consulter les services de santé.

Afin d'obtenir un portrait plus complet de la situation des ITSS, des sources de données autres que les MADO ont donc été exploitées. Ainsi, certaines données présentées proviennent d'études épidémiologiques menées auprès de populations particulièrement vulnérables aux ITSS, dont le projet SurvUDI auprès des personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) et le projet ARGUS auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). D'autres données proviennent de différentes sources, comme le système régional de monitoring des activités des centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSI).

L'analyse combinée de ces différentes données permet de dresser un portrait le plus juste possible de la situation des ITSS à Montréal et, plus particulièrement, sur le territoire du CSSS de la Montagne.



# PRINCIPALES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES POUR CHAQUE ITSS<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Afin d'alléger le texte, toutes les informations sur la méthodologie et les références utilisées ont été placées dans une section distincte, l'annexe 1. Y référer pour connaître la provenance des données et leurs limites ainsi que des éléments supplémentaires pouvant aider à leur interprétation.

# INFECTION PAR LE VIRUS DE L'HÉPATITE C

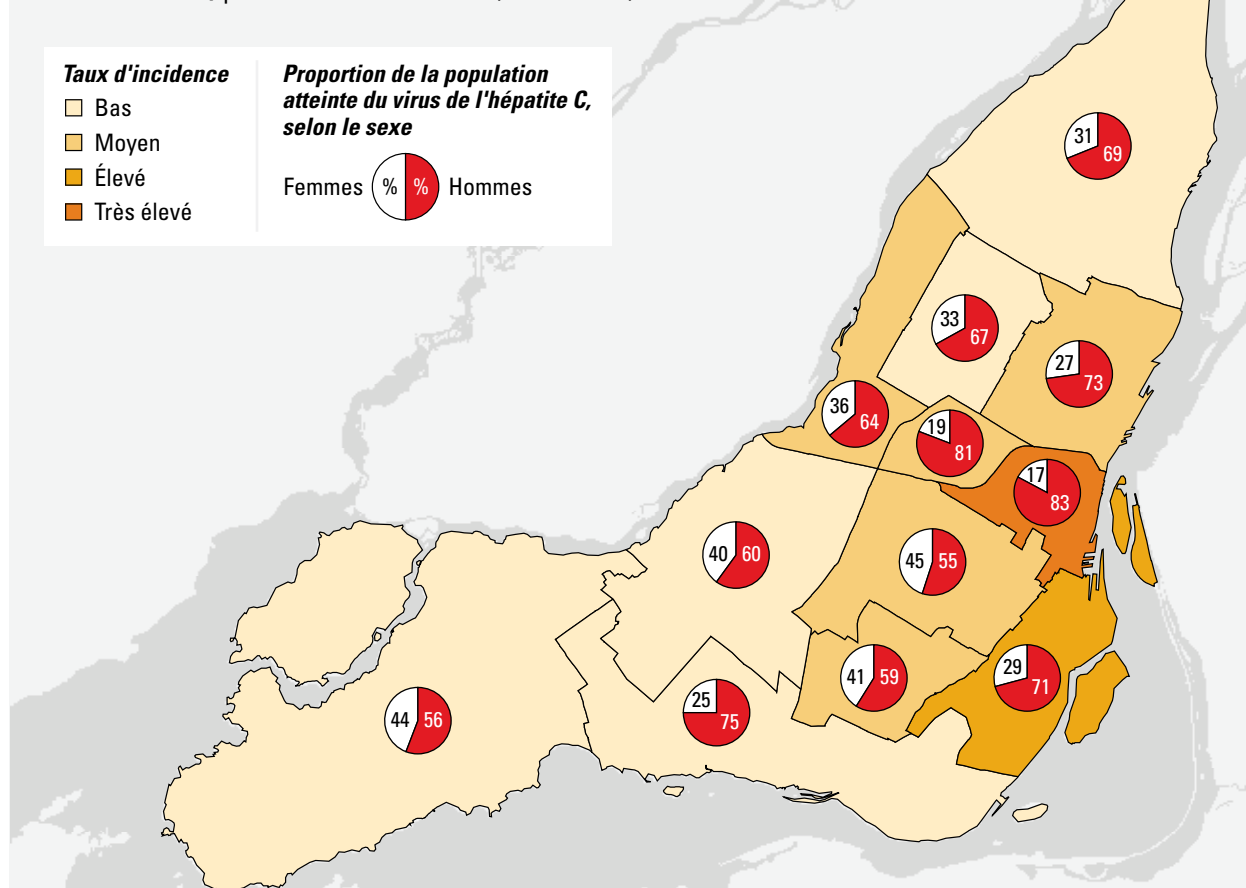
**L'**infection par le virus de l'hépatite C (VHC) se transmet par exposition percutanée à du sang infecté; il est à noter que la transmission sexuelle est possible quoique rare. Au Québec, le principal mode de transmission du VHC est le partage de matériel d'injection. Il n'existe pas de vaccin pour prévenir cette infection. L'infection au VHC est souvent asymptomatique et seulement 15-25% des personnes infectées guériront spontanément; 75-85% des personnes infectées deviennent donc porteuses chroniques de l'infection et demeurent contagieuses. La principale complication du VHC est la cirrhose du foie qui survient en moyenne chez 20% des personnes atteintes d'hépatite C chronique. On estime que 20% des personnes qui souffrent d'une cirrhose causée par ce virus développeront un cancer du foie (carcinome). Bien qu'il s'accompagne de plusieurs effets secondaires et nécessite un suivi soutenu, il existe un traitement pour cette infection et le taux de guérison se situe entre 45 et 85% selon le génotype. Il est à noter que moins de 10% des personnes infectées par le VHC à Montréal auraient débuté un traitement.

## Nombre de cas déclarés et taux d'incidence – données MADO

### Nombre de cas et taux d'incidence de l'infection par le VHC pour Montréal en 2009

	Nombre de cas	Taux d'incidence par 100 000
Montréal	741	39,0

### Infection par le virus de l'hépatite C, taux d'incidence et répartition des cas selon le sexe, par territoire de CSSS, Montréal, 2009



### Nombre de cas et taux d'incidence de l'infection par le VHC pour le CSSS de la Montagne et ses CLSC en 2009

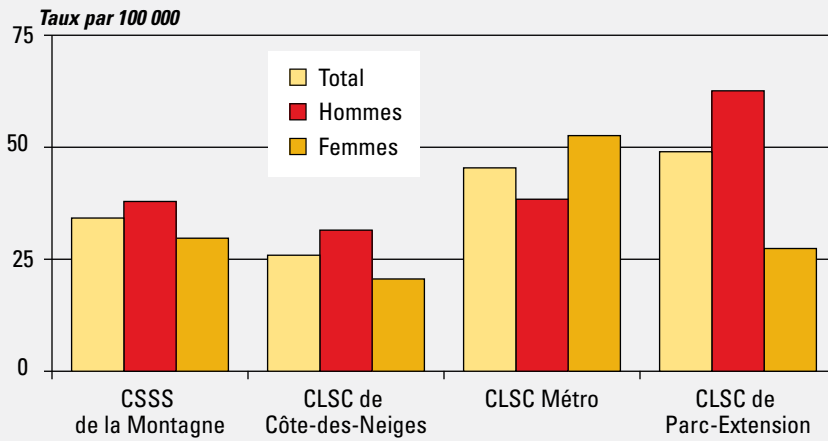
	Nombre de cas	Taux d'incidence par 100 000
CSSS de la Montagne	75	34,2
Rang parmi les 12 CSSS de Montréal	2 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup>
CLSC de Côte-des-Neiges	34	25,9
CLSC Métro	26	45,4
CLSC de Parc-Extension	15	49,0

Le territoire du CSSS de la Montagne est l'un des cinq territoires de Montréal présentant un taux d'incidence moyen. Parmi les 12 territoires de CSSS, il se classe au 2<sup>e</sup> rang pour le nombre de cas déclarés et au 4<sup>e</sup> rang pour le taux d'incidence.

Les taux observés sont plus élevés pour les territoires des CLSC de Parc-Extension et Métro.

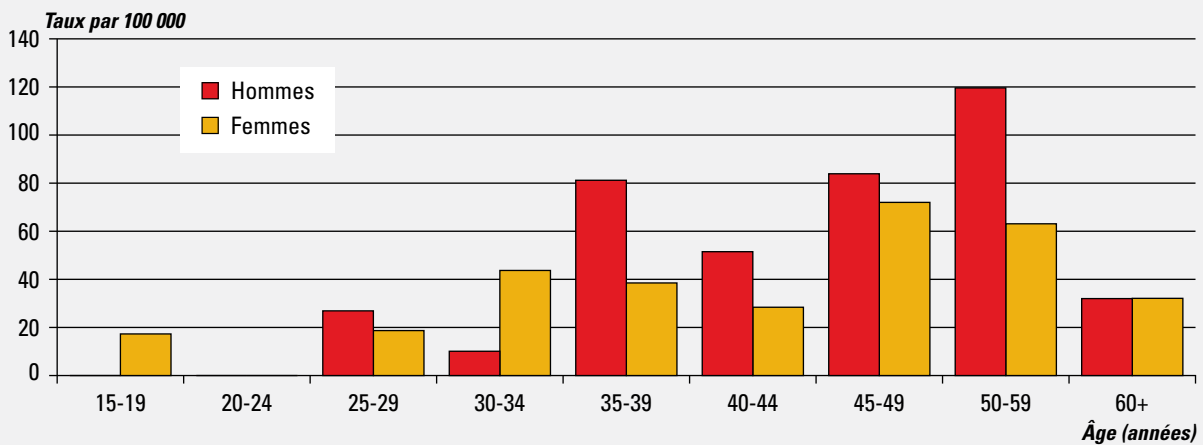
Le territoire de résidence est inconnu pour 173 des 741 cas d'infection par le VHC (23,3% des cas). En raison de ces données manquantes, les taux par territoire de CSSS sont donc sous-estimés.

**Taux d'incidence de l'infection par le VHC selon le sexe**  
pour le CSSS de la Montagne et ses CLSC en 2009



Globalement, sur le territoire du CSSS de la Montagne, le taux d'incidence du VHC est un plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La situation varie cependant d'un territoire de CLSC à l'autre, notamment avec un taux plus élevé chez les femmes pour le territoire du CLSC Métro.

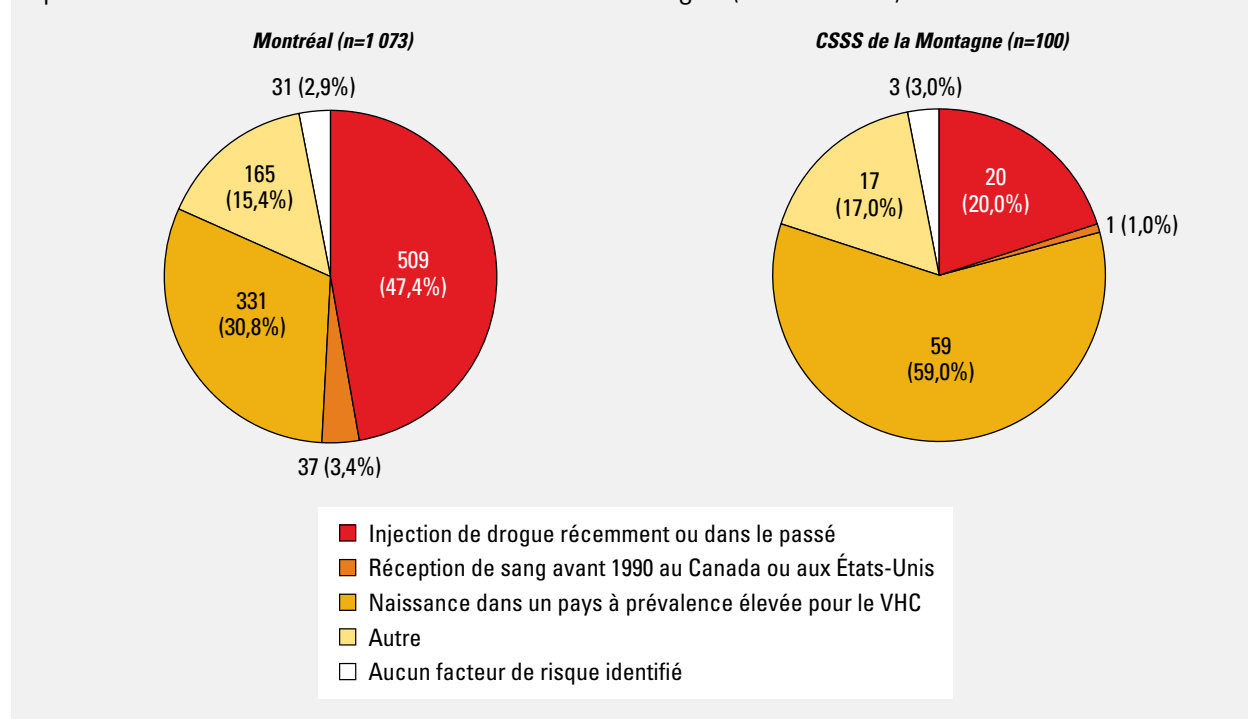
**Taux d'incidence de l'infection par le VHC par groupe d'âge et par sexe**  
pour le CSSS de la Montagne en 2009



Le taux le plus élevé est observé chez les hommes de 50 à 59 ans. Chez les femmes, il y a moins de variation entre les groupes d'âge. À noter que des cas masculins et féminins de moins de 30 ans ont été déclarés.

## Catégories d'exposition pour les cas déclarés – données des enquêtes MADO

Répartition, selon la catégorie principale d'exposition, des cas déclarés d'infection par le VHC pour Montréal et le territoire du CSSS de la Montagne (2006 à 2009)



Voir l'annexe 1 pour les détails sur les catégories et sur l'attribution des cas à une catégorie.

Pour Montréal, un cas sur deux est attribué à l'injection de drogues (récemment ou dans le passé). Pour le territoire du CSSS de la Montagne, près de 60% des cas sont liés à la naissance dans un pays où la prévalence du VHC est élevée, alors que 20% des cas sont liés à l'injection de drogues.

### Catégories d'exposition pour les cas déclarés d'infection par le VHC appartenant à la catégorie principale d'exposition «autre» (2006 à 2009)

Facteurs de risque	Montréal (165 des 1073 cas)	CSSS de la Montagne (17 des 100 cas)
Consommation de drogue par voie nasale	43,0%	23,5%
Tatouage/perçage	28,4%	11,8%
Consommation de drogue fumée	24,8%	17,6%
Incarcération	19,4%	5,9%
Soins médicaux reçus à l'extérieur du Canada et des États-Unis	9,7%	17,6%
Relation sexuelle avec une personne infectée par le VHC	9,7%	17,6%
Exposition au sang (autre que transfusion)	9,1%	5,9%
Hémodialyse	0,6%	0,0%

Voir l'annexe 1 pour les détails sur les catégories et sur l'attribution des cas à une catégorie.

Pour Montréal, de nombreux cas de la catégorie « autre » rapportent avoir déjà consommé des drogues (par voie nasale ou en les fumant) et plusieurs rapportent des tatouages ou des perçages. Ces facteurs ne semblent pas aussi fréquents pour les cas du territoire du CSSS de la Montagne.

## L'infection par le VHC chez les personnes UDI – données de SurvUDI<sup>2</sup>

D'après les données montréalaises du réseau SurvUDI :

- Environ deux personnes UDI sur trois ont des anticorps contre le VHC (taux de prévalence : 68%);
- Chaque année, une personne sur quatre qui n'avait pas d'anticorps contre le VHC en développe (taux d'incidence de 27 par 100 personnes-années);
- 90% des personnes UDI ont déjà été dépistées pour le VHC dans leur vie;
- 45% ont été dépistées dans les 6 mois précédents;
- Parmi les personnes UDI infectées : 27% ne sont pas au courant de leur infection;
- Parmi les personnes UDI infectées qui le savent :
  - 44% ont vu un médecin dans les 6 mois précédents pour leur infection;
  - 9% ont déjà pris des médicaments pour leur infection au VHC.

Les deux tiers des personnes UDI ont déjà été infectées par le VHC et la transmission continue activement. Cependant, le dépistage est peu fréquent et plusieurs personnes infectées ignorent qu'elles le sont. Le suivi des cas infectés connus n'est pas généralisé.

## L'infection par le VHC chez les HARSAH – données d'ARGUS

D'après les données montréalaises de l'enquête ARGUS 2008 :

- Environ 4% des HARSAH sont infectés par le VHC (taux de prévalence : 4,2%) :
  - chez ceux qui se sont déjà injecté des drogues : 30,3%;
  - chez ceux qui ne se sont jamais injectés : 1,8%;
- 56% des HARSAH ont déjà été dépistés pour le VHC dans leur vie;
- 37% des HARSAH ont été dépistés pour le VHC dans les 12 mois précédents;
- Parmi les HARSAH infectés : 19% n'étaient pas au courant de leur infection.

Environ un HARSAH sur 25 est infecté par le VHC. Chez les HARSAH, l'infection par le VHC semble largement liée à l'injection de drogues. Environ un HARSAH infecté sur cinq l'ignore.

---

<sup>2</sup> Toutes les études desquelles ont été tirées des données, dont SurvUDI et ARGUS, sont décrites à l'annexe 1.

