



Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang en Mauricie et Centre-du-Québec : années 2004-2014

Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Mars 2015

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-89340-337-3 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89340-338-0 (version PDF)

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

Préparé par :

Nicholas Brousseau, médecin-conseil, Équipe maladies infectieuses, Direction de santé publique

Jenny Caron, infirmière-conseil, Équipe ITSS, Direction de santé publique

Andrée Côté, médecin-conseil, Équipe ITSS, Direction de santé publique

Dany Dorval, infirmier-conseil, Équipe ITSS, Direction de santé publique

Pierre Ferland, agent de planification, de programmation et de recherche, Équipe Surveillance/évaluation

Mise en page :

Lise Lacommande, Équipe maladies infectieuses, Direction de santé publique

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	iii
INTRODUCTION	1
1 L'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : une tendance à la hausse	3
Figure 1 Nombre de cas déclarés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014	3
Figure 2 Taux d'incidence d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> chez les hommes et les femmes, par groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2009-2014	4
Figure 3 Nombre de cas déclarés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2010-2014	5
Figure 4 Taux d'incidence d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2010-2014	6
2 L'infection gonococcique : une hausse inquiétante du nombre de cas en 2014	7
Figure 5 Nombre de cas déclarés d'infection gonococcique, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014	7
Figure 6 Taux d'incidence d'infection gonococcique, Mauricie-Centre-du-Québec et province de Québec, 2004-2014.....	8
Figure 7 Taux d'incidence d'infection gonococcique chez les hommes et les femmes, par groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2009-2014	9
Figure 8 Nombre de cas déclarés d'infection gonococcique par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2010-2014	10
Figure 9 Taux d'incidence d'infection gonococcique par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2010-2014	11
3 La syphilis infectieuse : une infection à surveiller étroitement	13
Figure 10 Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014.....	13
Figure 11 Taux d'incidence de syphilis infectieuse, Mauricie-Centre-du-Québec et province de Québec, 2004-2014.....	14
4 L'hépatite C : un défi important pour notre réseau de santé	15
Figure 12 Nombre de cas déclarés d'hépatite C, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014.....	15
Figure 13 Nombre de cas déclarés d'hépatite C par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014	16
5 Le VIH : une infection toujours présente	17
6 Hépatite B : une éclosion récente de cas aigus dans la région	18
CONCLUSION	19
RÉFÉRENCES	20

FAITS SAILLANTS

- Les déclarations de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* sont en hausse en Mauricie et Centre-du-Québec (MCQ) avec un total de 1 648 cas déclarés en 2014. Notre région est une des plus touchées au Québec. **En 2014, plus de 2 % des 20-24 ans de la région ont reçu un diagnostic d'infection à *Chlamydia trachomatis*.**
- **Le nombre de déclarations d'infection gonococcique est en forte hausse avec 89 cas en 2014**, une augmentation de plus du double par rapport à 2013. Pour la première fois en MCQ, le taux d'incidence ne respecte pas les objectifs du *Plan national de santé publique du Québec* (taux supérieur à 12 cas par 100 000 personnes). Environ la moitié des cas masculins sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).
- Après un pic du nombre de cas en 2012, l'incidence de la syphilis infectieuse semble s'être stabilisée avec 16 cas déclarés en 2014. Une surveillance étroite de cette infection sera toutefois nécessaire au cours des prochaines années. Il est essentiel d'éviter la propagation de cette infection chez les jeunes hétérosexuels et, pour éviter des cas de syphilis congénitale, chez les femmes en âge de procréer.
- Les déclarations de cas d'hépatite C en MCQ ont diminué, passant de 123 en 2004 à 59 en 2014. Par contre, l'hépatite C étant une infection chronique, il y a de plus en plus de personnes vivant avec cette maladie en MCQ. L'infection touche principalement les personnes qui utilisent des drogues injectables. L'accessibilité du dépistage et du traitement pour ces personnes vulnérables demeure problématique.
- En MCQ, de 2002 à 2014, 96 nouveaux cas de VIH ont été déclarés (70 hommes et 26 femmes). De nouveaux cas sont déclarés à chaque année dans notre région. Le dépistage précoce des personnes vulnérables pourrait diminuer la transmission du VIH et améliorer la prise en charge des cas.
- À la lumière des données recueillies, on constate que nos efforts de prévention, de dépistage et de prise en charge des ITSS doivent se poursuivre et même s'intensifier, en particulier pour les groupes les plus vulnérables.

INTRODUCTION

Les ITSS représentent un véritable problème de santé publique par leur nombre élevé, mais surtout par les conséquences graves qu'elles peuvent entraîner telles l'infertilité, la cirrhose du foie et divers types de cancer. Voici un portrait traitant des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dans notre région Mauricie et Centre-du-Québec (MCQ). Il a été élaboré à partir des données extraites du *Programme de surveillance des maladies à déclaration obligatoire* (MADO) pour la période du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2014.

Depuis la fin des années 90, on note une augmentation soutenue du nombre d'ITSS. Plusieurs facteurs pourraient expliquer cette hausse : augmentation de la fréquence des dépistages, technologies plus performantes, banalisation du sida avec abandon des comportements sexuels sécuritaires, usage plus répandu de substances comme les amphétamines et nouvelles réalités de réseautage par internet (Blouin et Parent, 2011).

Dans la région, l'implantation rapide dans les CSSS des services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) et de l'intervention préventive auprès de toutes les personnes infectées par les ITSS-MADO et leurs partenaires (IPAPP) ont été des initiatives importantes mises de l'avant pour mieux lutter contre la hausse des ITSS. Ainsi, depuis 2005, une IPAPP est réalisée par les infirmières désignées dans les CSSS afin de rejoindre toutes les personnes infectées et leurs partenaires.

En 2014, près de 2 000 déclarations d'ITSS ont été reçues à la Direction de santé publique de la MCQ et consignées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire. Malgré ce nombre élevé de déclarations, il s'agit d'une sous-estimation du nombre réel de personnes atteintes. Les ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent non détectés et, a fortiori, non déclarés (Lambert et al., 2011). Les personnes vulnérables socialement, qui sont particulièrement susceptibles d'être infectées par les ITSS, fréquentent peu les services de santé en général. Les données sont donc tributaires des services disponibles et des personnes dépistées. Il est finalement à noter que les infections comme l'herpès génital et le virus du papillome humain (VPH) ne sont pas à déclaration obligatoire et leur prévalence réelle est moins connue.

1 L'infection à *Chlamydia trachomatis* : une tendance à la hausse

L'infection à *Chlamydia trachomatis* (chlamydie génitale) est la maladie à déclaration obligatoire la plus fréquemment observée en Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ) et dans la province. C'est une infection sérieuse : 15 à 20 % des femmes touchées non traitées développeront une inflammation pelvienne qui favorise l'infertilité et la grossesse ectopique (MSSS, 2010). L'infection à *Chlamydia trachomatis* a connu une importante augmentation depuis 2004 et cette tendance s'intensifie en 2014 avec 1 648 cas déclarés (figure 1). En 2014, la MCQ présente un des taux d'incidence les plus élevés de la province (325 cas/100 000 personnes) et dépasse Montréal (304 cas/100 000 personnes).

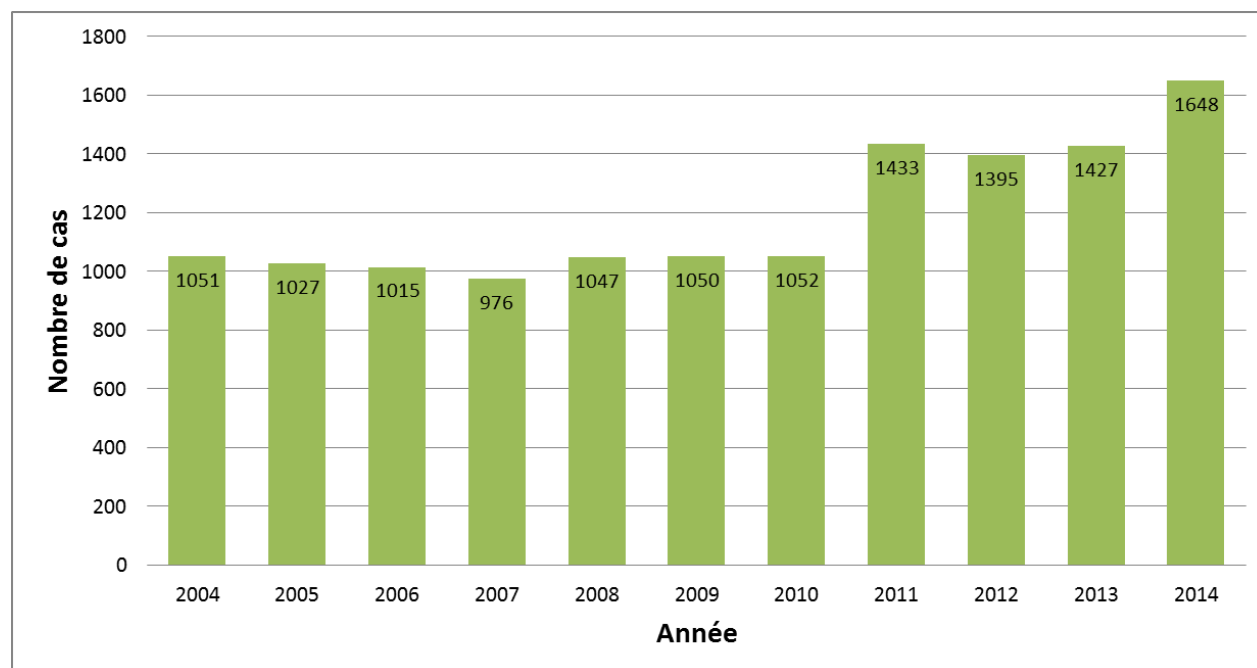
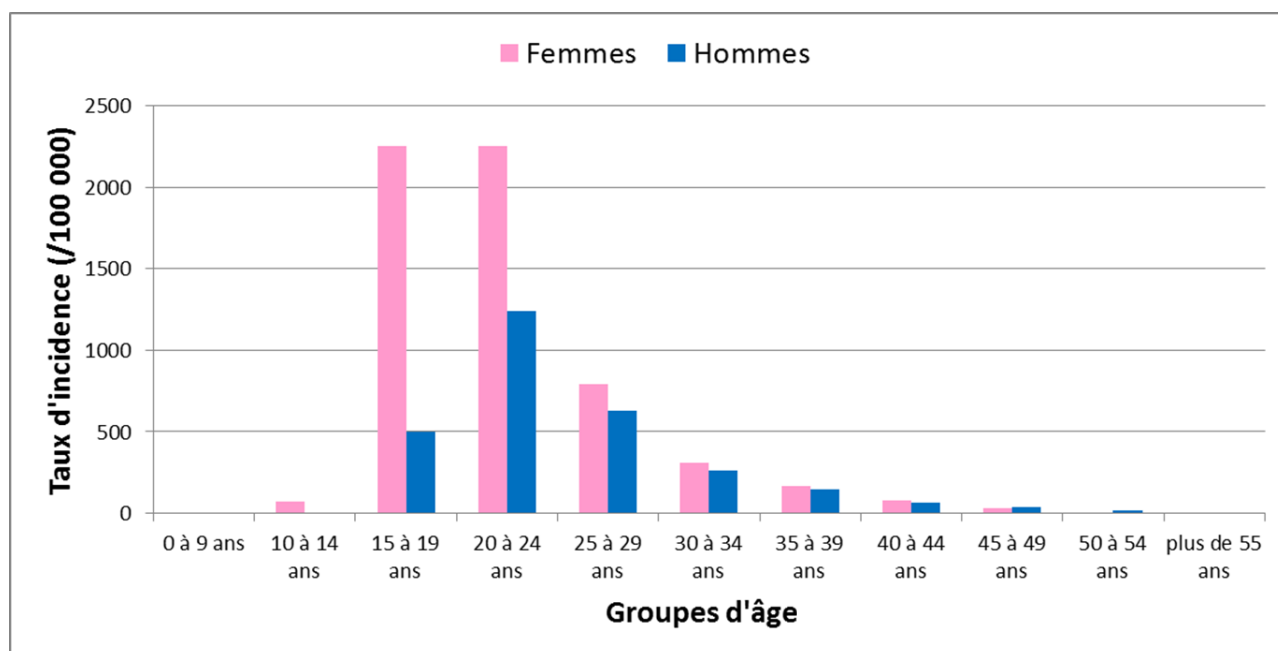


Figure 1 Nombre de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis*, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014

La figure 2 montre que le taux d'incidence d'infection à *Chlamydia trachomatis* est plus élevé chez la femme que chez l'homme. Un facteur important qui peut expliquer cette incidence accrue est qu'elles consultent plus souvent (par ex. : contraception, grossesse) et sont plus souvent dépistées. La figure 2 illustre aussi comment les jeunes de 15 à 24 ans sont davantage touchés par cette infection. Près de deux cas sur trois se retrouvent dans ce groupe d'âge. Le taux d'incidence d'infection chez les 20-24 ans est de 2130,7 cas par 100 000 personnes en 2014, **soit plus de 2 jeunes sur 100 diagnostiqués à chaque année avec une infection à *Chlamydia trachomatis*.** Une hausse importante chez les 25-29 ans est également à noter pour l'année 2014.



Inclut les données jusqu'au 10 novembre 2014.

Figure 2 Taux d'incidence d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes et les femmes, par groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2009-2014

Le nombre d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarée par territoire de centre de santé et de services sociaux (CSSS) est présenté à la figure 3. Il est en relation avec la taille de la population et l'accessibilité du dépistage. Le taux d'incidence permet quant à lui de déterminer les territoires avec la plus grande proportion de personnes touchées annuellement par rapport à leur population (figure 4). Il est élevé sur le territoire du CSSS du Haut-St-Maurice. Un facteur contributif pourrait être la fréquence de la chlamydie génitale chez les communautés autochtones (Venne et al., 2014). Le taux d'incidence d'infection à *Chlamydia trachomatis* sur le territoire du CSSS de Trois-Rivières est également élevé et à la hausse en 2014. Il faut noter qu'un plus grand pourcentage de jeunes de 15-24 ans résidant sur ce territoire sont dépistés annuellement pour l'infection à *Chlamydia trachomatis*.