## **L'infection par le VHC dans les communautés ethnoculturelles – données d'une étude**

### **Québécois d'origine haïtienne**

Aucun prélèvement n'a été trouvé positif parmi ceux des 624 Québécois d'origine haïtienne âgés de 15 à 49 ans ayant participé à une enquête épidémiologique en 2007-2008.

## **L'infection par le VHC chez les jeunes en difficulté – données d'une étude**

### **Jeunes de la rue**

D'après une étude de cohorte menée auprès de 858 jeunes de la rue entre 2001 et 2004 :

- Environ 1 jeune de la rue sur 7 a développé des anticorps contre le VHC (prévalence : 13,9%) :
  - chez ceux qui se sont déjà injectés : 30,4%;
  - chez ceux qui ne se sont jamais injectés : 0%;
- Chaque année, parmi 100 jeunes de la rue qui n'ont pas d'anticorps, environ 4 vont en développer (incidence : 4,1 par 100 personnes-années) :
  - chez ceux qui s'injectent : 22,2 par 100 personnes-années;
  - chez ceux qui ne s'injectent pas : 0,2 par 100 personnes-années;
- L'incidence du VHC chez les jeunes de la rue qui s'injectent est particulièrement élevée durant les premières années d'injection. Quatre ans après leur première injection, plus de la moitié des jeunes de la rue ont des anticorps contre le VHC.

Chez les jeunes de la rue, l'infection par le VHC est liée à l'injection de drogues. Parmi ceux qui se sont déjà injectés, près du tiers ont des anticorps contre le VHC. Et parmi ceux qui s'injectent, environ 4% développent des anticorps chaque année.

# INFECTION PAR LE VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE

**L**e virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est transmissible sexuellement et par le sang. Cette infection est souvent asymptomatique et une fois contractée, l'infection persiste toute la vie. Bien que la maladie demeure incurable, la multithérapie antirétrovirale a permis de diminuer de façon importante l'incidence des infections opportunistes, des hospitalisations et des décès. Le traitement doit toutefois être pris pour la vie et peut s'accompagner d'effets secondaires pour le patient. Cette infection peut augmenter les risques de contracter ou de transmettre une autre ITS.

## Catégories d'exposition pour les cas déclarés – données du programme provincial de surveillance

Entre 2002 et 2009, 1855 cas nouvellement diagnostiqués d'infection par le VIH ont été déclarés pour la région de Montréal. Parmi ces cas, 82,3% étaient de sexe masculin.

### Répartition des cas d'infection par le VIH nouvellement diagnostiqués selon la catégorie principale d'exposition et le sexe, région de Montréal, avril 2002 à juin 2009

Catégorie principale d'exposition	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
HARSAH	1 095	71,7			1 095	59,1
HARSAH et UDI	46	3,0			46	2,5
UDI	95	6,2	39	11,9	134	7,2
Originaire d'un pays endémique pour le VIH	141	9,2	192	58,7	333	18,0
Contact hétérosexuel avec un partenaire à risque pour le VIH	29	1,9	44	13,5	73	3,9
Réception de facteurs de coagulation avant 1985	1	0,1	0	0,0	1	0,1
Réception de sang avant 1985	2	0,1	1	0,3	3	0,2
Contact hétérosexuel avec un partenaire sans risque connu	98	6,4	43	13,2	141	7,6
Sans risque identifié	12	0,8	1	0,3	13	0,7
Transmission de la mère à l'enfant	8	0,5	7	2,1	15	0,8
<b>Total</b>	<b>1 527</b>		<b>327</b>		<b>1 855</b>	

### **Chez les hommes :**

- les HARSAH représentent la plus grande proportion des cas (71,7%). S'y ajoutent 3% des cas qui sont à la fois HARSAH et UDI;
- les hommes originaires d'un pays où le VIH est endémique représentent 9,2% des cas;
  - principalement originaires d'Haïti et d'Afrique sub-saharienne;
- les UDI représentent 9,2% des cas (si on tient compte de ceux qui sont à la fois HARSAH et UDI).

### **Chez les femmes :**

- près de 60% sont originaires d'un pays endémique pour le VIH;
  - principalement originaires d'Afrique sub-saharienne et d'Haïti;
- 13,5% ont été infectées par un partenaire hétérosexuel masculin à risque élevé (ex. UDI, originaire d'un pays endémique pour le VIH, etc.);
- les UDI représentent 11,9% des cas déclarés.

Les 15 cas de transmission mère-enfant sont préoccupants, même si, d'après les données du programme de surveillance, la grande majorité d'entre eux sont présumés avoir été infectés avant leur arrivée au Canada.

La répartition des cas par catégorie principale d'exposition est différente si on regarde l'ensemble des cas diagnostiqués (cas anciens et nouvellement diagnostiqués) au lieu de seulement les cas nouvellement diagnostiqués. Pour la période 2002 à 2009, on observe une proportion plus élevée de personnes UDI :

- chez les hommes : 11,6% des cas sont UDI et 4,7% sont HARSAH et UDI;
- chez les femmes : 17,5% sont UDI.

Il y aurait une surreprésentation des personnes UDI parmi les cas « anciens », ce qui suggère que de nombreuses personnes UDI infectées auraient d'abord été dépistées dans un contexte n'entraînant pas de déclaration au programme de surveillance.

### **Dépistage antérieur chez les cas nouvellement diagnostiqués selon la catégorie d'exposition (avril 2002 à décembre 2008)**

D'après les données recueillies par le programme de surveillance, aucun dépistage antérieur VIH n'est rapporté par 59,4% des cas, soit :

- 42,7% des cas HARSAH;
- 47,8% des cas HARSAH et UDI;
- 88,1% des cas originaires d'un pays où le VIH est endémique;
- 73,6% des cas UDI.

Parmi les cas de VIH nouvellement diagnostiqués qui ont été rapportés au système provincial de surveillance, une grande proportion n'avait jamais eu de dépistage VIH avant celui ayant mené à la déclaration. Cette proportion est particulièrement élevée chez les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et chez les personnes UDI.

## L'infection par le VIH chez les personnes UDI – données de SurvUDI

D'après les données montréalaises du réseau SurvUDI :

- Environ 1 personne UDI sur 5 est infectée par le VIH (taux de prévalence : 18%);
- Chaque année, sur 100 personnes qui n'étaient pas infectées par le VIH, 3 le deviennent (taux d'incidence de 3,3 par 100 personnes-années);
- 92% des personnes UDI ont déjà été dépistées pour le VIH dans leur vie;
- 57% ont été dépistées dans les 6 mois précédents;
- Parmi les personnes UDI infectées : 26% ne sont pas au courant de leur infection;
- Parmi les personnes UDI infectées qui le savent :
  - 85% ont vu un médecin dans les 6 mois précédents pour leur infection;
  - 51% ont pris des médicaments pour leur infection au VIH dans les six mois précédents;
- La plupart des personnes UDI infectées par le VIH ont également des anticorps contre le VHC.

Près de 20% des personnes UDI sont infectées par le VIH et la transmission continue activement. Cependant, le dépistage n'est pas réalisé assez fréquemment et plusieurs personnes infectées l'ignorent. Une proportion élevée des cas ont vu un médecin récemment pour leur infection, mais seulement un sur deux prend des médicaments pour la contrôler. La co-infection par le VIH et le VHC doit être prise en compte dans le suivi des personnes UDI.

## L'infection par le VIH chez les HARSAH – données d'ARGUS

D'après les données montréalaises de l'enquête ARGUS 2008 :

- Près d'un HARSAH sur sept est infecté par le VIH (prévalence : 15,0%);
  - 27% chez ceux s'étant déjà injectés;
  - 14% chez ceux ne s'étant jamais injectés;
- 91% des HARSAH ont déjà été dépistés pour le VIH dans leur vie;
- 61% ont été dépistés pour le VIH dans les 12 mois précédents;
- Parmi les HARSAH infectés : 13% n'étaient pas au courant de leur infection;
- Parmi les HARSAH qui se savent infectés par le VIH :
  - 80% ont déjà pris des médicaments contre le VIH dans leur vie;
  - 76% prenaient des médicaments contre le VIH lors de l'enquête.

Environ un HARSAH sur sept est infecté par le VIH. Cependant, le dépistage est peu fréquent et plusieurs HARSAH infectés l'ignorent. Parmi les HARSAH infectés qui le savent, environ deux sur trois prennent des médicaments pour contrôler leur infection.

## L'infection par le VIH dans les communautés ethnoculturelles – données d'études

### Les Québécois d'origine haïtienne

- Une étude réalisée en 1995-1996 a montré un taux de prévalence du VIH de 1,3% :
  - 1,6% chez les hommes;
  - 1,1% chez les femmes;
- Une étude réalisée en 2007-2008, avec une proportion beaucoup plus élevée de personnes nées au Canada, a montré un taux de prévalence du VIH de 0,3%. Les personnes infectées étaient nées en Haïti;
- Les deux études montrent que les personnes récemment immigrées sont les plus susceptibles d'être infectées par le VIH.

Les résultats des deux études réalisées auprès des Québécois d'origine haïtienne montrent que le VIH reste un problème de santé publique dans cette communauté, particulièrement chez les immigrants récents.

## L'infection par le VIH chez les femmes enceintes – données du CMIS

Le Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS) du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine a suivi 801 femmes enceintes infectées par le VIH entre juillet 1997 et décembre 2009. L'origine ethnique de ces femmes est la suivante :

Les femmes d'origine africaine et haïtienne sont nettement surreprésentées parmi les femmes enceintes atteintes par le VIH.

- 47% sont d'origine africaine;
  - cette proportion a augmenté à travers les années (de 24% en 1997 à environ 55% depuis 2004);
  - parmi les 29 femmes d'origine africaine diagnostiquées en 2009, la plupart ont été diagnostiquées durant l'année suivant leur arrivée au Canada;
- 25% sont d'origine caucasienne;
- 20% sont d'origine haïtienne;
  - parmi les 15 femmes d'origine haïtienne diagnostiquées en 2009, 6 l'ont été bien après leur arrivée au Canada, suggérant une acquisition dans ce pays.

## L'infection par le VIH chez les jeunes en difficulté – données d'une étude

### Jeunes de la rue

D'après une étude de cohorte menée auprès de 858 jeunes de la rue entre 2001 et 2004 :

L'injection de drogues joue un rôle important dans la transmission du VIH chez les jeunes de la rue. La transmission sexuelle y contribue également.

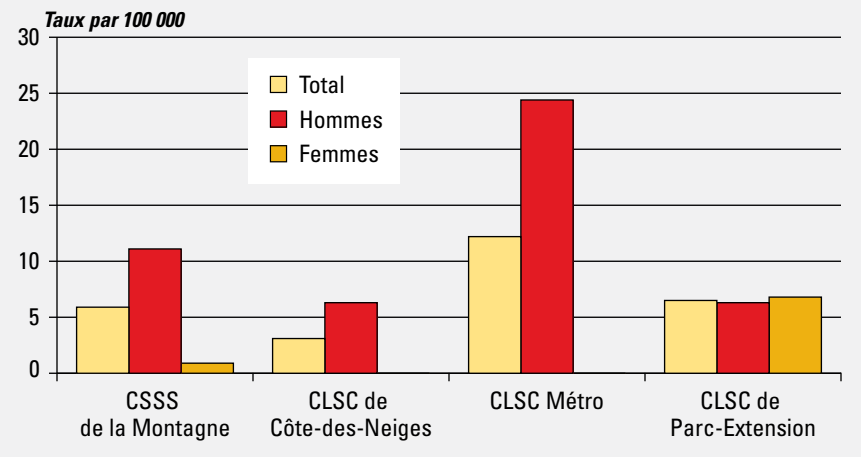
- Environ 1 jeune de la rue sur 100 est infecté par le VIH (prévalence : 0,9%) :
  - chez ceux qui se sont déjà injectés : 2,0%;
  - chez ceux qui ne se sont jamais injectés : 0%;
- Chaque année, parmi 100 jeunes de la rue non infectés par le VIH, environ 1 devient infecté (incidence : 0,8 par 100 personnes-années).

# SYPHILIS INFECTIEUSE

**L**a syphilis est une infection transmissible sexuellement causée par la bactérie *Treponema pallidum*. Les principaux symptômes sont le chancre, sorte d'ulcère indolore et, quelques semaines plus tard, une éruption cutanée parfois discrète. L'infection non traitée comporte différentes étapes évolutives. La syphilis infectieuse fait référence aux étapes primaire, secondaire et latente précoce de la maladie et c'est durant ces étapes (généralement d'une durée d'un an) que l'infection est contagieuse. La syphilis est facilement traitable par l'administration d'un antibiotique. Lorsqu'elle n'est pas traitée, la syphilis peut causer des complications cardiaques et neurologiques sévères. La syphilis peut causer des malformations importantes chez les nouveau-nés. Il est à noter que les lésions causées par cette infection peuvent augmenter les risques de contracter ou de transmettre le VIH et d'autres ITS.

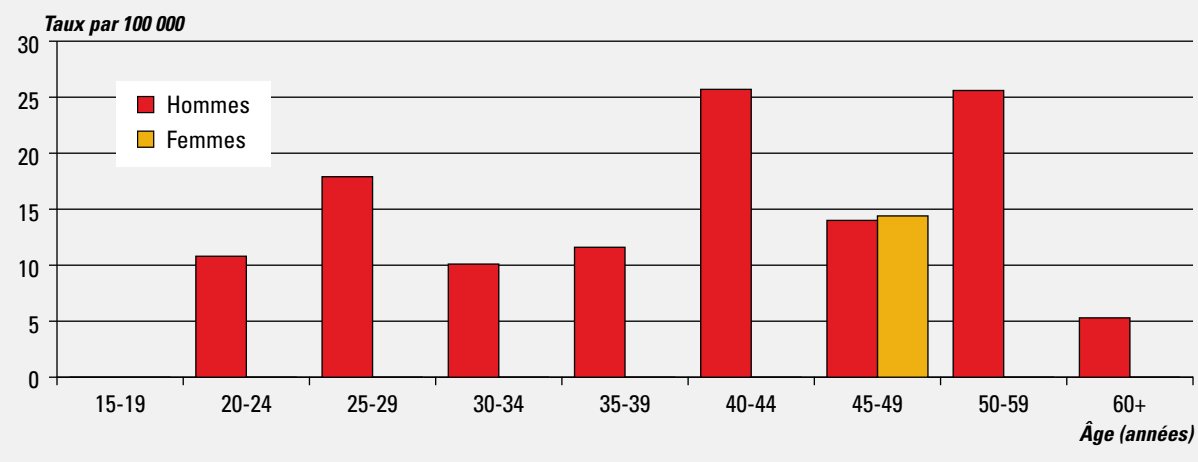


### Taux d'incidence de la syphilis infectieuse selon le sexe pour le CSSS de la Montagne et ses CLSC en 2009



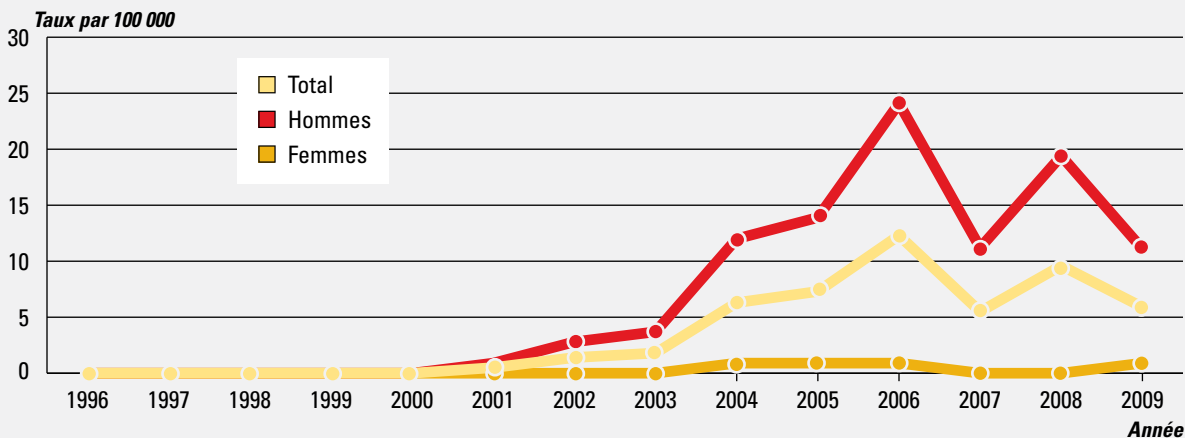
Globalement, sur le territoire du CSSS de la Montagne, le taux d'incidence de la syphilis est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La situation est toutefois différente pour le territoire du CLSC de Parc-Extension, où les taux sont presque égaux pour les deux sexes.