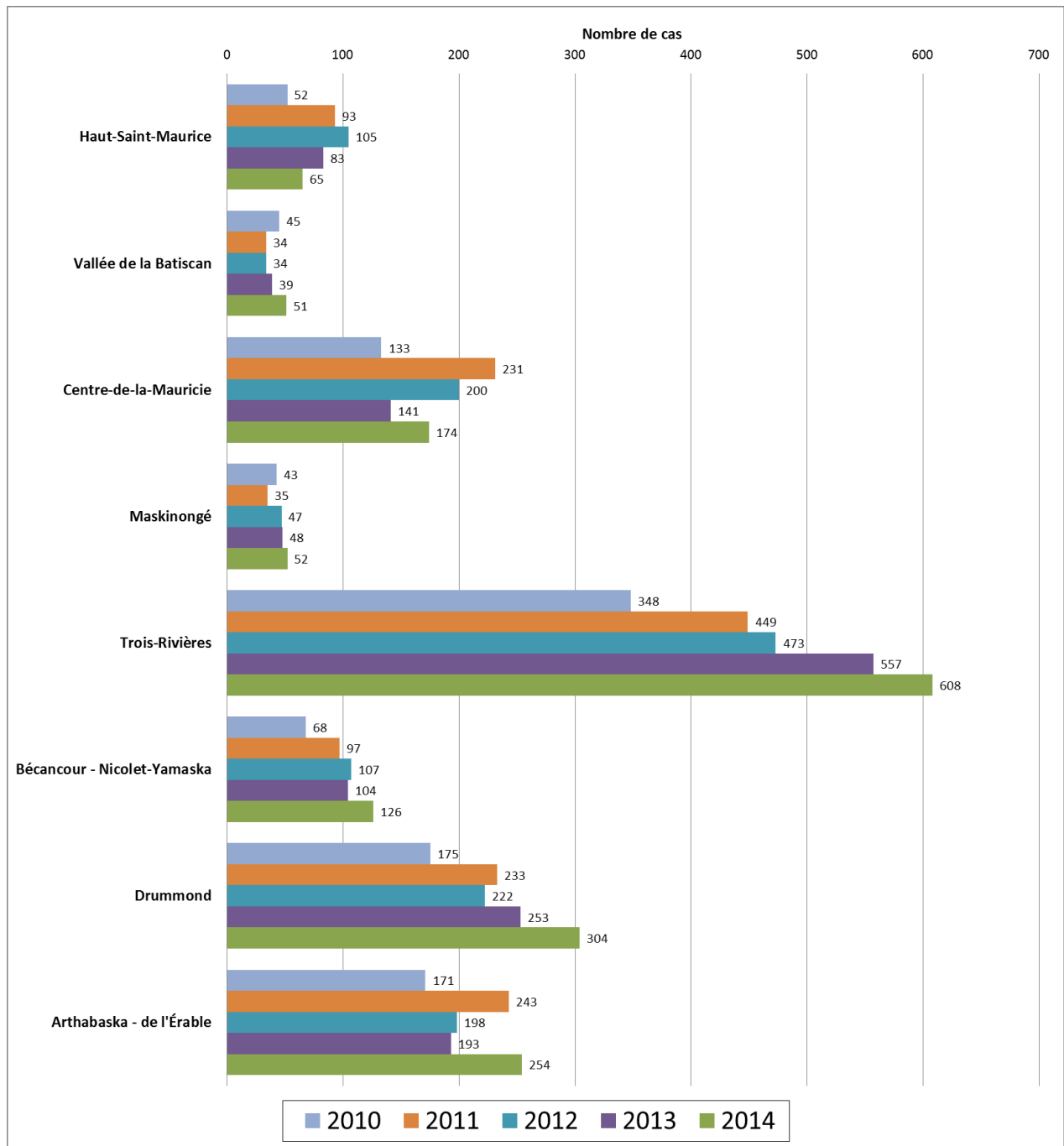


Figure 3 Nombre de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2010-2014

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang en Mauricie et Centre-du-Québec :
Années 2004-2014

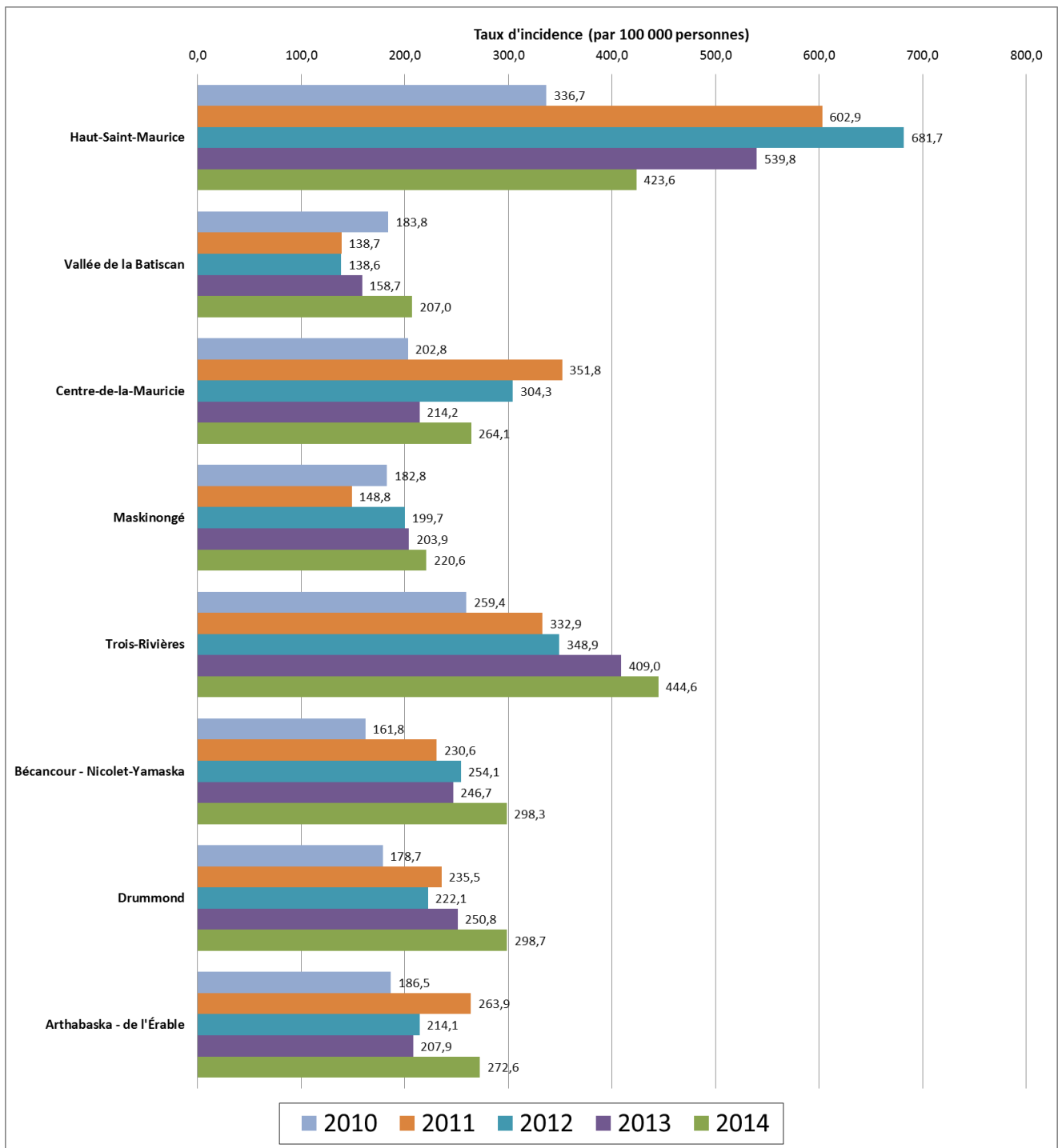


Figure 4 Taux d'incidence d'infection à *Chlamydia trachomatis*, par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2010-2014

2 L'infection gonococcique : une hausse inquiétante du nombre de cas en 2014

Chez la femme, l'infection gonococcique peut entraîner l'infertilité ou une grossesse ectopique et chez l'homme une inflammation de la prostate ou de l'épididyme (MSSS, 2010). Une hausse inquiétante d'infection gonococcique a été notée en 2014 en MCQ. Il y a eu 89 cas en 2014, une augmentation de plus du double par rapport à 2013 (figure 5). Cependant, comme le montre la figure 6, le taux d'incidence d'infection gonococcique dans la région demeure sous la moyenne provinciale. Pour la première fois en 2014, le taux d'incidence en MCQ ne répond plus à l'objectif proposé dans le *Plan national de santé publique du Québec 2003-2012* (taux supérieur à 12 cas par 100 000 personnes).

Il a été rapporté qu'une partie de l'augmentation de l'infection gonococcique est due à l'utilisation des tests plus performants pour le dépistage des infections rectales et pharyngées. Le test par amplification d'acides nucléiques (TAAN) est de plus en plus utilisé pour le dépistage au pharynx et au rectum (Gray et al., 2014). Cependant, la hausse de l'infection gonococcique dans la région MCQ semble réelle : les infections génitales ont augmenté de façon importante dans notre région alors que l'utilisation des tests diagnostiques n'a pas changé pour ce site d'infection.

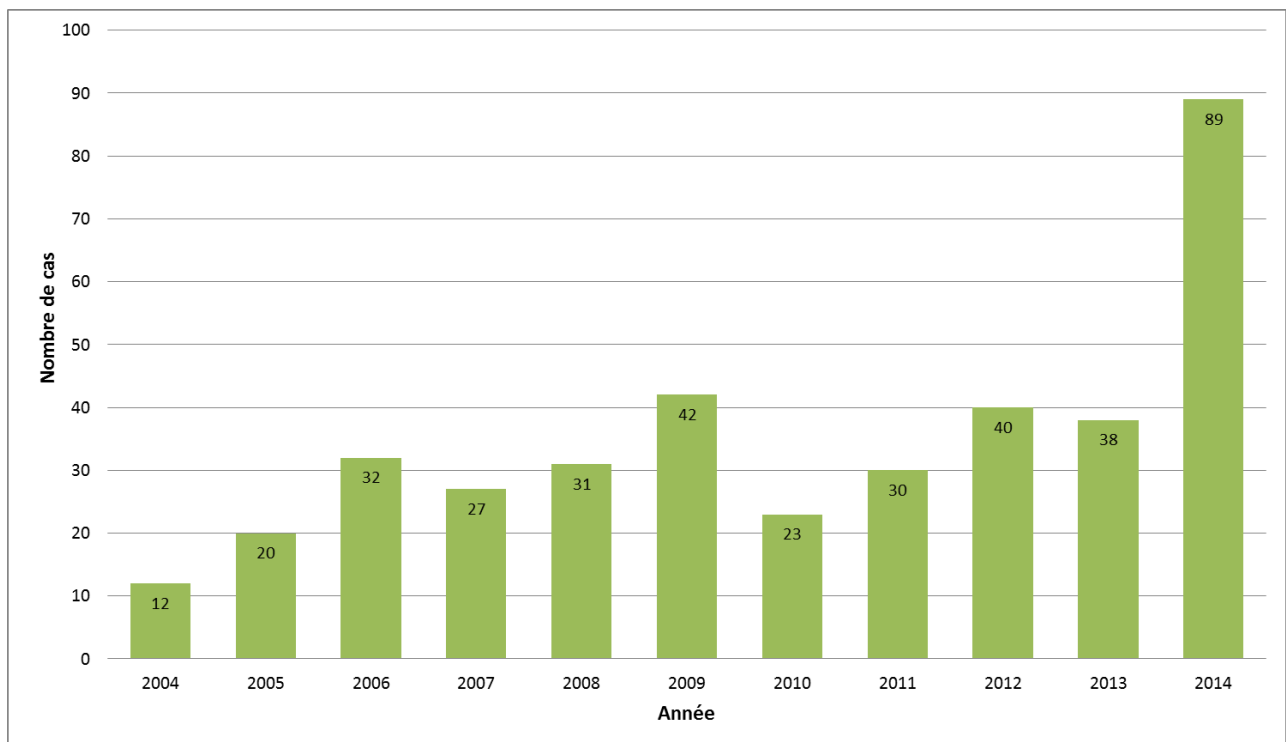
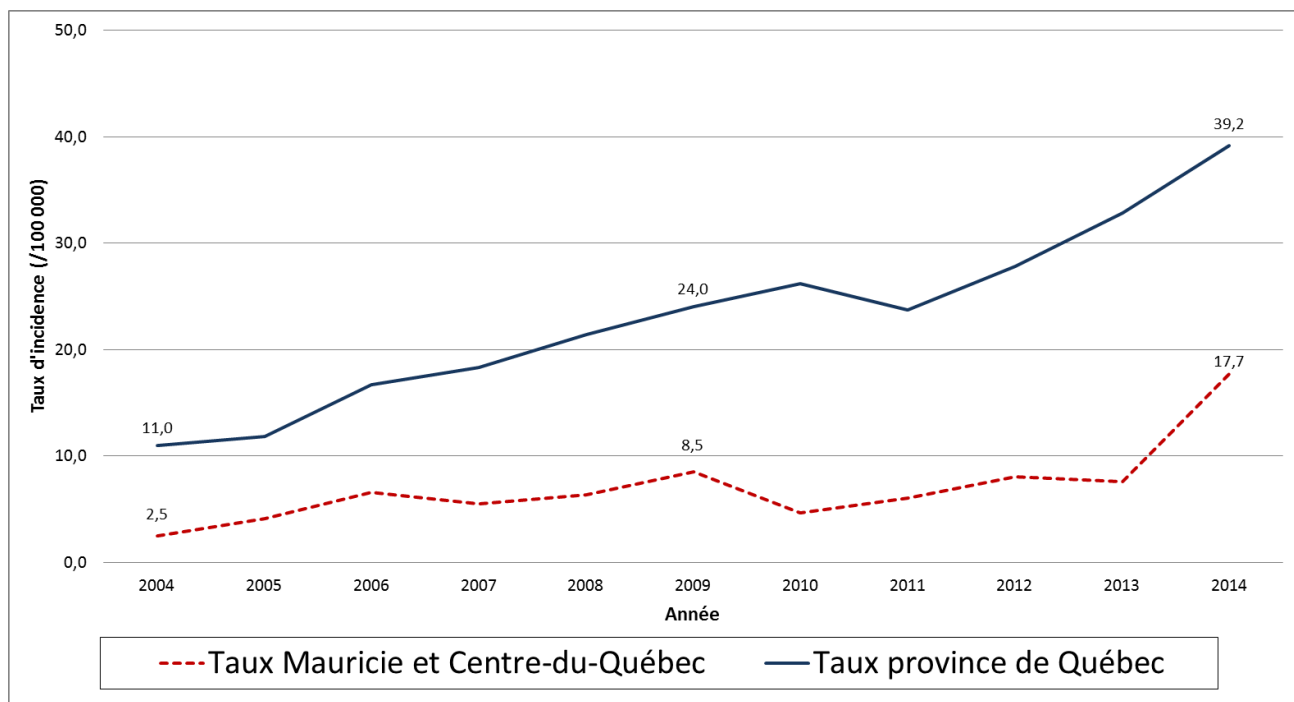


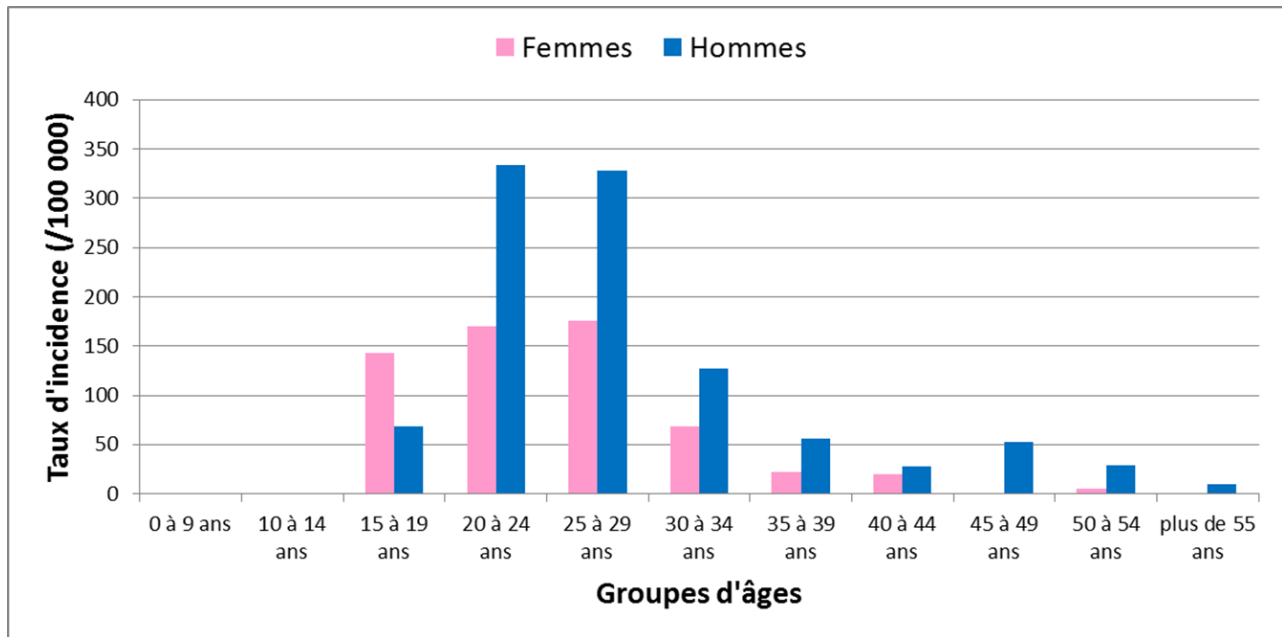
Figure 5 Nombre de cas déclarés d'infection gonococcique, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014



Les données provinciales sont tirées du rapport de Venne et al. (2014).