### Taux d'incidence de la syphilis infectieuse par groupe d'âge et par sexe pour le CSSS de la Montagne en 2009

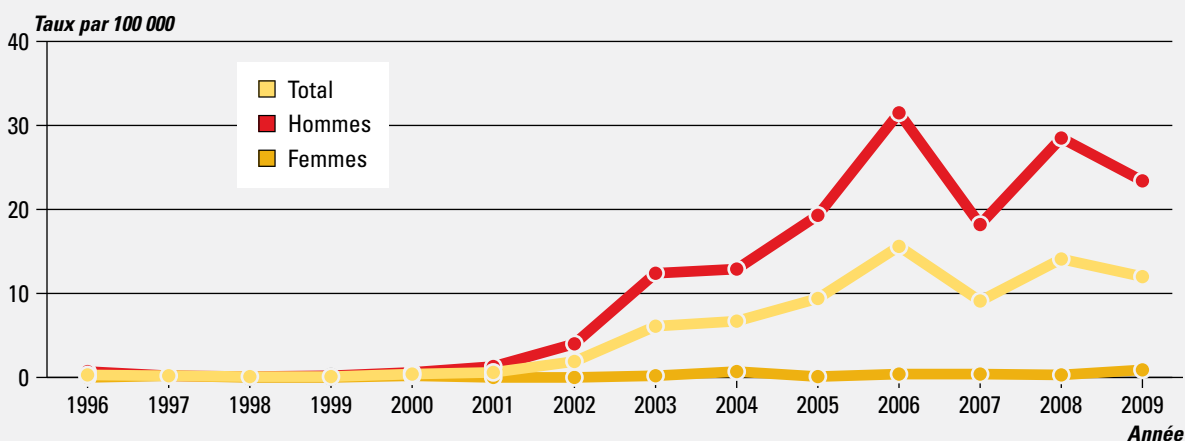


Chez les hommes, les taux d'incidence de la syphilis infectieuse les plus élevés sont observés chez les 40 à 44 ans et chez les 50 à 59 ans. Des cas sont observés dans tous les groupes d'âge à partir de 20 ans. Quant au seul cas féminin, il est dans la catégorie 45 et 49 ans.

### Taux d'incidence de la syphilis infectieuse pour le CSSS de la Montagne de 1996 à 2009



### Taux d'incidence de la syphilis infectieuse à Montréal de 1996 à 2009



Pour Montréal, le taux d'incidence de la syphilis chez les hommes a augmenté de manière marquée de 2003 à 2006 pour atteindre 31,5 par 100 000 et ensuite se maintenir entre 20 et 30 par 100 000. Le profil est similaire pour les hommes qui résident sur le territoire du CSSS de la Montagne (avec un maximum de 24,1 par 100 000 en 2006). Il est entre 11 et 19 par 100 000 depuis 2007.

## Quelques caractéristiques des cas déclarés – données des enquêtes MADO

D'après les données disponibles pour 1304 (91,0%) des cas de syphilis de Montréal déclarés de 2000 à 2009, les HARSAH représentent la grande majorité des cas (1224/1304).

### **Parmi les HARSAH :**

- 81% ont déjà contracté une ITSS au cours de leur vie;
- 49% ont rapporté être infectés par le VIH;
- au cours des 12 mois précédents :
  - 64% ont eu des relations sexuelles dans un sauna;
  - 20% ont eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec.

### **Parmi les personnes ayant eu des relations exclusivement hétérosexuelles (n = 80) :**

- les deux tiers étaient des hommes (n=52);
- 57% sont d'origine ethnoculturelle autre que canadienne-française ou canadienne-anglaise;
- 29% ont eu, au cours de 12 mois précédents, des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec.

## La syphilis chez les HARSAH – données d'ARGUS

D'après les données montréalaises de l'enquête ARGUS 2008 :

- Une syphilis ancienne ou courante a été détectée chez 9,3% des HARSAH;
- 70% des HARSAH ont déjà été dépistés pour la syphilis dans leur vie;
- 46% ont été dépistés dans les 12 derniers mois.

Près d'un HARSAH sur 10 a déjà contracté une syphilis ou était infecté lors du prélèvement.

## La syphilis dans les communautés ethnoculturelles – données d'une étude

### **Les Québécois d'origine haïtienne**

Dans l'étude auprès des Québécois d'origine haïtienne réalisée en 2007-2008 :

- Une syphilis ancienne ou courante a été détectée chez 1,8% des Québécois d'origine haïtienne âgés de 15 à 49 ans recrutés en clinique;
- La prévalence d'une syphilis ancienne ou courante est plus élevée chez les hommes (3,6%) que chez les femmes (0,8%);
- Les données suggèrent une prévalence plus élevée chez les personnes nées en Haïti que chez les personnes d'origine haïtienne nées au Québec. Elles suggèrent également une prévalence plus élevée chez les immigrants récents (moins de 5 ans) que chez les immigrants plus anciens.

# LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

**L**a **lymphogranulomatose vénérienne** est une infection transmissible sexuellement. Elle est causée par certains sérotypes de la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Bien que cette infection soit endémique dans diverses régions d’Afrique, d’Amérique du sud, des Caraïbes et d’Asie, elle n’avait donné lieu à aucune déclaration au Québec jusqu’en 2003 et elle demeure relativement peu fréquente. Les manifestations de la LGV sont principalement des adénopathies et des atteintes au tissu lymphoïde tel que rectite et obstruction lymphatique. La LGV se traite par la prise d’antibiotique. Il est à noter que les lésions causées par cette infection peuvent augmenter les risques de contracter ou de transmettre le VIH et d’autres ITS.

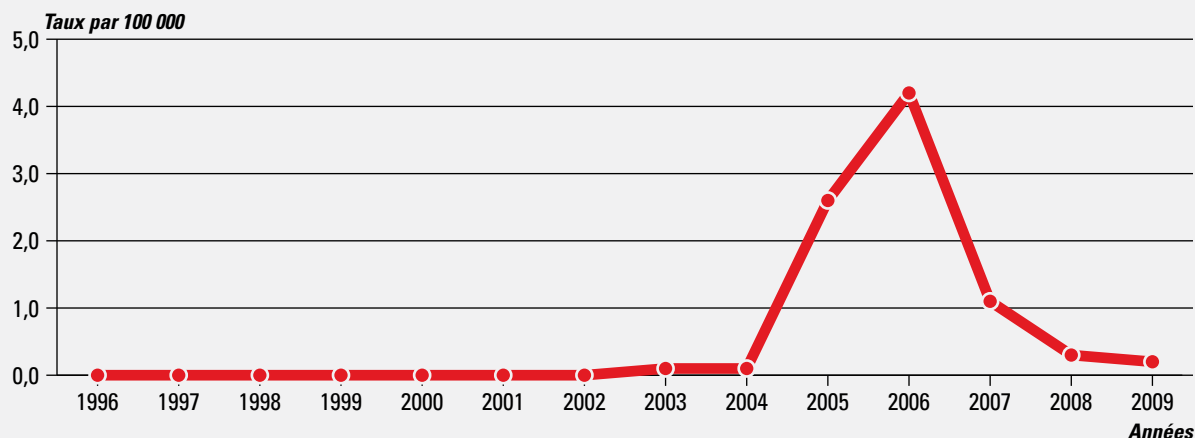
## Nombre de cas déclarés et taux d’incidence

### Nombre de cas et taux d’incidence de la LGV pour Montréal en 2009

	Nombre de cas	Taux d’incidence par 100 000
Montréal	2	0,1

Les deux cas de LGV déclarés en 2009 sont de sexe masculin. L’un provient du territoire du CSSS Jeanne-Mance et l’autre provient du territoire du CSSS Lucille-Teasdale.

## Taux d'incidence de la LGV chez les hommes à Montréal de 1996 à 2009



En 2009, deux cas de LGV ont été déclarés à Montréal. Un premier cas a été déclaré en 2003 et, au total, de 2003 à 2009, 79 cas y ont été déclarés. Le pic de déclaration a été atteint en 2006 avec 41 cas. La situation observée au cours des cinq premières périodes de 2010, avec six cas déclarés, montre une augmentation par rapport à 2009.

Tous les cas de LGV déclarés de 2003 à 2009 étaient de sexe masculin.

## Caractéristiques des cas déclarés – données des enquêtes MADO

D'après les données disponibles pour 73 (92,4%) des cas de LGV de Montréal déclarés de 2003 à 2009, tous ont eu des relations sexuelles avec des hommes au cours des 12 mois précédents.

Parmi eux :

- 88% ont déjà eu une ITSS;
- 41% ont déjà contracté la syphilis;
- 56% étaient infectés par le VIH;
- au cours des 12 mois précédents :
  - 67% ont eu des relations sexuelles dans un sauna;
  - 21% ont eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec;
  - 22% avaient consommé de la cocaïne, de l'héroïne, de l'ecstasy ou de la mescaline;
  - aucun cas n'avait reçu ou donné d'argent en échange de relations sexuelles.

# CHLAMYDIOSE

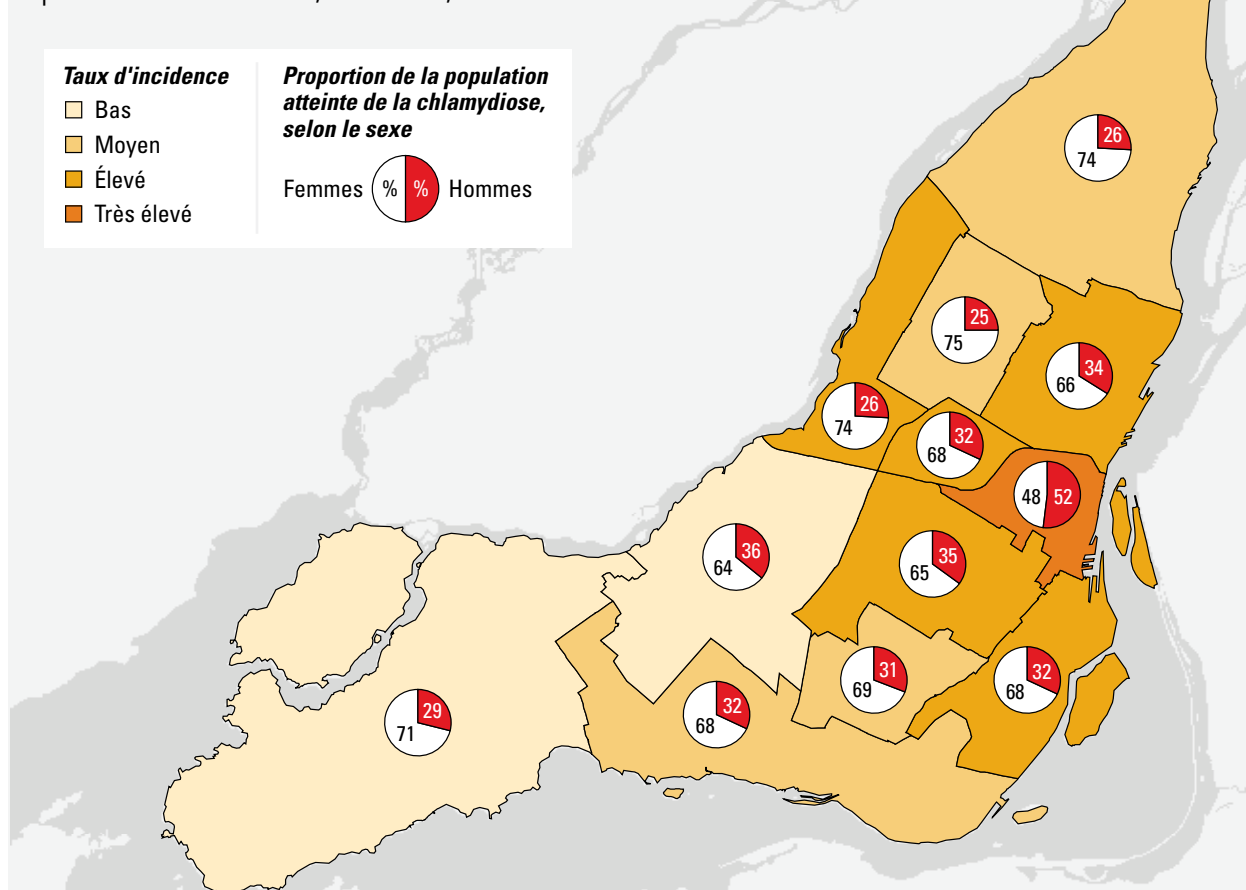
**S**ouvent **asymptomatique**, cette infection transmissible sexuellement est causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis*. Elle est la principale cause d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), condition pouvant entraîner des complications comme l'infertilité, une grossesse ectopique ou des douleurs pelviennes chroniques. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est transmissible au nouveau-né qui peut développer une conjonctivite ou une pneumopathie inflammatoire. Lorsqu'elle n'est pas traitée, la personne infectée peut être contagieuse pendant plusieurs mois. La chlamydie se traite facilement par l'administration d'antibiotique, souvent en une seule dose.

## Nombre de cas déclarés et taux d'incidence

### Nombre de cas et taux d'incidence de la chlamydie pour Montréal en 2009

	Nombre de cas	Taux d'incidence par 100 000
Montréal	4 252	223,7

### Chlamydie, taux d'incidence et répartition des cas selon le sexe, par territoire de CSSS, Montréal, 2009



### Nombre de cas et taux d'incidence de la chlamydie pour le CSSS de la Montagne et ses CLSC en 2009

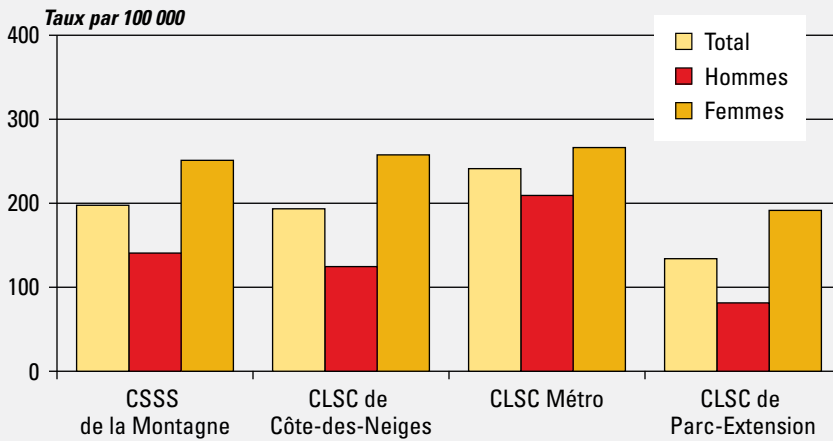
	Nombre de cas	Taux d'incidence par 100 000
CSSS de la Montagne	433	197,6
Rang parmi les 12 CSSS de Montréal	2 <sup>e</sup>	6 <sup>e</sup>
CLSC de Côte-des-Neiges	254	193,4
CLSC Métro	138	241,2
CLSC de Parc-Extension	41	134,0

Le territoire du CSSS de la Montagne est l'un des cinq de Montréal à présenter un taux élevé de chlamydie. Parmi les 12 territoires de CSSS, il se classe au 2<sup>e</sup> rang pour le nombre de cas et au 6<sup>e</sup> pour le taux d'incidence.

Le taux pour le territoire du CLSC Métro est le plus élevé, suivi par celui pour le territoire du CLSC de Côte-des-Neiges.

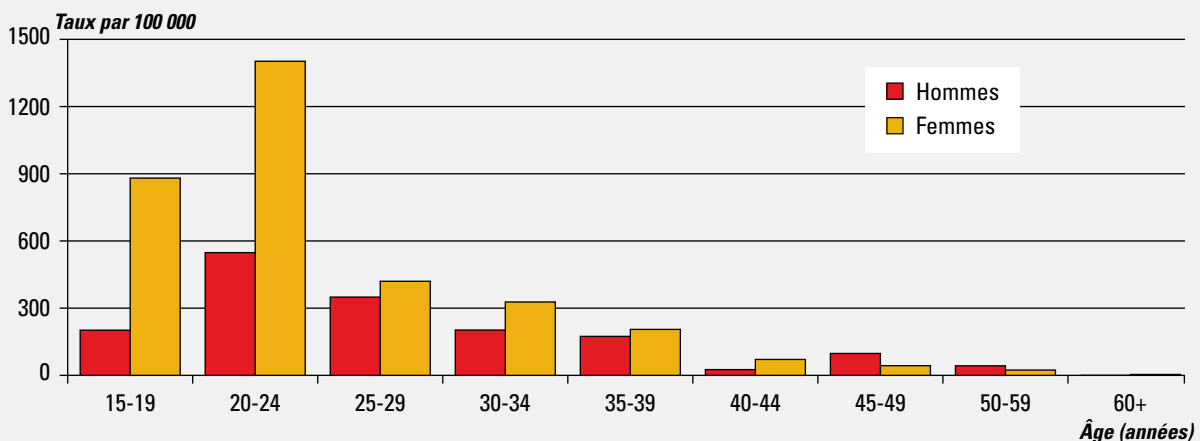
Le territoire de résidence est inconnu pour 484 cas de chlamydie sur un total de 4252 (11,4% des cas). Ces données portent uniquement sur les cas pour lesquels le CSSS de résidence est connu.

### Taux d'incidence de la chlamydie selon le sexe pour le CSSS de la Montagne et ses CLSC en 2009



Le taux d'incidence de la chlamydie est plus élevé chez les femmes que chez les hommes pour l'ensemble du territoire du CSSS de la Montagne et pour chacun des trois territoires de CLSC. L'écart entre les taux masculin et féminin est cependant moins important pour le territoire du CLSC Métro.