Figure 6 Taux d'incidence d'infection gonococcique, Mauricie-Centre-du-Québec et province de Québec, 2004-2014

Ce sont chez les hommes de 20 à 29 ans que l'on retrouve le taux d'infection gonococcique le plus élevé (figure 7), ce qui est différent de l'infection à *Chlamydia trachomatis*. La majorité des hommes qui développent une infection gonococcique ont des symptômes qui les amèneront à consulter. Le taux d'incidence d'infection gonococcique est également élevé chez les personnes de 15 à 19 ans et de 30 à 34 ans. Le groupe des 15-19 ans est le seul où le taux d'incidence est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.



Inclut les données jusqu'au 10 novembre 2014.

Figure 7 Taux d'incidence d'infection gonococcique chez les hommes et les femmes, par groupe d'âge, Mauricie et Centre-du-Québec, 2009-2014

Les figures 8 et 9 présentent les nombres de cas et les taux d'incidence d'infection gonococcique par territoire de CSSS. Les territoires les plus peuplés semblent ceux où une proportion plus importante de personnes est touchée par l'infection gonococcique. En 2014, les territoires de Trois-Rivières et de Drummond sont ceux où le nombre de cas et le taux d'incidence sont les plus élevés.

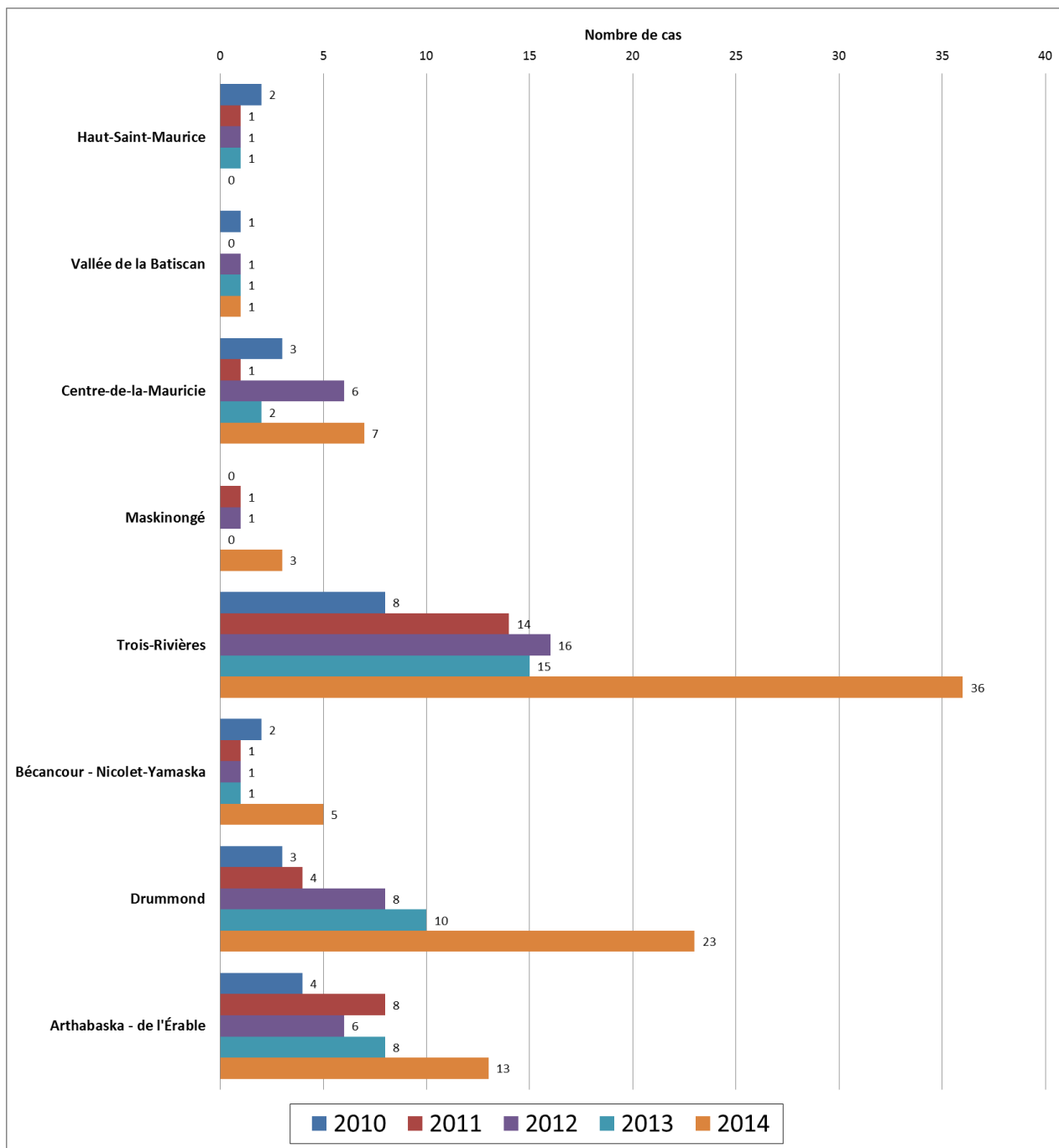


Figure 8 Nombre de cas déclarés d'infection gonococcique par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2010-2014

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang en Mauricie et Centre-du-Québec :
Années 2004-2014

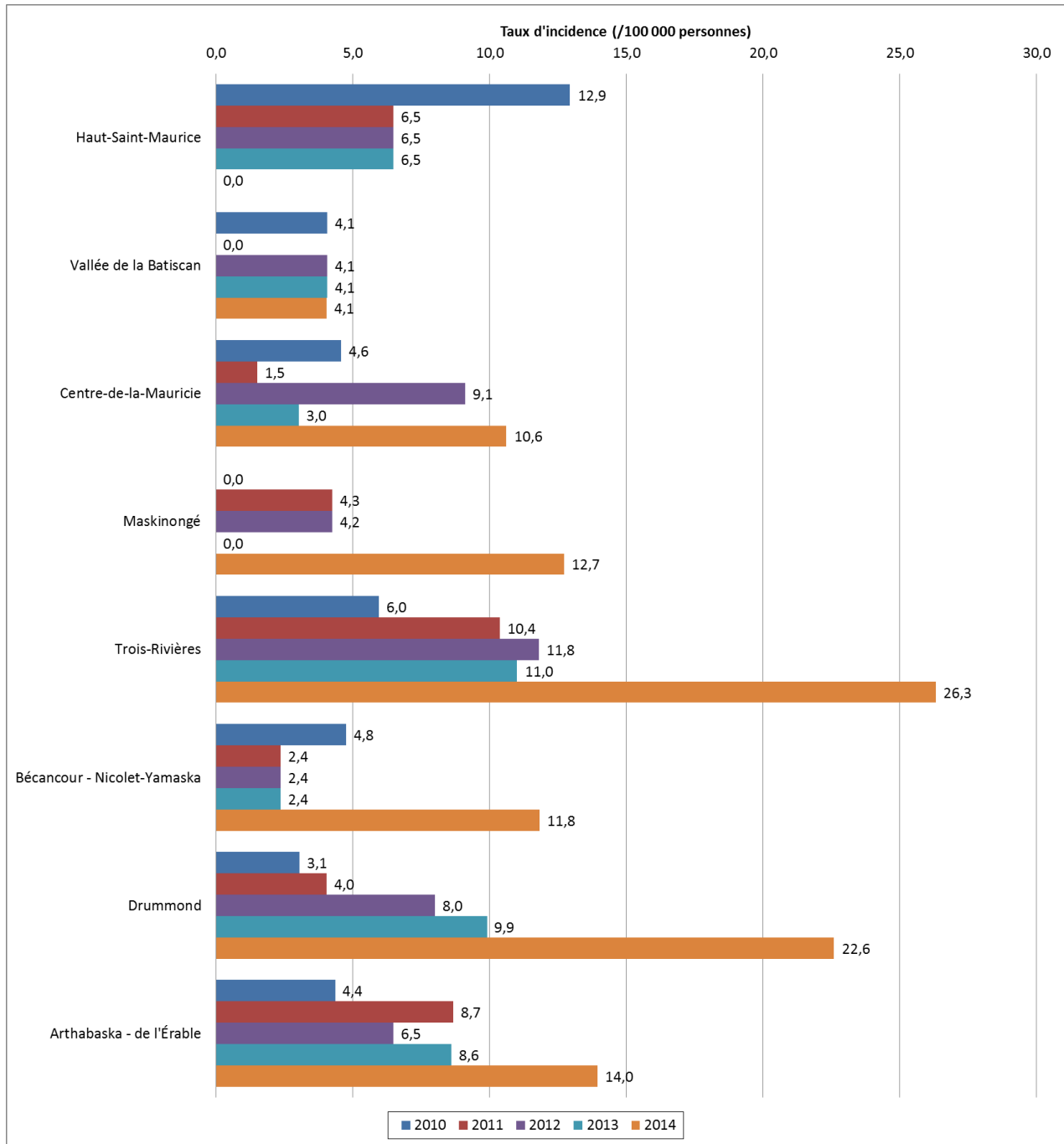


Figure 9 Taux d'incidence d'infection gonococcique par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2010-2014

En 2014, le portrait de l'augmentation de cas d'infection gonococcique dans notre région se présente ainsi : six des huit territoires de CSSS ont rapporté au moins un cas d'infection gonococcique. Les hommes représentent 65 % des cas. Parmi les facteurs de risque identifiés, on retrouve des personnes avec des antécédents d'ITSS, plusieurs personnes ayant quatre partenaires ou plus dans la dernière année ou ayant un partenaire à risque. De plus, environ la moitié des cas masculins sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). On note finalement que 30 % des personnes atteintes d'infection gonococcique sont aussi infectées par la chlamydie génitale. Une surveillance active est en cours afin d'identifier des interventions pour limiter la transmission.

Malgré les recommandations provinciales de faire une culture chez les personnes symptomatiques, peu d'hommes avec une infection gonococcique ont eu une culture, la plupart étant détectés par PCR urinaire. Cela limite l'étude de la résistance du *N. gonorrhoeae* aux différents types d'antibiotiques. Au cours des prochaines années, l'antibiorésistance pour *N. gonorrhoeae* et l'évolution de la gonorrhée chez la femme seront des enjeux à surveiller.

3 La syphilis infectieuse : une infection à surveiller étroitement

La syphilis infectieuse regroupe les syphilis primaire, secondaire et latente précoce (latence depuis moins d'un an). À la fin des années 1990, cette maladie était presque disparue dans la région et au Québec. Cependant, on a vu ressurgir des cas de syphilis depuis 2003 et un pic a été observé en 2012 avec 30 cas dans la région. Même si l'incidence reste relativement basse, cette situation est inquiétante. La syphilis est une infection difficile à diagnostiquer et plus du tiers des personnes infectées non traitées développeront une syphilis tardive (complications neurologiques et cardio-vasculaires).

Chez les femmes en âge de procréer, la syphilis peut se transmettre de la mère à l'enfant et entraîner de graves séquelles. Un premier cas de syphilis congénitale en dix ans a été identifié en 2011 chez un nouveau-né de mère québécoise (Blouin et Parent, 2011). En 2012, une jeune mère de notre région a accouché d'un bébé mort-né à 28 semaines, ayant été infectée par la syphilis en début de grossesse.

La figure 10 suggère que, par rapport au pic de 2012, la syphilis infectieuse semble moins présente dans notre région en 2014. Il sera toutefois important de surveiller étroitement le nombre de cas en 2015. La figure 11 montre que tout comme dans notre région, il est possible qu'un pic ait été atteint dans la province de Québec en 2012 et qu'une diminution de l'incidence de la syphilis infectieuse soit observée au cours des prochaines années.

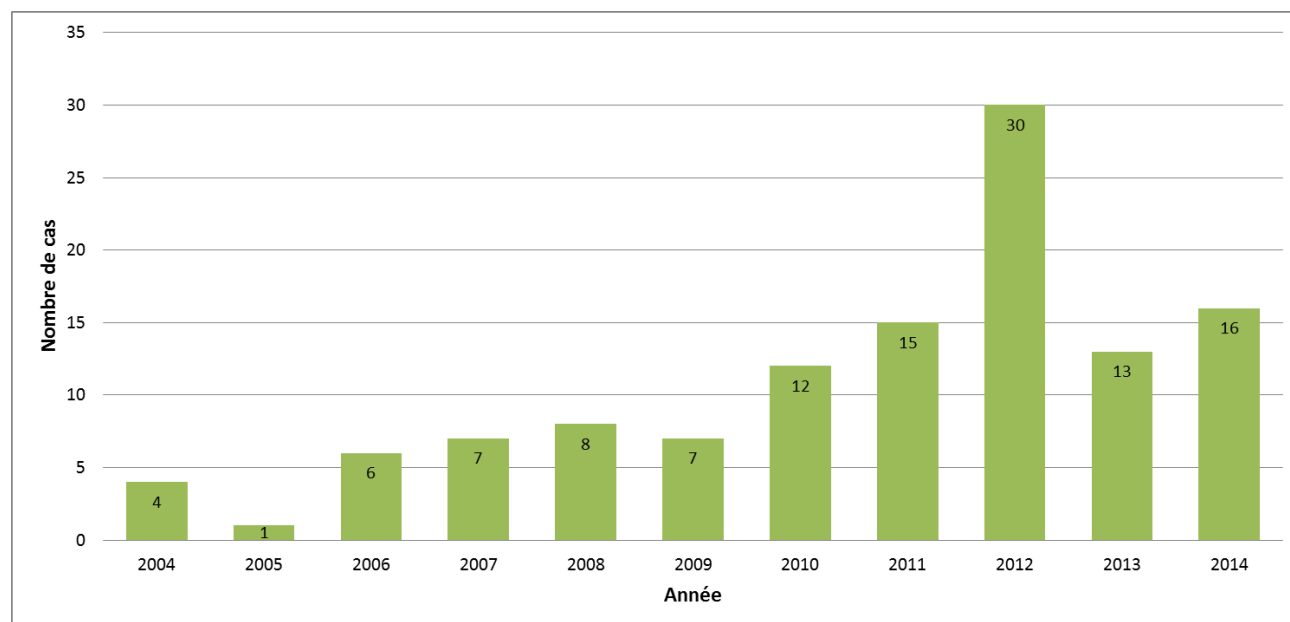
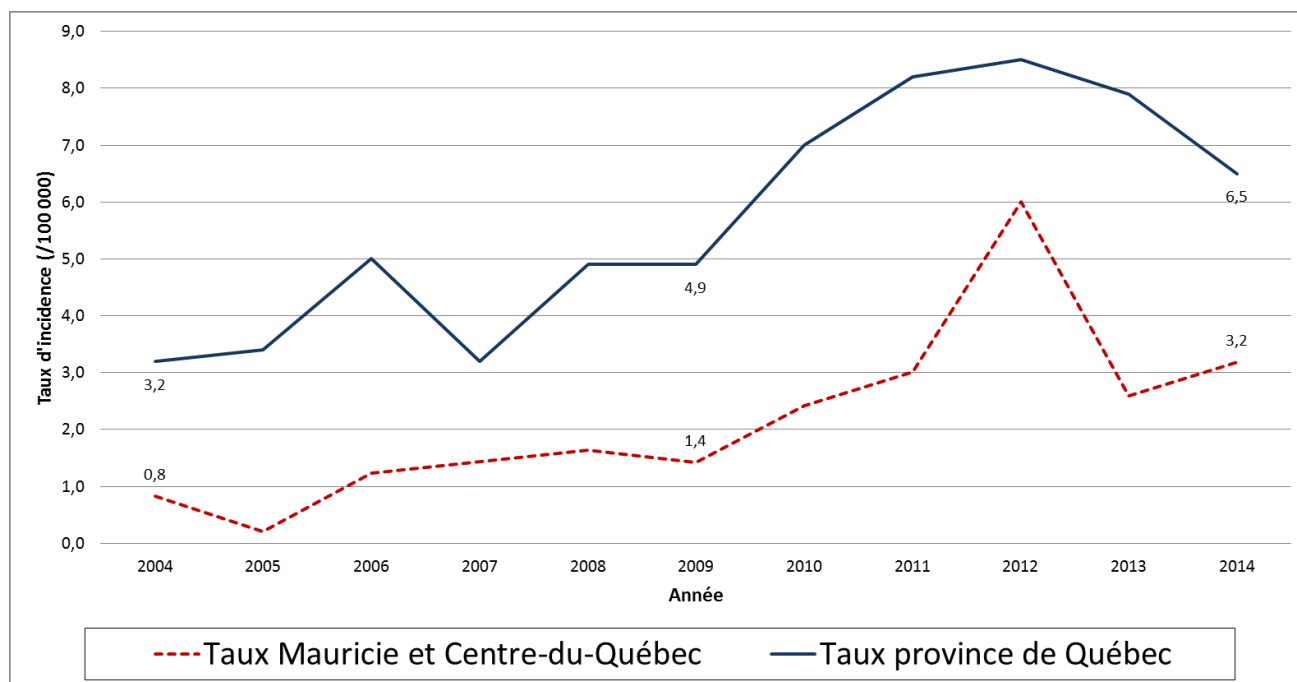