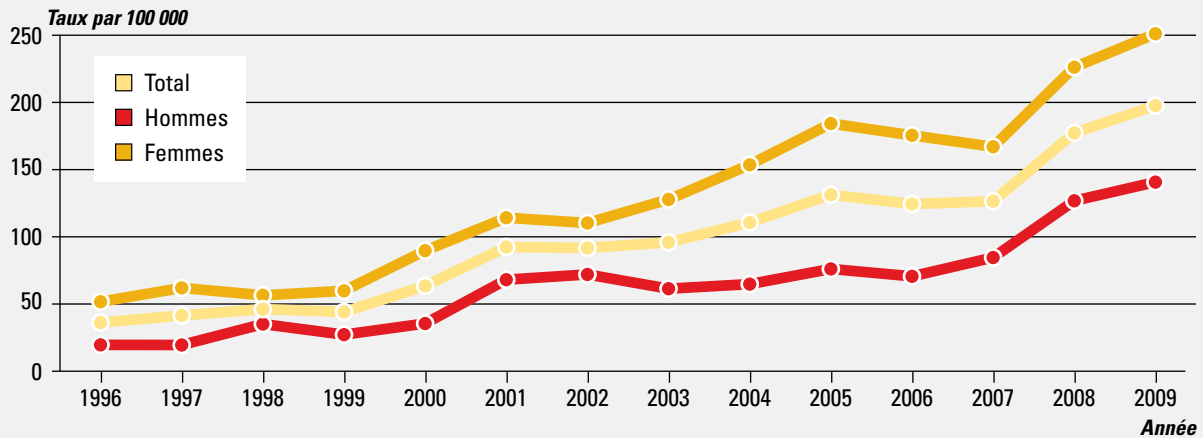
### Taux d'incidence de la chlamydie par groupe d'âge et par sexe pour le CSSS de la Montagne



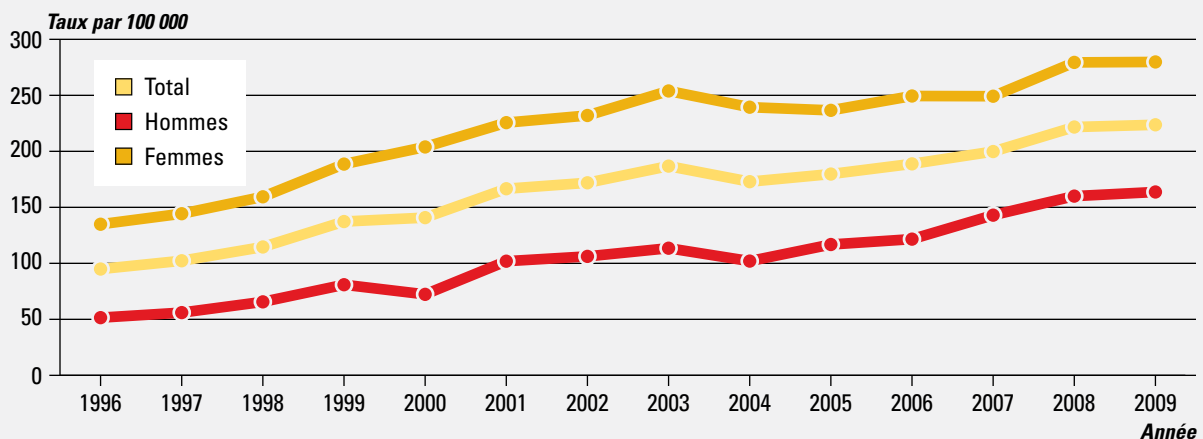
Le taux d'incidence le plus élevé est observé chez les femmes de 20 à 24 ans (1402 par 100 000), suivi par celui chez les femmes de 15 à 19 ans (881 par 100 000). Chez les femmes, le taux diminue ensuite avec l'âge.

Chez les hommes, le taux le plus élevé est observé chez les 20 à 24 ans (548 par 100 000), mais il y a moins de variation selon l'âge que chez les femmes.

## Taux d'incidence de la chlamydieuse pour le CSSS de la Montagne de 1996 à 2009



## Taux d'incidence de la chlamydieuse à Montréal de 1996 à 2009



Pour l'ensemble de Montréal, le taux total d'incidence a augmenté régulièrement de 1996 à 2009. Pour chaque année, le taux chez les femmes est supérieur à celui chez les hommes.

Les tendances sont similaires pour le territoire du CSSS de la Montagne. On note cependant une tendance à la hausse plus prononcée dans les dernières années.

## La chlamydie chez les HARSAH – données d'ARGUS

D'après les données montréalaises de l'enquête ARGUS 2008 :

- 3,8% des HARSAH ont reçu un diagnostic de chlamydie par un médecin ou une infirmière au cours des 12 derniers mois.

Un haut taux de chlamydie est observé chez les HARSAH.

## La chlamydie chez les jeunes en difficulté – données d'une étude

### Jeunes en centre jeunesse

D'après les données de l'étude réalisée en 2008-2009 dans six centres jeunesse du Québec :

- 6,8% des jeunes hébergés dans un centre jeunesse ont déjà été informés par un médecin ou une infirmière qu'ils avaient une chlamydie;
- Parmi les jeunes de 14 à 17 ans en centre jeunesse, les proportions suivantes ont eu au moins un test de détection de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* dans leur vie :
  - 61,1% des filles;
  - 28,9% des garçons.

Un haut taux de chlamydie est observé chez les jeunes qui séjournent dans un centre jeunesse. Le dépistage est moins fréquent chez les garçons que chez les filles.

# INFECTION GONOCOCCIQUE

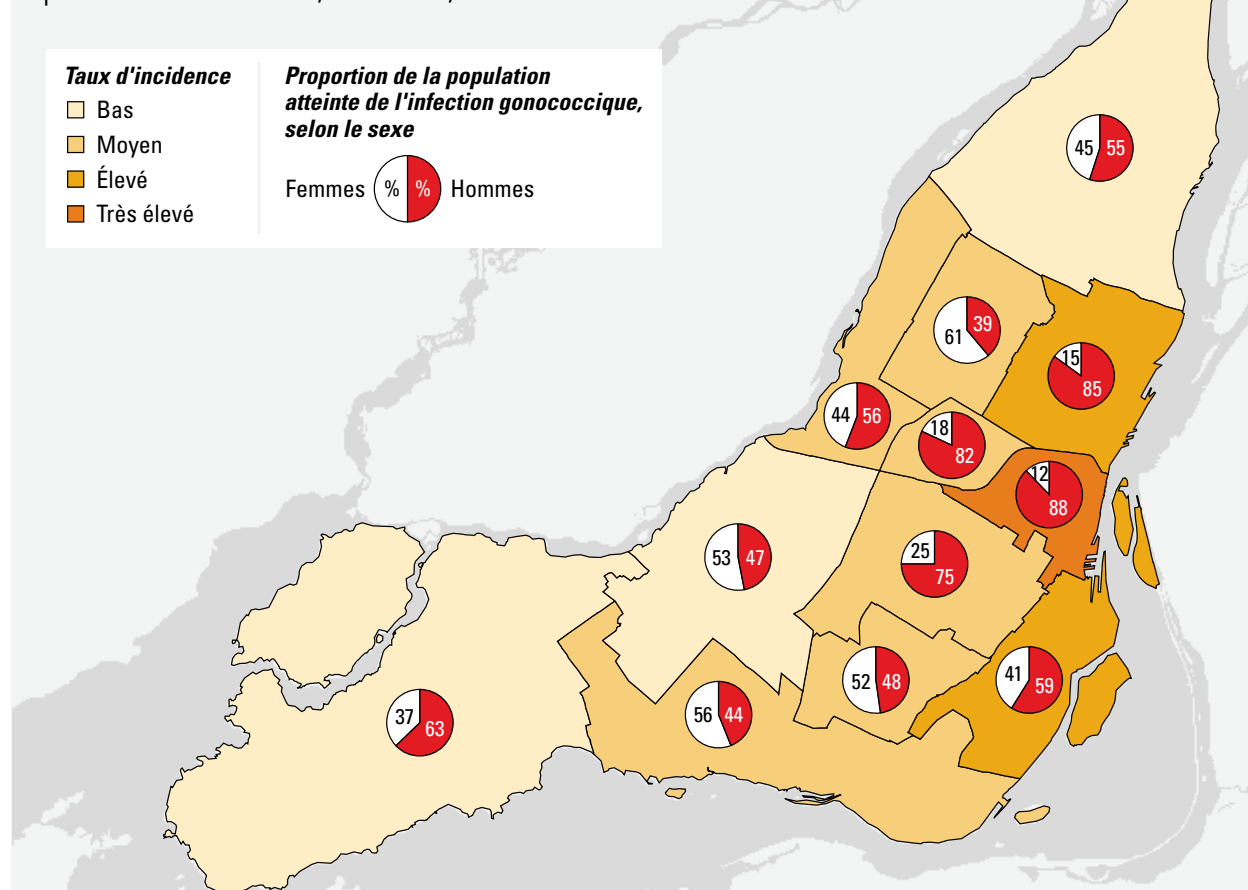
**C**ette infection transmissible sexuellement est causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. L'infection non traitée peut entraîner des complications comme la prostatite chez l'homme et l'infertilité, la grossesse ectopique et des douleurs pelviennes chroniques chez la femme. L'infection à *Neisseria gonorrhoeae* est transmissible au nouveau-né qui peut développer une conjonctivite grave ou une infection systémique. Lorsqu'elle n'est pas traitée, la personne infectée peut être contagieuse pendant plusieurs mois. L'infection gonococcique se traite facilement par l'administration d'antibiotique, souvent en une seule dose. Enfin, la transmission du VIH est plus importante chez les personnes qui sont atteintes de cette infection.

## Nombre de cas déclarés et taux d'incidence – données MADO

### Nombre de cas et taux d'incidence de l'infection gonococcique pour Montréal en 2009

	Nombre de cas	Taux d'incidence par 100 000
Montréal	973	51,2

### Infection gonococcique, taux d'incidence et répartition des cas selon le sexe, par territoire de CSSS, Montréal, 2009



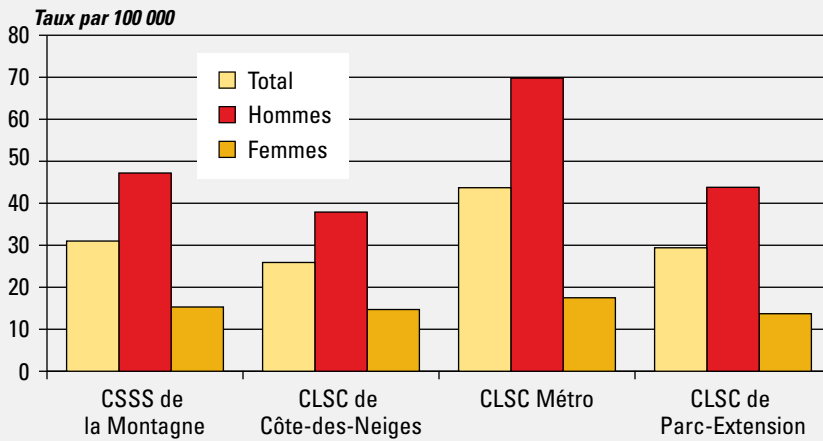
### Nombre de cas et taux d'incidence de l'infection gonococcique pour le CSSS de la Montagne et ses CLSC en 2009

	Nombre de cas	Taux d'incidence par 100 000
CSSS de la Montagne	68	31,0
Rang parmi les 12 CSSS de Montréal	4 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>
CLSC de Côte-des-Neiges	34	25,9
CLSC Métro	25	43,7
CLSC de Parc-Extension	9	29,4

Le territoire de résidence est inconnu pour 175 cas d'infection gonococcique sur un total de 973 (18,0 % des cas). Ces données portent uniquement sur les cas pour lesquels le CSSS de résidence est connu.

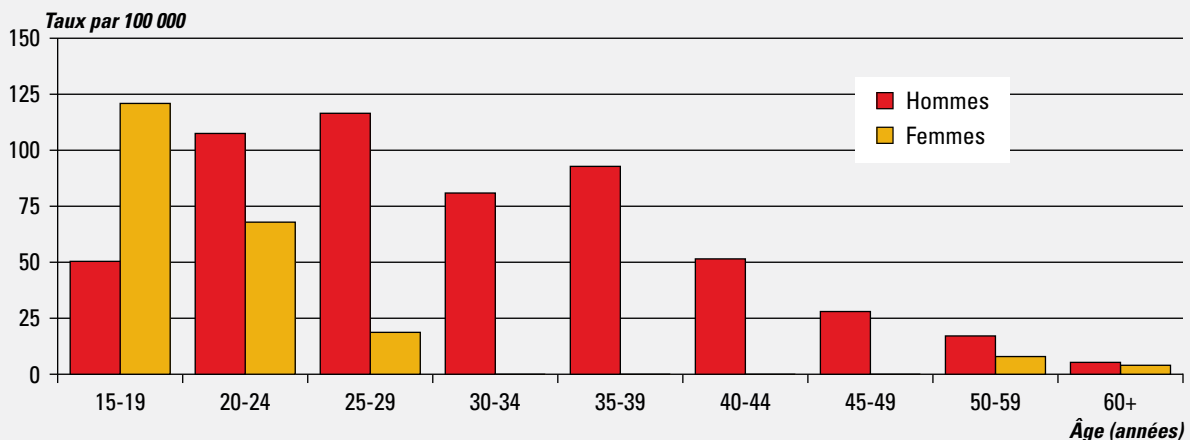
Le territoire du CSSS de la Montagne est l'un des six de Montréal présentant un taux d'incidence moyen. Parmi les 12 territoires de CSSS, il se classe au 4<sup>e</sup> rang pour le nombre de cas et au 7<sup>e</sup> pour le taux d'incidence. Le taux est plus élevé pour le territoire du CLSC Métro que pour les deux autres territoires de CLSC.

**Taux d'incidence de l'infection gonococcique selon le sexe**  
pour le CSSS de la Montagne et ses CLSC en 2009



l'infection gonococcique est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes du territoire du CSSS de la Montagne. La différence de taux entre les deux sexes est particulièrement importante pour le territoire du CLSC Métro.

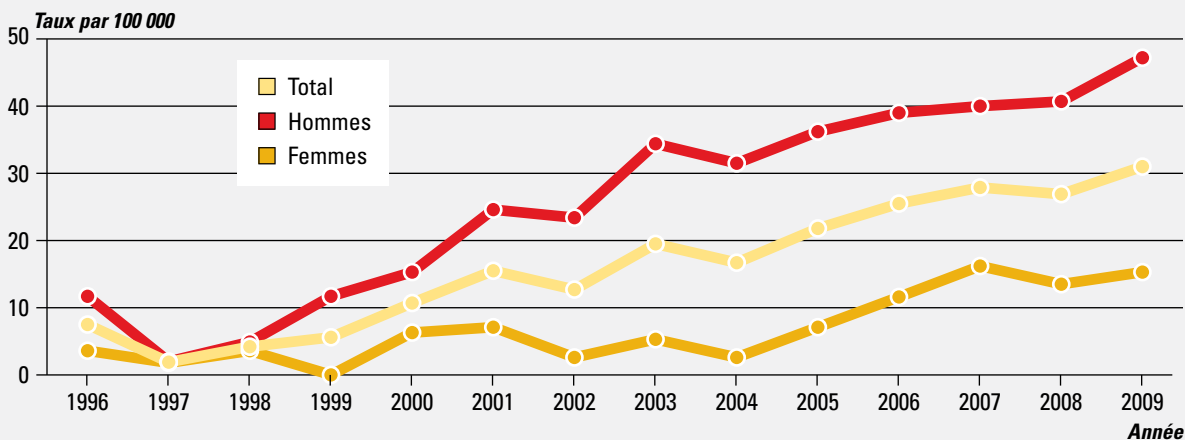
**Taux d'incidence de l'infection gonococcique par groupe d'âge et par sexe**  
pour le CSSS de la Montagne en 2009



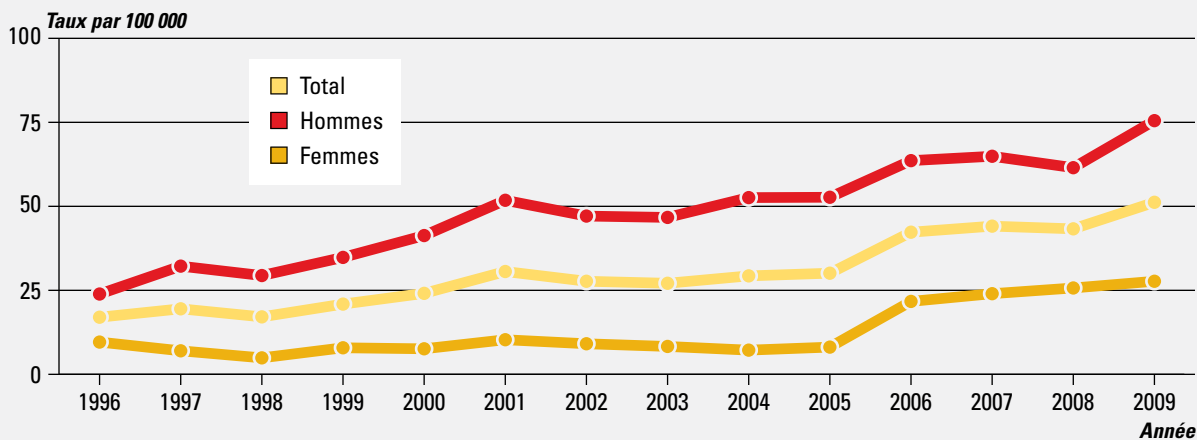
Le taux d'incidence le plus élevé est observé chez les femmes de 15 à 19 ans (121 par 100 000), suivi par celui chez les hommes de 25 à 29 ans (116 par 100 000) et de 20 à 24 ans (107 par 100 000).