Figure 10 Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014



Les données provinciales sont tirées du rapport de Venne et al. (2014).

Figure 11 Taux d'incidence de syphilis infectieuse, Mauricie-Centre-du-Québec et province de Québec, 2004-2014

De façon générale, la syphilis infectieuse est surtout diagnostiquée chez les hommes. Entre 2010 et 2014, environ quatre cas masculins sur cinq étaient des HARSAH dans notre région. L'âge moyen des cas diminue progressivement avec le temps. Le groupe d'âge le plus touché en 2014 était celui des 20-24 ans avec 7 cas. Au cours des prochaines années, il sera important de suivre de façon étroite les territoires les plus touchés et les facteurs de risque des cas de syphilis afin de mener rapidement des interventions ciblées qui permettront de limiter la transmission de cette infection.

4 L'hépatite C : un défi important pour notre réseau de santé

Le nombre d'hépatite C dépistée dans la région MCQ diminue depuis plusieurs années (figure 12), avec une tendance similaire à celle de la province. Cette baisse est attribuable aux dépistages liés au *Programme québécois d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C*, instauré en 2000. Ce programme a permis de dépister la majorité des personnes contaminées par transfusion ou par administration de produits sanguins. Maintenant, l'infection touche principalement les personnes qui utilisent ou qui ont utilisé des drogues injectables (UDI), car elle se transmet principalement lors du partage de matériel d'injection. Selon l'étude SurvUDI (Parent et al., 2011), près des deux tiers des UDI seraient infectés par le virus de l'hépatite C. Ces personnes fréquentent peu les services de santé en général et sont peu dépistées.

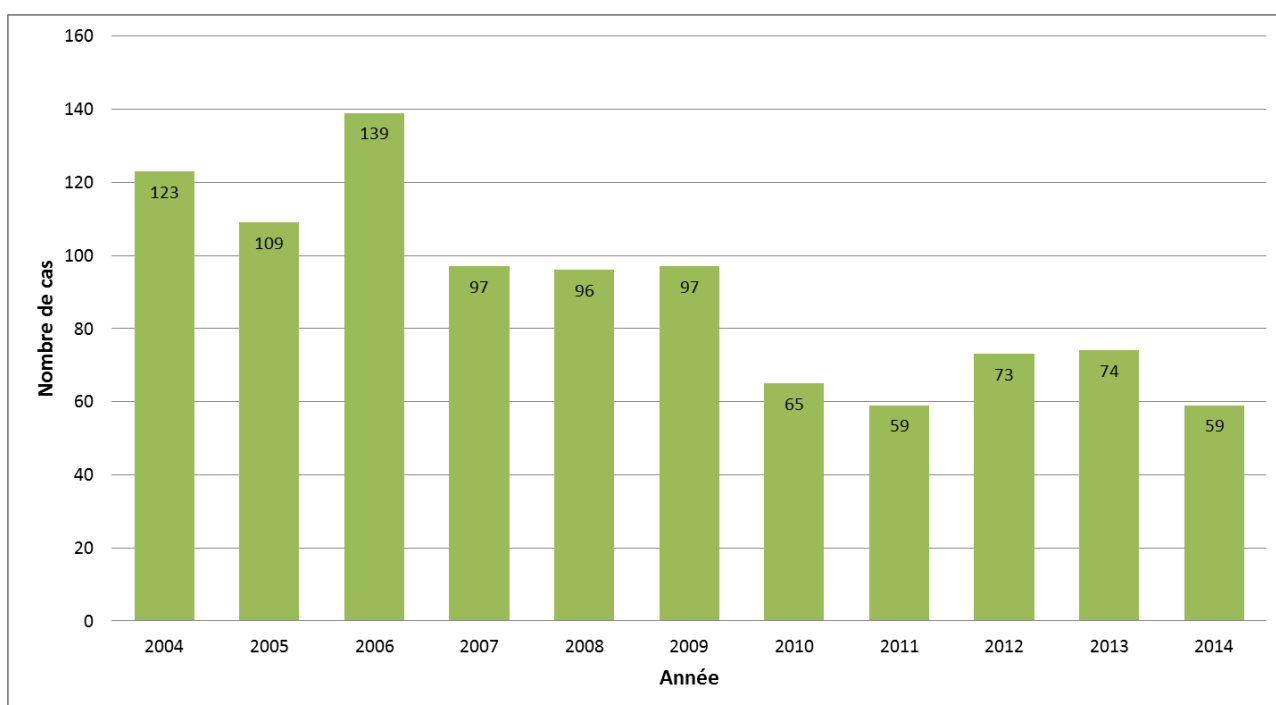


Figure 12 Nombre de cas déclarés d'hépatite C, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014

L'hépatite C évolue de façon chronique chez 80 % des personnes infectées (risque important de cirrhose ou de cancer du foie). Les nouveaux cas s'ajoutent aux personnes diagnostiquées antérieurement et qui sont toujours porteuses du virus, ce qui fait que le nombre de personnes identifiées avec l'hépatite C est en augmentation constante dans la région. Seulement 10 % des UDI infectés par l'hépatite C ont accès au traitement antiviral (MSSS, 2010).

La prévention du passage à l'injection et l'accès au matériel d'injection restent les principaux moyens de limiter la transmission de l'hépatite C. Même si environ 100 000 seringues ont été distribuées dans la région en 2013-2014 pour diminuer le partage du matériel, il faut en améliorer l'accessibilité.

Les hommes représentent environ 70 % des cas d'hépatite C de la région. Au total, près de la moitié des cas déclarés en 2014 avaient entre 40 et 54 ans. Tous les CSSS identifient régulièrement des personnes infectées sur leur territoire (figure 13).