Chez les hommes, des cas sont observés dans tous les groupes d'âge. Chez les femmes, la majorité des cas ont entre 15 et 29 ans et quelques cas ont 50 ans et plus.

## Taux d'incidence de l'infection gonococcique pour le CSSS de la Montagne de 1996 à 2009



## Taux d'incidence de l'infection gonococcique à Montréal de 1996 à 2009



Pour l'ensemble de Montréal, le taux d'incidence de l'infection gonococcique est beaucoup plus élevé en 2009 qu'il l'était en 2006. Une hausse importante a eu lieu de 2000 à 2002. Le taux a ensuite peu varié de 2003 à 2005, pour augmenter à nouveau jusqu'en 2009. Depuis le début des années 2000, le taux chez les hommes est nettement supérieur à celui chez les femmes.

Les tendances pour les hommes et les femmes du territoire du CSSS de la Montagne sont similaires à celles pour Montréal.

## L'infection gonococcique chez les HARSAH – données d'ARGUS

D'après les données montréalaises de l'enquête ARGUS 2008 :

- 5,9% de HARSAH ont reçu un diagnostic de gonorrhée par un médecin ou une infirmière au cours des 12 derniers mois.

Un haut taux de gonorrhée est observé chez les HARSAH.

## L'infection gonococcique chez les jeunes en difficulté – données d'une étude

### Jeunes en centre jeunesse

D'après les données de l'étude réalisée en 2008-2009 dans six centres jeunesse du Québec :

- 1,7% des jeunes hébergés en centre jeunesse ont déjà été informés par un médecin ou une infirmière qu'ils avaient une infection gonococcique.

Un haut taux d'infection gonococcique est observé chez les jeunes qui séjournent dans un centre jeunesse.

# HÉPATITE B AIGÛE

**L**e virus de l'hépatite B est transmissible sexuellement et par le sang. Souvent asymptomatique, l'infection demeure chronique chez 90% des enfants infectés à la naissance et 10% des adultes. Chez les porteurs chroniques, 15 à 25% des personnes développeront une cirrhose qui peut se compliquer d'un carcinome. Il existe un vaccin très efficace pour prévenir cette infection. Depuis 1994, un programme de vaccination, comportant trois doses, est offert gratuitement aux élèves en 4<sup>e</sup> année du primaire. Des programmes de vaccination visent également divers groupes à risque comme les personnes UDI et les HARSAH.

## Nombre de cas déclarés et taux d'incidence – données MADO

### Nombre de cas et taux d'incidence de l'hépatite B aiguë pour Montréal en 2009

	Nombre de cas	Taux d'incidence par 100 000
Montréal	11	0,6

Deux des 11 cas d'hépatite B aiguë déclarés en 2009 résident sur le territoire du CSSS Jeanne-Mance, deux sur celui du CSSS de Dorval-LaSalle-Lachine et un sur le territoire des CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, d'Ahuntsic et Montréal-Nord, du Cœur-de-l'île, Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île (CSSS inconnu pour 2 cas).

Sept des cas déclarés sont de sexe masculin et trois, de sexe féminin (1 cas de sexe inconnu).

Deux cas sont âgés de 25 à 29 ans, un de 30 à 39 ans, quatre de 40 à 59 ans et trois de 60 ans et plus (1 cas d'âge inconnu).

Parmi les sept cas masculins, trois rapportent des relations sexuelles avec des hommes durant les douze mois précédents.

Il est important de poursuivre les efforts de vaccination auprès de la population adulte à risque.





# INFORMATIONS ADDITIONNELLES DISPONIBLES SUR LES **POPULATIONS** **VULNÉRABLES**<sup>1</sup>

---

*<sup>1</sup> Afin d'alléger le texte, toutes les informations sur la méthodologie et les références utilisées ont été placées dans une section distincte, l'annexe 1. Y référer pour connaître la provenance des données et leurs limites ainsi que des éléments supplémentaires pouvant aider à leur interprétation.*

# LES PERSONNES QUI UTILISENT DES DROGUES PAR INJECTION

## Données tirées du volet montréalais du réseau SurvUDI

### Quelques caractéristiques sociodémographiques

- 75% des participants à SurvUDI sont des hommes;
- L'âge moyen des hommes est de 33,5 ans; celui des femmes, 26,9 ans;
- Les hommes ont commencé à s'injecter à 22,2 ans; les femmes à 19,4 ans.
- 47% des participants ont passé au moins une nuit dans la rue, un refuge ou un squat dans les six mois précédents.

### Injection avec du matériel déjà utilisé

- En 2007, 1 personne UDI sur 4 (27%) avait utilisé une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre au cours des six mois précédents;
- En 2007, 1 personne UDI sur 4 (25%) avait utilisé de l'eau, un filtre ou un contenant déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour s'injecter au cours des six mois précédents;
- La proportion des personnes UDI ayant utilisé une seringue déjà utilisée par quelqu'un d'autre a diminué de 45% à 27% entre 1995 et 2007;
- La proportion des personnes UDI ayant utilisé un autre article déjà utilisé par quelqu'un d'autre a diminué de 44% à 25% de 2003 à 2007;
- Plus de 8 personnes sur 10 se sont injectés au moins deux fois avec une de leurs seringues au cours des six mois précédents;

La proportion de personnes UDI s'injectant avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre a nettement diminué au cours des années. Cependant, encore le quart des personnes UDI le font et la plupart réutilisent leurs seringues. Ces données indiquent que l'accessibilité au matériel stérile d'injection doit être améliorée.

### Drogues consommées

- 2 personnes UDI sur 3 se sont injecté le plus souvent de la cocaïne au cours des six mois précédents (2003-2008);
- Proportion de personnes UDI s'étant injecté au moins une fois (6 mois précédents; 2003-2008) :
  - de la cocaïne : 87%;
  - opioïdes : 61%;
  - crack : 5%;
- Opioïdes injectés par les plus grandes proportions de personnes UDI:
  - héroïne : 45%;
  - Dilaudid® : 38%;
- Entre 2003 et 2007, la proportion des personnes UDI s'étant injecté du Dilaudid® dans les six mois précédents a augmenté de 27% à 41%;
- L'usage de crack (autrement que par injection) a augmenté de 1995 à 2007, passant de 52% à 72% des personnes UDI.

Bien que la cocaïne continue à être la drogue la plus souvent injectée par la majorité des personnes UDI, l'injection d'opioïdes médicamenteux semble en croissance. Il faut s'assurer que le matériel stérile d'injection offert tienne compte de ces changements.



Photo : © Eric St-Pierre

## Utilisation des services des centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSI)

### Nombre de visites et nombre de seringues distribuées dans les CAMSI pour les résidents de Montréal et du CSSS de la Montagne en 2009

	Nombre de visites	Nombre de seringues distribuées
Résidents de Montréal	43 893	594 746
Résidents du CSSS de la Montagne	1 208	7 151
Rang parmi les 12 CSSS	5 <sup>e</sup>	7 <sup>e</sup>

En 2009, les résidents de Montréal ont effectué près de 44 000 visites dans des CAMSI de Montréal. Les résidents du territoire du CSSS de la Montagne ont effectué environ 1200 de ces visites et plus de 7000 seringues leur ont été données.

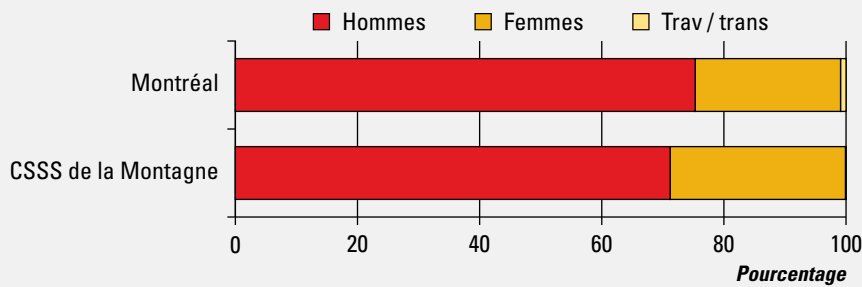
#### Principaux centres d'accès fréquentés par les résidents du CSSS de la Montagne en 2009

L'Anonyme (580 visites)  
 Cactus (340 visites)  
 Spectre de rue (103 visites)  
 CLSC Métro (87 visites)

#### Centres d'accès participant au monitoring sur le territoire du CSSS de la Montagne en 2009

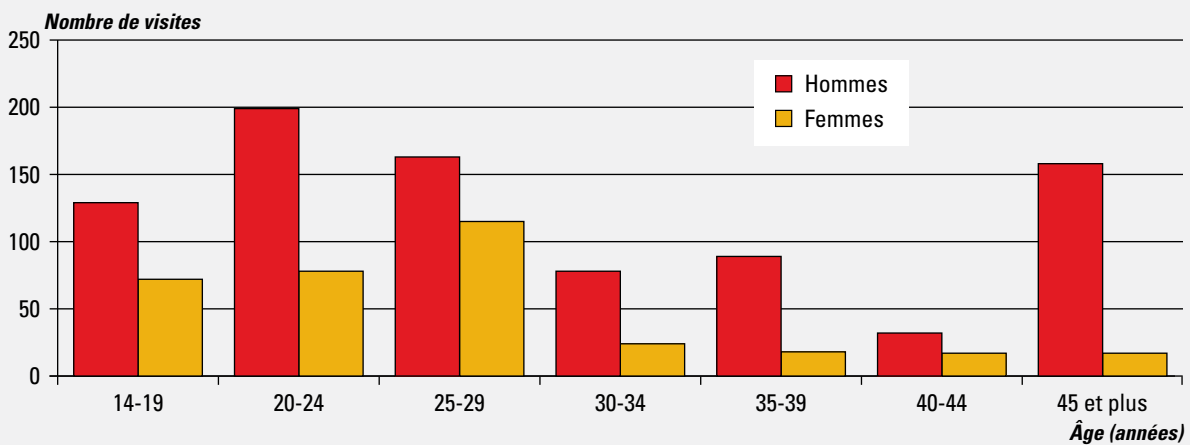
CLSC Métro  
 Institut thoracique de l'UHRESS de l'hôpital Royal-Victoria – CUSM  
 L'Anonyme

## Répartition par sexe des visites effectuées dans les CAMSI pour les résidents de Montréal et du CSSS de la Montagne en 2009



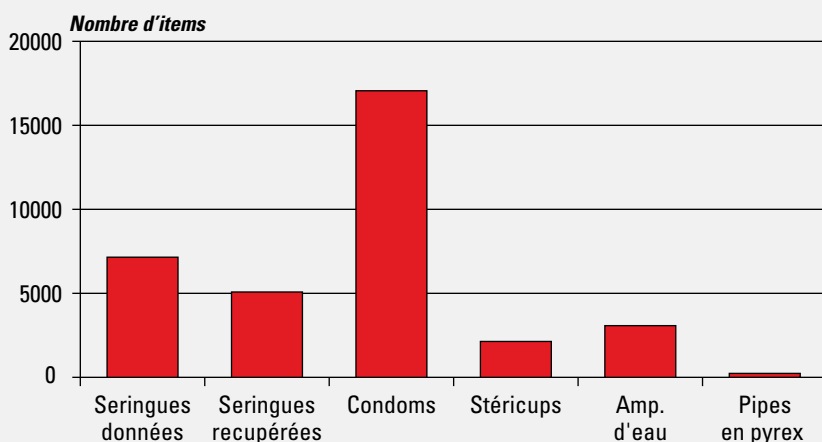
Parmi l'ensemble des visites effectuées par des Montréalais, les trois quarts ont été faites par des hommes. La proportion est similaire parmi celles effectuées par des résidents du territoire du CSSS de la Montagne.

## Répartition par groupe d'âge et sexe des visites effectuées dans les CAMSI pour les résidents du CSSS de la Montagne en 2009



Chez les hommes, le plus grand nombre de visites a été effectué par les 20 à 24 ans (soit 199). Chez les femmes, il a été effectué par les 25 à 29 ans (soit 115).

## Matériel remis aux résidents du CSSS de la Montagne et seringues rapportées par eux en 2009



Au cours de 2009, plus de 7 000 seringues et 17 000 condoms ont été donnés à des résidents du territoire du CSSS de la Montagne dans l'un des CAMSI de Montréal.

Il est intéressant de souligner que les hommes de 14 à 24 ans du territoire du CSSS de la Montagne qui ont fréquenté les CAMSI de Montréal sont principalement allés à L'Anonyme pour chercher des condoms.

## Utilisation des services offerts aux UDI par les pharmacies

### Nombre de troussees commandées par les pharmacies

de Montréal et CSSS de la Montagne participant au projet STOP sida UDI-Pharmacies en 2009

	Nombre de pharmacies participantes	Nombre de troussees commandées	Nombre de seringues
Montréal	99	41 640	166 560
CSSS de la Montagne	7	2 480	9 920

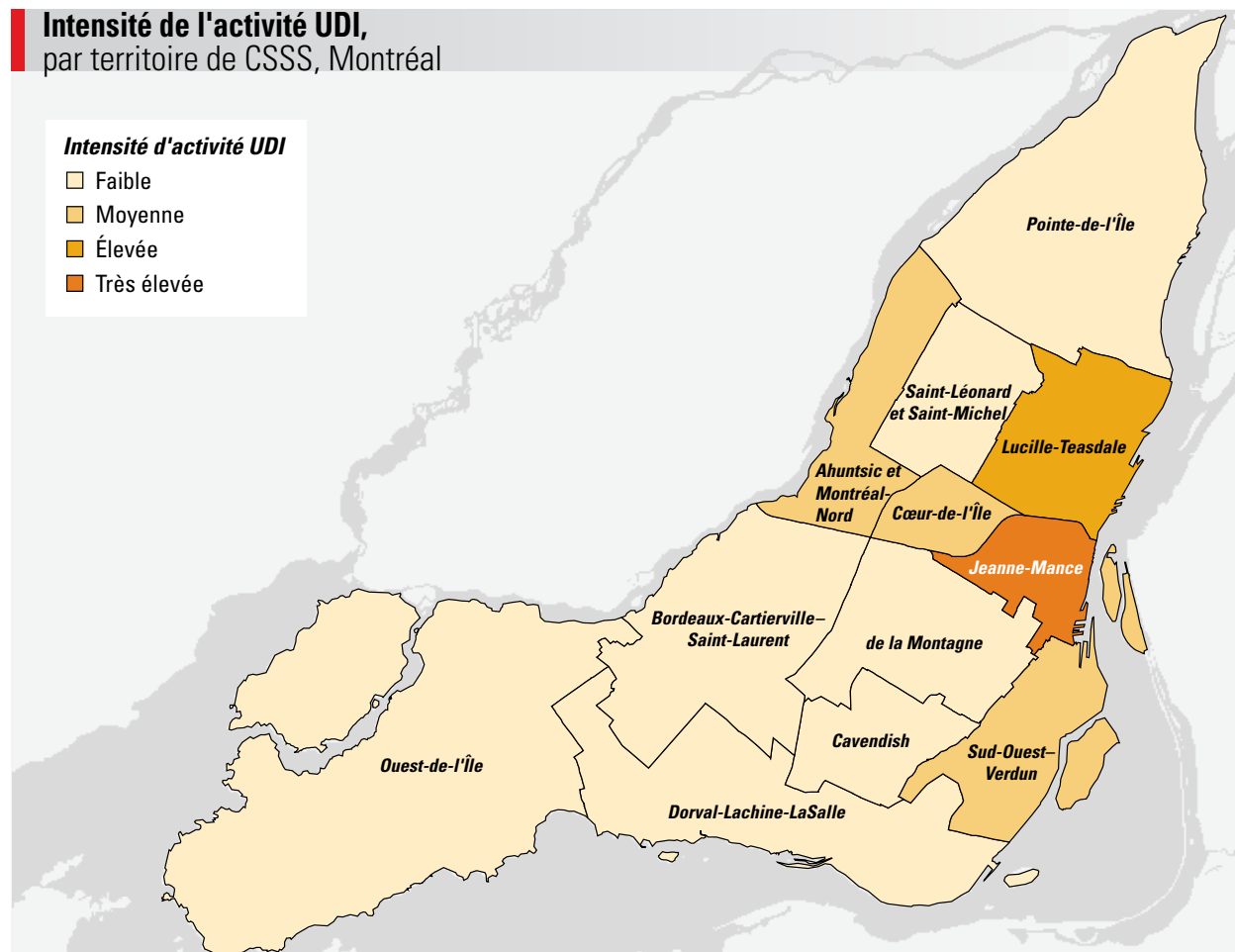
En 2009, 99 pharmacies de Montréal vendaient des troussees de prévention aux personnes UDI. Sept de ces pharmacies se trouvent sur le territoire du CSSS de la Montagne; elles ont commandé près de 2 500 troussees (contenant 9 920 seringues) en 2009.

À noter que plus de seringues ont été commandées par les pharmacies du territoire que distribuées dans les CAMSI à des résidents du territoire.

## Répartition géographique des personnes UDI sur l'île de Montréal

Les indicateurs analysés montrent que des personnes faisant usage de drogues par injection résident dans tous les territoires de CSSS de l'île de Montréal. Le territoire du CSSS de la Montagne est l'un des sept de Montréal qui présentent une activité UDI d'intensité faible.

### Intensité de l'activité UDI, par territoire de CSSS, Montréal



# LES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

## Données tirées du projet ARGUS

### Caractéristiques sociodémographiques

- Les 1398 répondants étaient âgés de 18 à 78 ans, avec un âge moyen de 40,3 ans;
- Environ un HARSAH sur quatre (28,5%) a complété des études universitaires du premier cycle ou des cycles supérieurs.

### Comportements sexuels – 6 mois précédents

- 92% ont eu une (des) relation(s) sexuelle(s) orale(s) ou anale(s) avec un (des) homme(s).

Parmi les hommes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes au cours des six mois précédents :

- 47% ont eu une (des) relation(s) sexuelle(s) orale(s) ou anale(s) avec six hommes ou plus;
- 23% ont eu une relation anale avec six partenaires masculins ou plus;
- 44% ont eu une relation anale non protégée avec un partenaire masculin;
- 32% ont eu une relation anale insertive ou réceptive non protégée par un condom avec un partenaire « à risque ».

Parmi l'ensemble des répondants montréalais :

- 53% ont fréquenté un sauna pour faire la rencontre de partenaires sexuels au moins une fois;
- 53% ont recherché un partenaire sexuel sur internet au moins une fois.

De nombreux HARSAH ont des comportements sexuels qui les mettent à risque pour les ITSS. Ainsi, près de 1 HARSAH sur 3 a eu une relation anale non protégée avec un partenaire à risque au cours des 6 derniers mois.



Photo : © Eric St-Pierre

## Consommation de drogues – 6 mois précédents

- 25% ont prisé de la cocaïne;
- 8% ont fumé du crack ou de la cocaïne;
- 3,5% se sont injecté des drogues;
- 2,0% se sont injecté des stéroïdes.

Parmi les HARSAH ayant eu des relations sexuelles avec un homme au cours des six mois précédents, les proportions suivantes ont été sous l'effet de la substance mentionnée pour la moitié ou plus de ces relations sexuelles :

- 18% sous l'effet de l'alcool;
- 9,5% sous l'effet de la marijuana;
- 8,6% sous l'effet du nitrite d'amyle (poppers);
- 2,5% sous l'effet de l'ecstasy;
- 2,3% sous l'effet du GHB (GH, G, jus).

Les relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ou de drogues sont fréquentes. Ceci est préoccupant en raison de l'impact négatif sur la prise de risque, notamment le port du condom.

## Accès aux services de prévention

Parmi les HARSAH ayant eu des relations sexuelles avec un homme au cours des six mois précédents :

- 31% ont obtenu gratuitement moins de 20% des condoms qu'ils ont utilisés;
- 40% ont obtenu gratuitement 90% ou plus des condoms qu'ils ont utilisés.

# LES COMMUNAUTÉS ETHNOCULTURELLES

## Les Québécois d'origine haïtienne - données d'une étude

Les données qui suivent sont tirées de l'étude menée en 2007-2008 auprès de 624 Québécois d'origine haïtienne âgés de 15 à 49 ans qui consultent un médecin généraliste.

### Caractéristiques sociodémographiques

- 62,8% sont des femmes;
- les tranches d'âge regroupant le plus de participants sont :
  - 20 à 24 ans : 20,5%;
  - 25 à 29 ans : 18,4%;
  - 30 à 34 ans : 17,6%.
- 45,0% ont fréquenté une école de métiers ou un programme collégial;
- 52,9% sont nés au Canada, 13,4% ont immigré au Québec depuis 5 ans ou moins et 33,7% ont immigré au Québec il y a plus de 5 ans.

Les répartitions des participants par groupe d'âge et par statut d'immigration sont similaires à celles de la population haïtienne de la région métropolitaine de Montréal. Il y a toutefois proportionnellement plus de femmes et plus de participants ayant fréquenté une école de métiers ou un programme collégial dans l'étude.

### Comportements sexuels

- 26,8% ont eu un (des) partenaire(s) sexuel(s) occasionnel(s) (12 derniers mois) :
  - 39,7% des hommes vs 18,8% des femmes;
  - 37,2% des 15-29 ans vs 17,9% des 30-49 ans;
  - 35,6% de ceux nés au Québec vs 17,7% de ceux nés en Haïti.

Parmi les participants ayant eu un (des) partenaire(s) occasionnel(s) :

- 42,7% ont toujours utilisé le condom avec leur(s) partenaire(s) occasionnel(s);
- 68,5% ont utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle avec un partenaire occasionnel.

### Consommation de drogues

Aucun participant recruté n'a indiqué avoir déjà fait usage de drogue par injection.

### Utilisation des services préventifs

Parmi les participants ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration :

- 66,3% ont déjà eu un test de dépistage pour le VIH (à vie).



Photo : © Eric St-Pierre

# LES JEUNES EN DIFFICULTÉ

## Les jeunes de la rue – données tirées d'une étude de cohorte

Les données sont tirées d'une étude de cohorte menée auprès de 858 jeunes de la rue âgés de 14 à 23 ans de Montréal entre juillet 2001 et décembre 2005.

### Caractéristiques sociodémographiques

- 31,1% sont des filles et 68,9% sont des garçons;
- L'âge moyen lors du recrutement était de 20,4 ans;
- 60% ont séjourné au moins une nuit dans un refuge dans les 6 mois précédents;
- 60% ont passé au moins une nuit dehors dans les 6 mois précédents.

### Comportements sexuels

- 99% des jeunes ont déjà eu des relations sexuelles volontaires;
- 27,8% d'entre eux ont déjà eu des relations sexuelles en échange d'argent ou d'autres biens :
  - 35,7% des filles;
  - 24,2% des garçons.

### Grossesse

- 49% des filles ont déjà été enceintes au moins une fois au cours de leur vie.

### Consommation de drogues (à vie)

- 99% ont déjà consommé de la marijuana;
- 86% de la cocaïne, du crack ou de la freebase;
- 42% de l'héroïne;
- Environ un jeune sur deux (46%) s'est déjà injecté des drogues au moins une fois;
  - Âge moyen à la première injection : 16,8 ans;
  - 86% se sont déjà injecté de la cocaïne, du crack ou de la freebase;
  - 72% se sont déjà injecté de l'héroïne;
- Parmi les jeunes ne s'étant jamais injectés à l'entrée dans l'étude, environ 5 sur 100 ont commencé à le faire durant le suivi (taux d'incidence de 4,8/100 p-a).

Les jeunes de la rue sont une population très vulnérable aux ITSS, notamment en raison de l'usage de drogues par injection et de relations sexuelles non protégées.



## Les jeunes en centre jeunesse – données tirées d'une étude

Les données qui suivent sont tirées d'une étude menée en 2008-2009 auprès de 610 jeunes hébergés dans l'un des six centres jeunesse suivants : Montréal, Montérégie, Laval, Laurentides, Estrie et Batshaw.

### Caractéristiques sociodémographiques

- 39,8 % sont des filles et 60,2 %, des garçons;
- Les jeunes sont âgés de 14 à 20, avec un âge moyen de 15,7 ans. Tous les jeunes âgés entre 18 et 20 ans sont des garçons.

### Comportements sexuels

- Près de neuf jeunes sur 10 âgés de 14 à 17 ans ont déjà eu une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire au moins une fois au cours de leur vie, soit :
  - 89,3% des filles;
  - 88,7% des garçons.
- Pratiquement six jeunes sur dix ont eu une première relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire avant l'âge de 14 ans, soit :
  - 57,6 % des filles;
  - 59,6 % des garçons.
- Parmi les répondants sexuellement actifs, le condom a « toujours » été utilisé pour :
  - les relations sexuelles vaginales (à vie) par :
    - 26,1% des filles;
    - 40,4% des garçons;
  - les relations sexuelles anales (à vie) par :
    - 38,7% des filles;
    - 58,9% des garçons.
- Des relations sexuelles en échange d'argent ou d'autres biens ont été rapportées par :
  - 25,1% des filles;
  - 7,2 % des garçons.

### Grossesse

Parmi les filles actives sexuellement, 27,9 % ont déjà été enceintes au moins une fois au cours de leur vie.

## Consommation de drogues

- Durant l'année avant leur admission en centre jeunesse :
  - Près de neuf jeunes sur dix ont consommé de la drogue, soit :
    - 86,8 % des filles;
    - 88,1 % des garçons.
  - Environ une fille sur deux (45,5 %) et deux garçons sur trois (65,6 %) ont consommé du cannabis à tous les jours.
- Dans leur vie :
  - Environ un jeune sur deux a déjà consommé de la drogue par inhalation, soit :
    - 49,8 % des filles;
    - 46,4 % des garçons;
  - 6,2 % des filles et 1,5 % des garçons ont consommé de la drogue par injection.

## Relations sexuelles sous l'influence de l'alcool ou des drogues

- Près de la moitié (47,8%) des garçons et 42,9% des filles ont consommé de l'alcool ou de la drogue au cours de 50 % et plus de leurs relations sexuelles à vie.

Une proportion élevée des jeunes en centre jeunesse semblent particulièrement à risque pour les ITSS, en raison de relations sexuelles précoces, non protégées et sous l'influence de l'alcool ou de drogues.



# CONCLUSIONS

**T**outes les données analysées confirment l'importance qui doit être accordée aux ITSS sur le territoire du CSSS de la Montagne.

Les HARSAH et les personnes UDI ressortent comme deux populations présentes sur le territoire du CSSS. La première population est fortement touchée par l'infection par le VIH, la syphilis, la chlamydie et la gonorrhée; la seconde, par les infections par le VIH et le VHC. Les personnes originaires de pays où la prévalence du VHC est élevée sont également présentes.

Les activités de dépistage doivent être maintenues pour la chlamydie et pour l'infection gonococcique chez les plus jeunes. Cependant, elles doivent être intensifiées chez les personnes UDI, les HARSAH et les membres des communautés ethnoculturelles, notamment les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et celles nées dans un pays où la prévalence du VHC est élevée.

La distribution élevée de condoms aux jeunes hommes dans les CAMSI mérite d'être explorée, pour mieux en comprendre la signification.

Les nombres de cas et les taux d'incidence observés pour les différentes ITSS sont des indications de l'intensité des services qui sont à mettre en place sur le territoire. Ces services doivent couvrir les trois axes suivants, en ciblant particulièrement les populations les plus vulnérables : 1) l'accès au matériel de protection; 2) le dépistage régulier des ITSS; 3) le traitement précoce des personnes infectées et de leurs partenaires.

Afin d'assurer une réponse adaptée à la situation, la collaboration de multiples partenaires est essentielle et doit viser l'intégration des services en réseau.

# **ANNEXES**

# ANNEXE 1

## COMPLÉMENT D'INFORMATIONS

**C**ette annexe présente les définitions de certains termes utilisés dans ce rapport, décrit les sources de données utilisées, fait ressortir les forces et les limites de ces sources et contient la liste des articles scientifiques et rapports d'où sont tirées certaines données.

Ces informations ont été regroupées ici afin de ne pas encombrer le texte. La lecture de ces informations complémentaires permet de poser un regard plus critique sur les données présentées dans le corps du texte et sur les interprétations qui en découlent.

### Les données extraites des déclarations MADO et des enquêtes épidémiologiques associées

Les données MADO ont été extraites du fichier régional du DCIMI qui est sous la responsabilité du Bureau de surveillance épidémiologique de Montréal de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. L'extraction a été faite le 9 avril 2010.

#### ***Taux d'incidence***

Les taux d'incidence calculés pour les différentes infections représentent le nombre de cas de cette infection qui ont été nouvellement déclarés au cours d'une année par tranche de 100 000 personnes de population. Les estimations et les projections de la population par groupe d'âge, par sexe, par territoire de CLSC et de CSSS et par année sont celles préparées par l'Institut de la statistique du Québec.

#### ***Rang***

Le rang représente la place qu'occupe un CSSS, pour un taux d'incidence ou un nombre de cas, parmi les 12 CSSS de Montréal. Le premier rang est attribué au CSSS présentant, selon le cas, le plus grand nombre de cas ou le taux le plus élevé.

### **Représentation cartographique des données MADO**

Ce rapport contient quatre cartes qui présentent des données sur le VHC, la syphilis, la chlamydie et la gonorrhée par territoire de CSSS. Ces quatre cartes sont construites de la même manière et illustrent deux types d'informations.

D'une part, chaque carte illustre le taux d'incidence observé pour cette infection pour chaque CSSS pour l'année 2009. Chaque territoire est représenté par l'une des quatre couleurs possibles, chacune correspondant à une catégorie de taux d'incidence. Ces catégories ont été obtenues en répartissant en quatre groupes les 12 taux d'incidence observés pour une infection donnée à l'aide de la méthode des nuées dynamiques.

#### **Catégories de Taux d'incidence (par 100 000 personnes) pour chaque infection**

Infection	Taux d'incidence			
	Très élevé	Élevé	Moyen	Bas
Infection par le VHC	72	49	35 à 29	23 à 11
Syphilis infectieuse	79	22	14	6 à 0,5
Chlamydie	352	225 à 198	180 à 167	142 à 134
Infection gonococcique	180	64 à 50	36 à 25	20 à 11

Pour connaître le taux d'incidence pour une infection pour un CSSS, on peut référer au portrait local pour ce CSSS.

D'autre part, sur chaque carte, une pastille bicolore est posée sur chaque territoire de CSSS. Elle illustre la répartition par sexe des cas déclarés en 2009 pour cette infection pour ce CSSS.

#### **Données manquantes pour le territoire de résidence des cas déclarés**

Le territoire de résidence est manquant pour 5% des cas de syphilis, 11% des cas de chlamydie, 18% des cas d'infection gonococcique et 23% des cas d'infection par le VHC. En raison de ces données manquantes, les taux par territoire de CSSS pour ces infections sont donc sous-estimés.

Projection de la population du Québec, selon le territoire de CLSC, le sexe et certains groupes d'âge, au 1 juillet, 2006 à 2031. Source : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, décembre 2009

Estimations de la population du Québec, selon le territoire de CLSC, le sexe et le groupe d'âge de 5 ans, au 1 juillet, 1981 à 2006. Source : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, décembre 2009

## **Infection par le virus de l'hépatite C**

### ***Cas aigus et non précisés***

Les cas déclarés d'infection par le virus de l'hépatite C sont classifiés comme étant aigus (symptomatique lors du diagnostic ou séroconversion documentée dans les six mois précédents) ou de stade non précisé. Les données présentées portent uniquement sur les cas non précisés.

### ***Cas nouvellement diagnostiqués et anciens***

Chaque cas d'infection par le VHC figure nominalement une seule fois dans la banque MADO. Toutefois, parmi les cas nouvellement déclarés, certains ont déjà eu un diagnostic positif d'infection par le VHC. Pour diverses raisons, le premier diagnostic n'avait pas été déclaré de manière nominale. Parmi les nouveaux cas déclarés, on retrouve donc des cas nouvellement diagnostiqués et des cas anciens.

### ***Taux d'incidence***

Dans le cas de l'infection par le VHC, il serait plus juste de parler de « taux de déclaration » plutôt que de « taux d'incidence ». En effet, les cas déclarés au cours d'une année ne sont pas tous de nouvelles infections acquises au cours de cette année. Plusieurs de ces cas peuvent avoir été infectés à cours d'années antérieures.

Ainsi, les taux d'incidence par groupe d'âge ne représentent pas le nombre de nouvelles infections acquises dans ce groupe d'âge, mais plutôt le nombre de nouveaux cas déclarés dans ce groupe d'âge, peu importe l'âge du cas lors de l'acquisition de l'infection.

### ***Catégories d'exposition pour les cas déclarés***

Un formulaire d'enquête épidémiologique doit être complété pour chaque cas déclaré d'infection par le VHC. Ce formulaire, généralement rempli par le médecin ayant demandé le test, permet notamment la collecte d'informations sur les facteurs de risque des cas déclarés. Les informations sur les catégories d'exposition sont tirées de ce formulaire.

### ***Attribution des cas à une catégorie principale d'exposition***

Le cas est classé dans la 1<sup>ère</sup> catégorie à laquelle il correspond, dans l'ordre suivant :

- 1) injection de drogue récemment ou dans le passé,
- 2) réception de sang avant 1990 au Canada ou aux États-Unis,
- 3) naissance dans un pays où la prévalence du VHC est élevée,
- 4) autre facteur de risque et
- 5) aucun facteur de risque identifié.

### ***Catégorie d'exposition « naissance dans un pays à prévalence élevée pour le VHC »***

Il n'existe pas de liste « officielle » de pays à prévalence élevée pour le VHC. Pour plusieurs pays, il n'y a pas de données disponibles sur la prévalence du VHC ou celles qui le sont ne sont pas représentatives. Comme l'Organisation mondiale de la santé et plusieurs auteurs, nous avons considéré que les pays présentant un taux de prévalence supérieur à 2,5% étaient « à risque élevé ».

Nous avons donc réparti les pays en trois catégories selon leur prévalence rapportée d'infection par le VHC :

1) pays à faible prévalence (< 2,5%) :

***Europe et Royaume-Uni***

Allemagne, Autriche, Belgique, Espagne, Finlande, France, Irlande, Islande, Norvège, Pays-Bas, République tchèque, Royaume-Uni (Angleterre, Écosse, Pays-de-Galles, Irlande du nord), Slovaquie, Suède, Suisse, Tchécoslovaquie (maintenant République tchèque et Slovaquie)

***À l'extérieur de l'Europe***

Australie, États-Unis, Israël, Nouvelle-Zélande

2) pays d'Europe à prévalence élevée ( $\geq 2,5\%$ ) chez les personnes nées avant 1950 :

Grèce, Hongrie, Italie, Pologne, Portugal

3) pays à prévalence élevée ( $\geq 2,5\%$ ) :

***Europe***

Roumanie, Russie, Turquie

***À l'extérieur de l'Europe***

Tous les pays ne faisant pas partie de la catégorie 1.