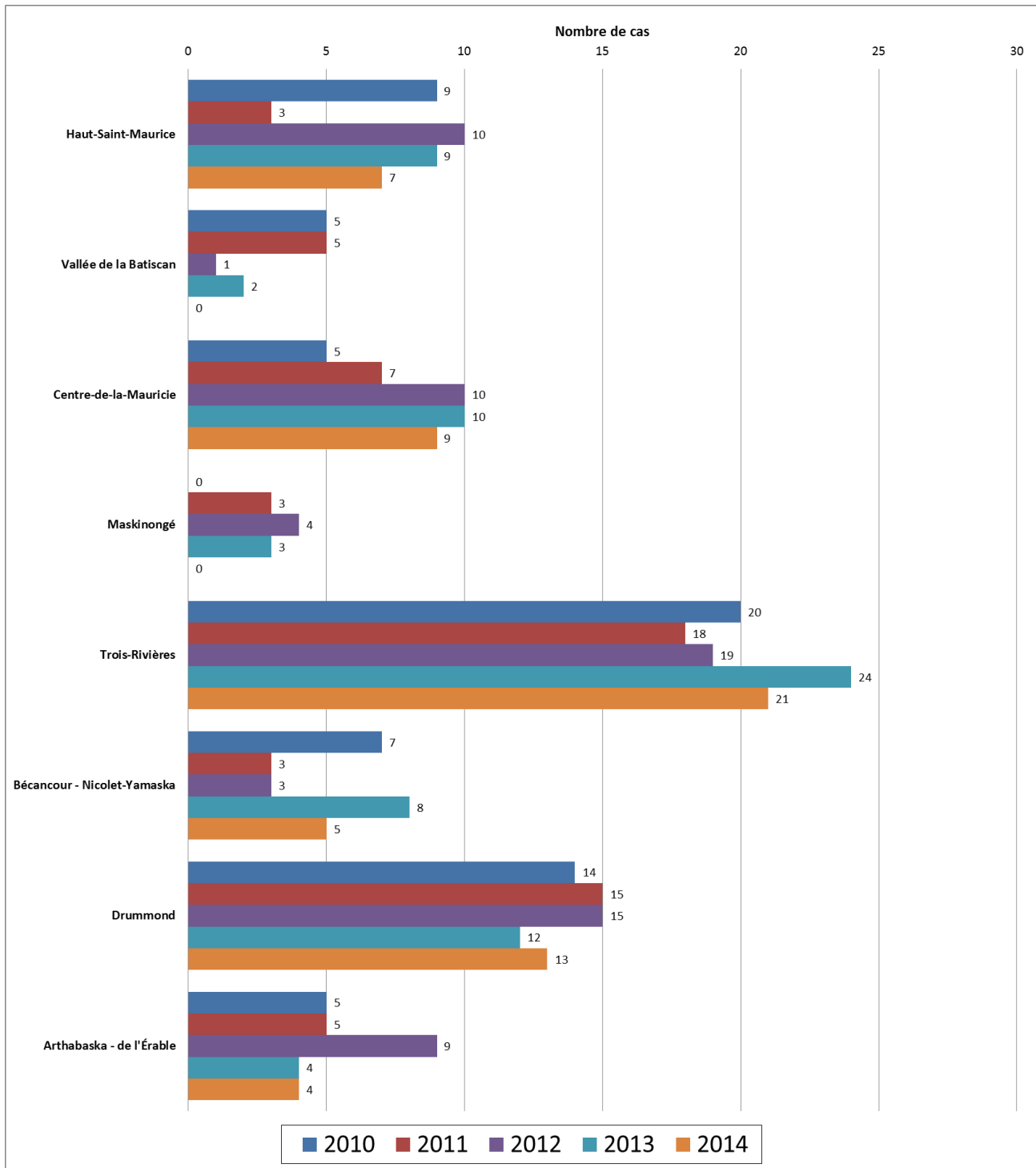


Figure 13 Nombre de cas déclarés d'hépatite C par territoire de CSSS, Mauricie et Centre-du-Québec, 2004-2014

5 Le VIH : une infection toujours présente

Le *Programme de surveillance de l'infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH)* a été mis en place au Québec en avril 2002. Il permet de recueillir des renseignements sur la personne infectée auprès du professionnel de la santé qui a prescrit le test confirmé positif. Au total, 8 205 personnes infectées par le VIH ont été enregistrées au programme de surveillance entre 2002 et 2013 au Québec (Venne et al., 2014), dont 4 316 sont des nouveaux cas (sans antécédents connus de test positif antérieur). En 2013, 358 nouveaux cas ont été rapportés au Québec. Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection au VIH déclarés à chaque année a diminué légèrement chez les HARSAH, mais il demeure élevé et augmente depuis 2009 chez les jeunes HARSAH âgés de 15-24 ans (Venne et al., 2014). En 2013, 13 % des nouveaux cas masculins déclarés avaient entre 15 et 24 ans.

En MCQ, de 2002 à 2014, 96 nouveaux cas de VIH ont été déclarés (70 hommes et 26 femmes). Beaucoup de personnes séropositives sont dépistées tardivement, ces personnes ayant été infectées il y a plusieurs années. Le dépistage précoce des personnes vulnérables pourrait diminuer la transmission du VIH et améliorer la prise en charge des cas.

6 Hépatite B : une éclosion récente de cas aigus dans la région

L'hépatite B regroupe les hépatites B aiguës, les hépatites B chroniques et les hépatites B sans précision. En 2011-2012, une éclosion d'hépatite B aiguë est survenue chez des hommes de la région. Neuf cas aigus ont été identifiés en un an (taux 10 fois plus élevé qu'attendu). La source d'infection la plus fréquente était des relations sexuelles à risque avec un homme ou une femme. Les cas étaient concentrés dans quatre territoires de CSSS (Trois-Rivières, Énergie, Vallée-de-la-Batiscan et Maskinongé). Il demeure important d'offrir la vaccination contre l'hépatite B aux personnes à risque accru (HARSAH, UDI, personnes avec de multiples partenaires sexuels, etc.).

Si on exclut l'éclosion décrite précédemment, l'incidence de l'hépatite B est relativement stable dans la région. Une moyenne de 18 cas d'hépatite B sont déclarés annuellement. Parmi ceux-ci, une moyenne de deux cas sont aigus (acquisition récente avec degré de contagiosité élevé). Depuis janvier 2013, le vaccin contre l'hépatite B est administré aux nourrissons plutôt qu'en 4^e année du primaire, ce qui permettra de protéger les enfants à un plus jeune âge.

CONCLUSION

Même s'il sous-estime la fréquence réelle des ITSS, le système MADO nous permet de cerner les tendances pour ces infections. La situation des ITSS est loin d'être sous contrôle tant au Québec que dans notre région. Plus particulièrement, l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique semble en augmentation dans notre région.

Les ITSS, dont on parle relativement peu pour toute sorte de raisons, ne sont pas des infections comme les autres. Elles touchent à des zones sensibles comme la sexualité, la consommation de drogues et les normes sociales. L'épidémie silencieuse est pourtant bien réelle et notre région n'y échappe pas. Beaucoup d'efforts sont déjà déployés dans notre réseau. Mais comme le 4^e rapport du Directeur national de santé publique le souligne, les efforts doivent être canalisés, optimisés et coordonnés (MSSS, 2010). Il faut poursuivre et améliorer la surveillance des ITSS. Nos efforts de prévention, de dépistage et de meilleure prise en charge doivent cibler les jeunes, les HARSAH, les personnes UDI sans négliger d'autres groupes vulnérables. C'est en travaillant tous ensemble que les gains dans la lutte contre les ITSS seront réalisés.

RÉFÉRENCES

Blouin, K., et Parent, R. (2011). Analyse des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis au Québec par année civile : 1994-2009 (et données préliminaires 2010). Québec, INSPQ, 349 p.

Gray, A., Allard, R., Bédard, L. (2014). Faits saillants concernant les statistiques des maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) et autres maladies infectieuses sous surveillance : Période 11 de 2014 (5 octobre au 1 novembre). Montréal, ASSS de Montréal.

Lambert, G., Venne, S. et Minzunza, S. (2011). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : Année 2010 (et projections 2011). Québec, MSSS, 80 p.

MSSS (2010). Quatrième rapport sur l'état de santé de la population du Québec. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang : L'épidémie silencieuse. Québec, MSSS, 73 p.

MSSS (2008). Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008. Québec, MSSS, 103 p.

Parent, R., et al. (2011). Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2009 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2009. Québec, INSPQ, 83 p.

Picard, J., et al. (2012). Maladies à déclaration obligatoires en Montérégie : Rapport annuel 2010. Longueuil, ASSS de la Montérégie, 75 p.

Venne, S., Lambert, G. et Blouin, K. (2014). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2013 (et projections 2014). Québec, INSPQ, 95 p.