En raison de l'absence de données pour l'Afrique, l'Asie et l'Amérique du Sud, nous avons considéré que les pays de ces régions ont une prévalence supérieure à 2,5%.

Un cas est classé dans la catégorie « naissance dans un pays à prévalence élevée pour le VHC » s'il est né dans un pays de la 3<sup>e</sup> catégorie ou s'il est né avant 1950 dans un pays de la 2<sup>e</sup> catégorie.

***Catégorie d'exposition « autre »***

Pour être attribué à cette catégorie, un cas ne devait correspondre à aucune des catégories suivantes : injection de drogues récemment ou dans le passé, réception de sang avant 1990 au Canada ou aux États-Unis et naissance dans un pays où le VHC est endémique. Il devait rapporter au moins l'un des facteurs de risque suivants : consommation de drogue par voie nasale, tatouage/perçage, consommation de drogue fumée, incarcération, soins médicaux reçus à l'extérieur du Canada et des États-Unis, relation sexuelle avec une personne infectée par le VHC, exposition au sang (autre que transfusion) ou hémodialyse.

La consommation de drogue fumée n'inclut pas la consommation de cannabis.

***Catégorie d'exposition « aucun facteur de risque identifié »***

Les cas de cette catégorie sont pour lesquels aucun des facteurs de risque n'a été rapporté, incluant ceux de la catégorie « autre ».

### **Figures sur la catégorie principale d'exposition**

Les figures sur les catégories principales d'exposition portent sur les cas d'infection par le VHC de statut non précisé, nouvellement diagnostiqués, qui ont été déclarés entre janvier 2006 et décembre 2009. Ces catégories sont mutuellement exclusives.

### **Catégories d'exposition pour les cas de la catégorie principale « autre »**

Dans le tableau qui présente les catégories d'exposition pour les cas appartenant à la catégorie principale d'exposition « autre », les catégories ne sont pas mutuellement exclusives. Un cas peut appartenir à plusieurs de ces catégories.

Alter MJ. Epidemiology of hepatitis C virus infection. *World J Gastroenterol* 2007; 13(17): 2436-2441.

Esteban JI, Sauleda S, Quer J. The changing epidemiology of hepatitis C virus infection in Europe. *J Hepatol* 2008; 48(1): 148-62.

Mühlberger N, Schwarzer R, Lettmeier B, Sroczynski G, et al. HCV-related burden of disease in Europe: a systematic assessment of incidence, prevalence, morbidity, and mortality. *BMC Public Health* 2009, 9:34.

OMS. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. Hépatite C – prévalence mondiale (mise à jour). No.3, 2000, 75, 18-19.

Prati D. Transmission of hepatitis C virus by blood transfusions and other medical procedures: A global review. *Journal of Hepatology* 45 (2006) 607-616.

Rantala M and van de Laar MJ. Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe - a review. *Euro Surveill* May 2008; 13(21):

Shepard CW, Finelli L, Alter MJ. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis* 2005;5: 558-67.

Sy T, Jamal MM. Epidemiology of Hepatitis C Virus (HCV) Infection. *Int. J. Med. Sci.* 2006, 3(2):41-46.

## **Infection par le VIH**

Au Québec, l'infection par le VIH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire, à l'exception des cas où le diagnostic est posé chez un donneur ou un receveur de sang, de produits sanguins, d'organes ou de tissus humains.

Le Programme de surveillance de l'infection par le VIH a été mis en place en avril 2002. Ce système est alimenté par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ). Le LSPQ effectue toutes les analyses de confirmation au Québec et rapporte au système de surveillance tous les cas confirmés positifs. À partir du numéro d'assurance maladie (NAM), les doublons (cas rapportés à plus d'une reprise) sont identifiés ce qui permet que chaque cas ne figure qu'une seule fois dans le système. Les cas sans NAM ne sont donc pas déclarés au système de surveillance.

Depuis le début du système de surveillance, 25,6 % des spécimens positifs rapportés par le LSPQ étaient impossibles à déclarer. Plus de la moitié (55,6 %) de ces spécimens concernent des demandeurs de résidence ou de statut de réfugié sans NAM. Cette proportion a augmenté de 42,6% en 2002 à 68,8% en 2008.

Pour chaque cas nouvellement déclaré au système de surveillance, une enquête épidémiologique est faite par une intervenante de santé publique auprès du professionnel de la santé qui a prescrit le test. Pour les cas déclarés sans NAM, il est impossible de savoir s'il avait déjà été déclaré auparavant; aucune enquête épidémiologique n'est donc effectuée pour ces cas.

### ***Nouveaux diagnostics et anciens diagnostics***

Comme pour l'infection par le VHC, certains cas rapportés au système de surveillance sont en fait des cas qui avaient déjà été diagnostiqués dans le passé, mais qui ne figuraient pas encore dans le système. Un cas peut donc être un nouveau ou un ancien diagnostic. Un nouveau diagnostic signifie que le cas n'avait jamais reçu un diagnostic de VIH par le passé; ceci ne signifie toutefois pas que l'infection soit récente. Un ancien diagnostic indique que l'individu a eu au moins un test antérieur positif. On présume que la personne concernée était au courant de son statut d'infection avant le prélèvement du spécimen qui a mené à son enregistrement au programme de surveillance.

### ***Catégorie principale d'exposition pour les cas déclarés***

La répartition par catégorie principale d'exposition porte sur les cas d'infection par le VIH, rapportés entre avril 2002 et juin 2009, résidant à Montréal et pour lesquels la collecte de renseignements épidémiologiques a pu être complétée.

### ***Attribution des cas à une catégorie principale d'exposition***

Pour les cas adultes, le classement des cas dans l'une des neuf catégories principales d'exposition se fait de manière hiérarchique et les catégories sont mutuellement exclusives. La procédure est présentée en détail à l'annexe 2 du document « Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec. Cas cumulatifs 2002-2008 ».

En résumé, la classification est d'abord basée sur le fait d'être ou non un homme ayant eu des relations sexuelles avec un homme. Ensuite, elle est basée sur le fait d'avoir ou non fait usage de drogues par injection. Par la suite, elle est fonction du fait d'avoir eu ou non des relations hétérosexuelles et sur le fait d'être né ou non dans un pays où le VIH est endémique. Finalement, la classification est fonction du type de partenaires hétérosexuels, de la réception de facteurs de coagulation et de la réception de sang.

Pour la catégorie « contact hétérosexuel avec un partenaire à risque pour le VIH », les partenaires suivants sont considérés à risque : les HARSAH, les personnes UDI, les personnes ayant reçu des transfusions ou des facteurs de coagulation, les personnes infectées par le VIH et les personnes nées dans un pays où la transmission hétérosexuelle du VIH prédomine.

Le tableau sur la répartition des cas selon la catégorie principale d'exposition porte uniquement sur les cas nouvellement diagnostiqués. Quelques données sont ensuite présentées pour l'ensemble des cas rapportés (cas anciens et cas nouvellement diagnostiqués). Les répartitions obtenues pour ces deux groupes de cas sont différentes. Ceci est difficile à expliquer, mais une hypothèse serait que de nombreux UDI infectés auraient d'abord été dépistés dans un contexte n'entraînant pas de déclaration (par exemple, avant l'implantation du système de surveillance, sans avoir de NAM ou dans un projet de recherche).

### ***Dépistage antérieur pour le VIH***

Les informations sur le dépistage antérieur sont obtenues lors de l'enquête épidémiologique effectuée auprès du professionnel de la santé qui a demandé le test.

Bittera R, Alary M, Fauvel M, Parent R. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Cas cumulatifs 2002-2008. Institut National de Santé publique du Québec. ISBS : 978-2-550-57605-1 (version imprimée) ISBN : 978-2-550-57606-8 (version PDF). 2009.

Bittera R, Alary M, Fauvel M, Parent R. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Mise à jour des données au 30 juin 2009. Institut National de Santé publique du Québec. ISBS : 978-2-550-58407-0 (version imprimée) ISBN : 978-2-550-58408-7 (version PDF). 2009.

## **Syphilis**

Les données sur les cas déclarés de syphilis ont été tirées des enquêtes épidémiologiques effectuées auprès de médecins et patients suite à une déclaration MADO. Au total, une enquête a été réalisée auprès de 1304 cas déclarés entre septembre 2000 et le 31 décembre 2009, soit 91,0% des cas déclarés.

Un cas de syphilis est classé comme HARSAH s'il est un homme ayant eu au moins une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 mois précédents.

Les cas pour lesquels une donnée était manquante ont été exclus du calcul des proportions pour cette variable. Cependant, l'approche a été un peu différente pour trois variables : statut VIH, relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec et injection de drogues. Pour ces variables, les cas avec une valeur manquante n'ont pas été exclus du dénominateur. Les proportions présentées peuvent donc être une sous-estimation des proportions réelles.

## **Lymphogranulomatose vénérienne**

Les données sur les cas déclarés de LGV ont été tirées des enquêtes épidémiologiques effectuées auprès de médecins et patients suite à déclaration MADO. Au total, une enquête a été réalisée auprès de 73 des 79 cas (92,4%) de LGV déclarés entre 2003 et 2009.

Un cas de LGV est classé comme HARSAH s'il est un homme ayant eu au moins une relation sexuelle avec un homme au cours des 12 mois précédents.

Les cas pour lesquels une donnée était manquante ont été exclus du calcul des proportions pour cette variable. Cependant, l'approche a été un peu différente pour trois variables : statut VIH, relations sexuelles avec un partenaire résidant habituellement à l'extérieur du Québec et injection de drogues. Pour ces variables, les cas avec une valeur manquante n'ont pas été exclus du dénominateur. Les proportions présentées peuvent donc être une sous-estimation des proportions réelles.

## **Hépatite B aiguë**

Les cas déclarés d'hépatite B peuvent être de trois types : infection aiguë, porteur (infection chronique) et statut non précisé. Seuls les cas déclarés d'infection aiguë ont été analysés.

## Les données présentées par population vulnérable extraites d'autres sources que les déclarations MADO

### Les personnes UDI

#### *Projet SurvUDI*

Les données suivantes sur les personnes UDI ont été tirées du volet montréalais du réseau SurvUDI : l'infection par le VHC, l'infection par le VIH, les caractéristiques sociodémographiques, l'injection avec du matériel déjà utilisé et les drogues consommées.

Ce réseau de surveillance épidémiologique du VIH, du VHC et des comportements associés a été implanté en 1995. En plus de Montréal, il couvre sept autres régions du Québec ainsi que la ville d'Ottawa. Il fait également partie d'un réseau canadien qui s'appelle I-Track.

À Montréal, la plupart des participants sont recrutés à Cactus-Montréal, Spectre de rue et Dopamine. Pour être éligible, une personne doit s'être injecté des drogues dans les 6 mois précédents, être âgée de 14 ans ou plus et parler le français ou l'anglais. Lors de chaque entrevue, un questionnaire est complété (administré par un intervieweur) et un échantillon d'exsudat gingival est prélevé. Une compensation de 10 \$ est remise. Environ 650 entrevues sont effectuées chaque année.

Les échantillons d'exsudat gingival sont dépistés pour les anticorps contre le VIH et le VHC. La détection d'anticorps anti-VIH implique que l'individu est infecté par le virus. Ceci n'est pas nécessairement vrai pour le VHC puisque certaines personnes réussissent à se débarrasser du virus. En effet, l'infection peut guérir spontanément chez environ 15-25% des personnes et elle peut également guérir suite à un traitement. Un résultat positif pour le VHC indique que la personne a développé des anticorps contre ce virus, mais il n'indique pas si le virus est toujours présent. Les taux de prévalence et d'incidence chez les personnes UDI mesurés dans SurvUDI représentent donc des taux de 1<sup>ère</sup> infection et ne permettent pas d'avoir un portrait complet de la situation du VHC chez les personnes UDI. Mais ces données permettent toutefois d'avoir une meilleure image qu'en utilisant uniquement les données provenant des cas déclarés.

Les taux de prévalence présentés portent sur les données recueillies entre 2003 et le 30 juin 2008. Quant aux taux d'incidence, ils portent sur celles recueillies entre le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et le 30 juin 2008.

Les données sur le dépistage du VHC au cours des six mois précédents ont été calculées parmi les répondants qui n'ont jamais eu de résultat positif pour le VHC. La sélection a été similaire pour le dépistage du VIH dans les six mois précédents.

Leclerc P, Morissette C, Roy É. Le volet montréalais du Réseau SurvUDI. Volume 2 – Données au 30 juin 2008. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010. ISBN 978-2-89494-686-2 (ensemble) ISBN 978-2-89494-911-5 (vol.2) (version imprimée) ISBN 978-2-89494-912-2 (vol.2) (version PDF). 2010.

Parent R, Alary M, Morissette C, Roy É, Leclerc P, Allard P-R. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Épidémiologie du VIH de 1995 à 2008 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2008. ISBN 978-2-550-57678-5 (version imprimée) ISBN 978-2-550-57679-2 (PDF). Juin 2009.

### ***L'utilisation des services des centres d'accès au matériel stérile d'injection***

Les données sur l'utilisation des services des centres d'accès au matériel stérile d'injection (CAMSI) proviennent du système de monitoring des activités de ces centres.

À Montréal, de nombreux CAMSI offrent des services aux personnes UDI afin de prévenir la transmission du VIH et du VHC. En 2009, 26 de ces centres, 13 organismes communautaires et 13 sites du réseau de la santé, participaient à un système régional de monitoring implanté en 1999.

Des données sont recueillies pour chaque visite effectuée dans l'un des centres participants. Elles portent sur les caractéristiques de la personne, le matériel qui lui est remis et les seringues qu'elle rapporte ainsi que sur les autres interventions (information, éducation, orientations et références) qui sont effectuées.

Les données présentées portent sur les visites effectuées par des résidents de Montréal entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2009.

Leclerc P, Tremblay C, Morissette C. Monitoring des centres d'accès au matériel stérile d'injection. Rapport régional : avril 2007 à mars 2008. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Direction de santé publique de Montréal. 2009. ISBN : 978-2-89494-832-3 (version imprimée) ISBN : 978-2-89494-833-0 (version PDF).

### ***L'utilisation des services offerts aux UDI en pharmacie***

Dans le cadre du projet « Stop SIDA/UDI-pharmacies », la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (DSP-ASSSM) distribue aux pharmaciens qui le désirent des trousse de prévention pour les UDI. Ces trousse, offertes gratuitement aux pharmaciens, sont vendues pour la somme maximale de 1 \$ aux personnes UDI.

Chaque trousse contient 4 seringues, 4 stéricups, 4 ampoules d'eau stérile, 4 tampons d'alcool, 3 condoms et des feuillets d'information. Un stéricup contient un contenant de métal pour diluer et chauffer la drogue, un manchon pour le tenir, un filtre et un tampon post-injection.

La DSP-ASSSM recueille les données sur les trousse commandées chaque mois par les pharmacies participantes.

### ***Répartition géographique des personnes UDI sur l'île de Montréal***

Des données provenant de trois sources différentes ont été combinées pour obtenir une meilleure image de la répartition géographique des personnes UDI à travers les 12 territoires de CSSS de l'île de Montréal.

Un premier indicateur a été calculé à partir des données de SurvUDI; l'analyse était basée sur le dernier questionnaire complété par chaque participant entre le 1<sup>er</sup> mars 2009 et le 28 février 2010. Dans le questionnaire de SurvUDI, le participant indique le code postal de l'endroit où il réside lors de son entrevue ou, s'il n'a pas cette information, la ville ou le quartier. Ces réponses ont été recodées selon les territoires de CSSS. L'indicateur « nombre de participants à SurvUDI par 100 000 personnes » a été calculé pour chaque territoire de CSSS.

Le deuxième indicateur est basé sur les données de monitoring des CAMSI. Lors d'une visite dans un CAMSI, la personne indique si elle réside dans le quartier où se trouve le centre d'accès. Ces réponses ont été recodées selon les territoires de CSSS. Les analyses portaient sur les données de 2009, et seules les visites de Montréalais au cours desquelles du matériel d'injection a été distribué ou des

seringues rapportées ont été retenues. L'indicateur « nombre de visites d'UDI dans un CAMSI par 100 000 personnes » a été calculé pour chaque territoire de CSSS.

Le troisième indicateur est tiré des cas de VHC déclarés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2009. Cette analyse porte uniquement sur les cas qui, d'après l'enquête postale complétée par le professionnel de la santé ayant prescrit le test ou l'entrevue auprès du cas, ont fait usage de drogues par injection au cours des six mois précédents. Ces cas ont été répartis à travers les CSSS selon le territoire de résidence du cas. L'indicateur « nombre de cas déclarés de VHC UDI par 100 000 personnes » a été calculé pour chaque territoire de CSSS.

Une analyse en composantes principales a été effectuée pour combiner, pour chaque CSSS, ces trois indicateurs en une seule valeur (indicateur combiné). La répartition des 12 CSSS en 4 catégories selon l'intensité de l'activité UDI sur leur territoire a été effectuée à partir de cet indicateur combiné en utilisant la méthode des nuées dynamiques.

À noter que dans 11 des 12 territoires de CSSS de Montréal, les trois indicateurs retenus reflétaient de l'activité UDI. Dans un territoire de CSSS, 2 des 3 indicateurs reflétaient ce type d'activité.

## Les HARSAH

Argus est une enquête sur le VIH, les hépatites virales et les ITS ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Ce projet fait partie d'un réseau canadien de surveillance auprès des HARSAH nommé *M-Track*.

Une première enquête a été menée à Montréal en 2005. Une deuxième enquête a été réalisée entre mai 2008 et mars 2009. Pour cette enquête, le recrutement s'est effectué dans 42 lieux de socialisation gais situés à Montréal (37), Québec (4) et Laval (1).

Pour être éligibles à l'enquête, les hommes devaient avoir eu une relation sexuelle avec au moins un homme dans leur vie, résider au Québec, être âgés de 18 ans et plus et parler et lire le français ou l'anglais.

Chaque participant complétait un questionnaire auto-administré (couvrant les comportements sexuels et de consommation d'alcool et de drogues des six mois précédents) et fournissait un échantillon de sang (quelques gouttelettes prélevées au bout du doigt) pour le dépistage des anticorps anti-VIH et anti-VHC et de la syphilis.

Pour le présent rapport, seules les données fournies par les 1 398 résidents de Montréal ont été retenues.

Dans le cadre d'Argus, un partenaire sexuel à risque est un partenaire « d'un soir », un partenaire occasionnel ou habituel infecté par le VIH ou un partenaire occasionnel ou habituel dont on ne connaît pas le statut d'infection par le VIH.

Lambert G, Cox J, Tremblay F et coll. ARGUS 2005 : Sommaire de l'enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique. Juin 2006.

Lambert G, Cox J, Miangotar Y, Frigault LR, Tremblay C, et coll. ARGUS 2008: Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH). Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada. Version préliminaire du rapport final - août 2010.

## Les communautés ethnoculturelles

Les données sur les infections par le VIH et le VHC montrent que plusieurs communautés ethnoculturelles sont touchées par ces infections. Elles montrent également que ce sont les immigrants récents et les réfugiés qui sont les groupes les plus vulnérables. À ce jour, seules deux études auprès des Québécois d'origine haïtienne ont été réalisées. Des projets auprès d'autres communautés ethnoculturelles devront être développés.

### *Les Québécois d'origine haïtienne*

Les données sur les Québécois d'origine haïtienne sont tirées de deux études menées à Montréal auprès de membres de cette communauté. La première a été menée d'avril 1994 à décembre 1996 auprès de 5038 répondants; la seconde, de mai 2007 à septembre 2008 auprès de 624 participants.

Dans les deux études, les participants devaient être âgés de 15 à 49 ans et devaient être nés en Haïti ou avoir au moins un parent né en Haïti. Le recrutement s'effectuait dans des cliniques médicales où le répondant venait pour consulter un médecin généraliste pour une raison non liée au VIH/sida. Pour chaque étude, les cliniques ont été choisies en raison du nombre important de médecins d'origine haïtienne qui y pratiquaient et de la forte proportion de clientèle d'origine haïtienne qu'elles desservaient.

Chaque participant complétait un questionnaire et fournissait un échantillon biologique. Une compensation financière lui était remise. Dans la première étude, le prélèvement d'exsudat gingival a été dépisté pour les anticorps contre le VIH. Dans la deuxième, le prélèvement de sang (quelques gouttelettes prélevées au bout du doigt) a été dépisté pour les anticorps contre le VIH, le VHC et la syphilis.

La comparaison des résultats des deux études n'est pas appropriée car les populations qu'elles ont rejointes sont différentes. Ainsi, 12,4% des répondants de la première étude étaient nés au Canada comparativement à 52,9% de ceux de la seconde étude. Cependant, ce changement entre les études de 1994-1996 et 2007-2008 reflète un changement survenu dans l'ensemble de la population haïtienne de la région de Montréal. En effet, d'après le recensement de 1991, 8,3% de la population d'origine haïtienne de la région métropolitaine de Montréal étaient alors nés au Canada; dans le recensement de 2006, cette proportion avait augmenté à 55,7%.

Adrien A, Leane V, Boivin J-F, Remis R, et al. Les Montréalais d'origine haïtienne et l'infection au VIH : Prévalence de l'infection au VIH, situations et comportements à risque. Direction de la santé publique de la Régie de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. ISBN 2-89494-136-6. 1998

Adrien A., Leane V., Remis R. et al. Migration and HIV: An epidemiological study of Montrealers of Haitian origin. *Int J STD and AIDS* 1999; 10 (4 ):237-242.

Joseph G, Adrien A, Tremblay C, Leclerc P. Les infections transmises sexuellement et par le sang chez les Québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale. 2<sup>e</sup> édition. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN 978-2-89494-848-4 (version imprimée) ISBN 978-2-89494-849-1 (version PDF). 2010.

## Les femmes enceintes

Les données sur le VIH chez les femmes enceintes proviennent du Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS) du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine. Ce centre offre un suivi médical et un soutien psychosocial aux femmes enceintes infectées par le VIH et à leurs enfants, et du soutien psychosocial à la famille.

Les données présentées portent sur 801 femmes enceintes infectées par le VIH qui ont été suivies au CMIS entre juillet 1997 et décembre 2009.

Communication personnelle. Dr N. Lapointe, J. Samson, Dr M. Boucher. Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse. Centre maternel et infantile sur le sida (CMIS) du Centre hospitalier Universitaire Sainte-Justine. Août 2010.

## Les jeunes de la rue

Les données sont tirées d'une étude de cohorte intitulée « L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue ». Pour cette étude, 858 jeunes de la rue âgés de 14 à 23 ans ont été recrutés à Montréal entre juillet 2001 et juin 2004. Les participants ont été suivis jusqu'en décembre 2005.

Les critères pour le recrutement étaient les suivants : être âgé de 14 à 23 ans, avoir l'intention de rester dans les environs de Montréal dans la prochaine année, parler le français ou l'anglais et, dans l'année précédente, avoir eu plus d'une fois à chercher un endroit pour dormir ou avoir utilisé les services des organismes de rue.

Les participants étaient rencontrés tous les six mois. Lors de chaque entrevue, un questionnaire était complété (administré par un intervieweur) et un prélèvement de sang veineux était effectué. Ces échantillons sanguins étaient dépistés pour les anticorps contre le VIH et le VHC. Une compensation financière était remise lors de chaque entrevue.

Roy É, Haley N, Godin, G, Boivin J-F, et al. L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport final. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN : 978-2-89494-638-1 (version imprimée) ISBN : 978-2-89494-639-8 (version PDF). 2008.

Roy É, Haley N, Godin, G, Boivin J-F, et al. L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue. Rapport d'étape #4. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. ISBN : 2-89494-467-5. 2005.

## Les jeunes en centre jeunesse

Une étude transversale intitulée « *Sexe, drogue et autres questions de santé* » a été menée dans six centres jeunesse du Québec entre juillet 2008 et mai 2009.

La participation à l'étude était proposée aux jeunes âgés de 14 ans et plus séjournant dans un site de réadaptation ou dans un foyer de groupe depuis au moins 48 heures. Au total, 610 jeunes ont participé à l'étude.

Chaque participant répondait à un questionnaire (administré par un intervieweur) et fournissait un échantillon d'urine pour la détection de l'infection génitale à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae*. Un certificat-cadeau lui était remis.

Lambert G, Haley N, Jean S, Frappier J-Y, Otis J et Roy E. 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. Rapport synthèse. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Institut national de santé publique du Québec. Version préliminaire - Août 2010.

# ANNEXE 2 - DONNÉES BRUTES PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET CLSC

CSSS de la Montagne													
CLSC	Sexe	Groupe d'âge											Total
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60+	Inc	
<b>Infection par le VHC (statut non précisé)</b>													
CLSC de Côte-des-Neiges	Homme	0	0	0	2	1	3	1	4	7	2	0	20
	Femme	0	0	0	0	2	0	0	3	4	5	0	14
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	0	0	2	3	3	1	7	11	7	0	34
CLSC Métro	Homme	0	0	0	1	0	0	1	0	7	2	0	11
	Femme	0	1	0	1	1	1	2	2	4	3	0	15
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	1	0	2	1	1	3	2	11	5	0	26
CLSC de Parc-Extension	Homme	0	0	0	0	0	4	2	2	0	2	0	10
	Femme	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0	0	4
	Inconnu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Total	0	0	1	1	1	6	2	2	0	2	0	15
CSSS de la Montagne	Homme	0	0	0	3	1	7	4	6	14	6	0	41
	Femme	0	1	0	2	4	3	2	5	8	8	0	33
	Inconnu	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Total	0	1	1	5	5	10	6	11	22	14	0	75
<b>Syphilis infectieuse</b>													
CLSC de Côte-des-Neiges	Homme	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	4
	Femme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	4
CLSC Métro	Homme	0	0	1	2	0	0	1	0	3	0	0	7
	Femme	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	0	1	2	0	0	1	0	3	0	0	7
CLSC de Parc-Extension	Homme	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	Femme	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2
CSSS de la Montagne	Homme	0	0	1	2	1	1	2	1	3	1	0	12
	Femme	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	0	1	2	1	1	2	2	3	1	0	13

CLSC	Sexe	Groupe d'âge											Total
		0-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60+	Inc	
<b>Chlamydirose</b>													
CLSC de Côte-des-Neiges	Homme	0	8	29	19	10	9	1	1	1	0	1	79
	Femme	0	32	71	28	22	12	5	2	3	0	0	175
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	40	100	47	32	21	6	3	4	0	1	254
CLSC Métro	Homme	0	3	20	17	7	4	1	5	3	0	0	60
	Femme	1	14	42	10	7	1	0	0	0	1	0	76
	Inconnu	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Total	1	19	62	27	14	5	1	5	3	1	0	138
CLSC de Parc-Extension	Homme	0	1	2	3	3	2	0	1	1	0	0	13
	Femme	0	5	11	7	1	3	0	1	0	0	0	28
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	6	13	10	4	5	0	2	1	0	0	41
CSSS de la Montagne	Homme	0	12	51	39	20	15	2	7	5	0	1	152
	Femme	1	51	124	45	30	16	5	3	3	1	0	279
	Inconnu	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Total	1	65	175	84	50	31	7	10	8	1	1	433
<b>Infection gonococcique</b>													
CLSC de Côte-des-Neiges	Homme	0	3	5	7	2	2	3	1	0	1	0	24
	Femme	0	6	1	2	0	0	0	0	1	0	0	10
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	9	6	9	2	2	3	1	1	1	0	34
CLSC Métro	Homme	0	0	2	4	5	5	1	1	2	0	0	20
	Femme	0	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	5
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	0	6	4	5	5	1	1	2	1	0	25
CLSC de Parc-Extension	Homme	0	0	3	2	1	1	0	0	0	0	0	7
	Femme	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	1	4	2	1	1	0	0	0	0	0	9
CSSS de la Montagne	Homme	0	3	10	13	8	8	4	2	2	1	0	51
	Femme	0	7	6	2	0	0	0	0	1	1	0	17
	Inconnu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	10	16	15	8	8	4	2	3	2	0	68

# ANNEXE 3 - TAUX PAR GROUPE D'ÂGE, SEXE ET CLSC

CSSS de la Montagne											
CLSC	Sexe	Groupe d'âge									Total
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60+	
<b>Infection par le VHC (statut non précisé)</b>											
CLSC de Côte-des-Neiges	Homme	0,0	0,0	32,7	18,0	59,9	21,5	92,9	103,3	19,9	31,5
	Femme	0,0	0,0	0,0	36,7	0,0	0,0	66,8	51,3	34,4	20,6
	Total	0,0	0,0	16,6	27,2	30,4	10,8	79,6	75,5	28,5	25,9
CLSC Métro	Homme	0,0	0,0	26,7	0,0	0,0	55,6	0,0	217,5	32,8	38,4
	Femme	81,2	0,0	29,3	41,8	54,7	133,2	126,2	119,1	39,8	52,6
	Total	41,3	0,0	28,0	19,0	24,8	90,9	62,0	167,3	36,7	45,4
CLSC de Parc-Extension	Homme	0,0	0,0	0,0	0,0	284,7	151,8	165,0	0,0	77,1	62,6
	Femme	0,0	0,0	72,6	76,4	182,3	0,0	0,0	0,0	0,0	27,4
	Total	0,0	45,6	37,3	36,4	239,8	89,0	96,3	0,0	36,7	49,0
CSSS de la Montagne	Homme	0,0	0,0	26,9	10,1	81,2	51,5	83,9	119,6	32,0	37,9
	Femme	17,3	0,0	18,7	43,7	38,5	28,4	72,0	63,1	32,1	29,7
	Total	8,5	5,5	22,9	26,3	60,9	40,5	78,0	90,2	32,1	34,2
<b>Syphilis infectieuse</b>											
CLSC de Côte-des-Neiges	Homme	0,0	0,0	0,0	18,0	0,0	21,5	23,2	0,0	10,0	6,3
	Femme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0	10,8	11,4	0,0	4,1	3,1
CLSC Métro	Homme	0,0	34,3	53,4	0,0	0,0	55,6	0,0	93,2	0,0	24,4
	Femme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	0,0	17,6	28,0	0,0	0,0	30,3	0,0	45,6	0,0	12,2
CLSC de Parc-Extension	Homme	0,0	0,0	0,0	0,0	71,2	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3
	Femme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	115,5	0,0	0,0	6,8
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0	48,1	0,0	0,0	6,5
CSSS de la Montagne	Homme	0,0	10,8	17,9	10,1	11,6	25,7	14,0	25,6	5,3	11,1
	Femme	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,4	0,0	0,0	0,9
	Total	0,0	5,5	9,1	5,3	6,1	13,5	14,2	12,3	2,3	5,9

CLSC	Sexe	Groupe d'âge									Total
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60+	
<b>Chlamydirose</b>											
CLSC de Côte-des-Neiges	Homme	204,3	553,9	310,8	179,7	179,6	21,5	23,2	14,8	0,0	124,6
	Femme	842,6	1406,2	472,3	403,2	246,2	108,5	44,5	38,5	0,0	257,6
	Total	518,5	972,3	390,3	290,4	212,4	64,8	34,1	27,5	0,0	193,4
CLSC Métro	Homme	251,7	686,6	453,7	242,8	181,7	55,6	305,1	93,2	0,0	209,3
	Femme	1137,3	1523,4	293,4	292,5	54,7	0,0	0,0	0,0	13,3	266,3
	Total	784,2	1093,5	377,4	265,4	124,1	30,3	155,1	45,6	7,3	241,2
CLSC de Parc-Extension	Homme	118,5	172,9	230,4	208,5	142,4	0,0	82,5	58,5	0,0	81,4
	Femme	656,2	1060,8	508,0	76,4	273,5	0,0	115,5	0,0	0,0	191,5
	Total	373,6	592,5	373,1	145,6	199,8	0,0	96,3	30,9	0,0	134,0
CSSS de la Montagne	Homme	201,6	548,0	349,4	202,3	174,1	25,7	97,8	42,7	0,0	140,7
	Femme	880,7	1402,2	420,0	327,6	205,2	71,0	43,2	23,7	4,0	251,1
	Total	553,5	964,2	384,0	262,6	188,8	47,3	70,9	32,8	2,3	197,6
<b>Infection gonococcique</b>											
CLSC de Côte-des-Neiges	Homme	76,6	95,5	114,5	36,0	39,9	64,4	23,2	0,0	10,0	37,9
	Femme	158,0	19,8	33,7	0,0	0,0	0,0	0,0	12,8	0,0	14,7
	Total	116,7	58,3	74,7	18,2	20,2	32,4	11,4	6,9	4,1	25,9
CLSC Métro	Homme	0,0	68,7	106,8	173,4	227,2	55,6	61,0	62,2	0,0	69,8
	Femme	0,0	145,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,3	17,5
	Total	0,0	105,8	55,9	94,8	124,1	30,3	31,0	30,4	7,3	43,7
CLSC de Parc-Extension	Homme	0,0	259,3	153,6	69,5	71,2	0,0	0,0	0,0	0,0	43,8
	Femme	131,2	96,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	13,7
	Total	62,3	182,3	74,6	36,4	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	29,4
CSSS de la Montagne	Homme	50,4	107,5	116,5	80,9	92,8	51,5	28,0	17,1	5,3	47,2
	Femme	120,9	67,9	18,7	0,0	0,0	0,0	0,0	7,9	4,0	15,3
	Total	85,2	88,2	68,6	42,0	48,7	27,0	14,2	12,3	4,6	31,0



# BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
----------	--	--------------------------------------	-------

**PORTRAIT LOCAL ITSS 2009  
CSSS DE LA MONTAGNE**

**15 \$**

NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)

**Numéro d'ISBN : 978-2-89494-942-9**

Nom \_\_\_\_\_

Adresse

No

Rue

App. \_\_\_\_\_

Ville

Province

Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Télécopieur \_\_\_\_\_

**Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la Direction de santé publique de Montréal.**

**Retourner à l'adresse suivante :**

Centre de documentation  
Direction de santé publique  
1301, rue Sherbrooke Est  
Montréal (Québec) H2L 1M3

**Pour information : 514 528-2400 poste 3646**



**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal**

**Québec** 