



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

ANNÉE 2014 (ET PROJECTIONS 2015)

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

ANNÉE 2014 (ET PROJECTIONS 2015)

RAPPORT

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Novembre 2015

SOUS LA COORDINATION DE

Karine Blouin, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

AUTEURS

Sylvie Venne, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS
Direction de la prévention et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Gilles Lambert, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Karine Blouin, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Raphaël Bitera, conseiller scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

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

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

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2015
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISSN : 2368-7126 (PDF)
ISBN : 978-2-550-74548-8 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

Remerciements

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

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

Nous souhaitons souligner la collaboration de nos collègues du Bureau de surveillance et de vigie, notamment Marc Fiset pour la production de données sur la vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne. Nous soulignons la collaboration de nos collègues de l'Institut national de santé publique du Québec et du Laboratoire de santé publique du Québec, notamment Brigitte Lefebvre pour les informations sur la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* au Québec. Des remerciements particuliers sont destinés à Raymond Parent et Riyas Fadel pour avoir commenté la version préliminaire de ce document.

Table des matières

Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	VII
Liste des sigles et acronymes	IX
Sommaire.....	1
1 Introduction	7
2 Notes méthodologiques	9
Infections transmissibles sexuellement et par le sang.....	13
3 Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : la progression se poursuit chez les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge	15
4 Infection gonococcique : progression de la résistance à l'azithromycine en 2014 et premier cas de non-sensibilité à la céfixime.....	23
5 Syphilis infectieuse : fluctuation des taux depuis 2010.....	33
6 Lymphogranulomatose vénérienne : recrudescence depuis 2013, accélération de la progression en 2015	45
7 Hépatite B : miser sur la vaccination.....	51
8 Hépatite C : encore 1 100 cas par année – améliorer l'accès au traitement pour prévenir les complications hépatiques	57
9 VIH : nombreux défis pour atteindre l'objectif de 0 transmission.....	63
Populations particulièrement touchées	75
10 Contexte	77
11 Jeunes âgés de 15 à 24 ans	79
12 Jeunes en difficulté	87
13 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	89
14 Personnes consommant des drogues par injection.....	95
15 Personnes incarcérées	101
16 Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique	107
17 Autochtones.....	111
18 Travailleuses et travailleurs du sexe	113
Annexe 1 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2014	115

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2010, 2014 et projections pour 2015	4
Tableau 2	Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2014	5
Tableau 3	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p	19
Tableau 4	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p.....	30
Tableau 5	Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, années 2010 et 2014	38
Tableau 6	Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p	41
Tableau 7	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p	49
Tableau 8	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p.....	54
Tableau 9	Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p	60
Tableau 10	Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2014.....	67
Tableau 11	Infection par le VIH : nombre et proportion de cas par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2014	68
Tableau 12	Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2014	70
Tableau 13	Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2010 à 2014	73
Tableau 14	Étude PIXEL : difficultés rencontrées dans la décision de recourir aux services de détection des ITS selon le groupe d'âge et le sexe des participants.....	83
Tableau 15	Étude PIXEL : difficultés rencontrées dans l'obtention de services de détection des ITSS selon le groupe d'âge et le sexe des participants.....	84
Tableau 16	Étude PIXEL : expérience vécue lors des derniers tests de détection des ITSS selon le groupe d'âge et le sexe des participants	85
Tableau 17	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les hommes, Québec, 2014	117
Tableau 18	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les femmes, Québec, 2014	118
Tableau 19	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2014	119

Liste des figures

Figure 1	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, de 1995 à 2015p	16
Figure 2	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014	17
Figure 3	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2005 à 2015p	18
Figure 4	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2005 à 2015p	18
Figure 5	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1995 à 2015p	27
Figure 6	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014	28
Figure 7	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2005 à 2015p	29
Figure 8	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2005 à 2015p	29
Figure 9	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1995 à 2015p	38
Figure 10	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1995 à 2015p	39
Figure 11	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014	39
Figure 12	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2005 à 2015p	40
Figure 13	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2005 à 2015p	40
Figure 14	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2015p	47
Figure 15	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2014	48
Figure 16	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1995 à 2015p	52
Figure 17	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014	53
Figure 18	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1995 à 2015p	53
Figure 19	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1995 à 2015p	58
Figure 20	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014	59
Figure 21	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2005 à 2015p	59

Figure 22	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 ans et plus, Québec, de 2005 à 2014	72
Figure 23	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 ans et plus, Québec, de 2005 à 2014	72
Figure 24	Tendances de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012.....	98

Liste des sigles et acronymes

HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

Sommaire

Avec plus de 29 000 cas déclarés en 2014, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 75 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Principaux constats

- L'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique augmente de manière constante, en particulier chez les jeunes de 15 à 24 ans, hausse qui est plus prononcée chez les jeunes hommes.
 - Cette hausse de cas déclarés pourrait être expliquée en bonne partie par une augmentation du nombre de tests de détection effectués pour ces infections au Québec.
- La résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement de cette infection pose plusieurs défis, notamment celui d'assurer la surveillance des résistances (et des échecs au traitement pouvant en résulter) et celui d'être en mesure de proposer de nouveaux schémas thérapeutiques, advenant l'extension des résistances.
- Près de la moitié (47 %) des infections gonococciques chez les hommes sont des infections uniquement rectales ou pharyngées.
- L'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal, touche maintenant la plupart des régions du Québec. La hausse importante observée au cours des dernières années semble maintenant se stabiliser.
- Une recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne est observée depuis le printemps 2013. Cette hausse s'est d'ailleurs fortement intensifiée en 2014 et 2015.
- Le taux d'incidence de cas déclarés d'hépatite B s'est stabilisé depuis quelques années au Québec, ce qui souligne l'importance de poursuivre la vaccination contre l'hépatite B, notamment auprès des personnes à risque qui n'ont pas bénéficié du programme en milieu scolaire.
- Environ 1 100 cas d'hépatite C sont déclarés en 2014, ce nombre venant accroître le bassin de personnes infectées et appuyer l'importance de l'accès au traitement pour prévenir les complications hépatiques.
- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH diminue. Une tendance à la hausse a été observée entre 2009 et 2013 chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) de 15 à 24 ans, mais cette augmentation ne semble pas se poursuivre en 2014. Cette tendance doit être interprétée avec prudence puisqu'il s'agit d'un faible nombre de cas.

Populations particulièrement touchées

Puisque certaines ITSS sont beaucoup plus fréquentes au sein de ces populations que dans la population générale, les personnes qui en font partie sont beaucoup plus susceptibles d'être exposées à un partenaire déjà infecté et donc de contracter l'infection. Certains comportements qui posent un plus grand risque de transmission sont plus fréquents chez ces populations (usage de

drogues par injection, relations anales et relations sexuelles avec de multiples partenaires)¹. Enfin, des facteurs sociaux et économiques ainsi que des caractéristiques individuelles particulières, notamment l'accès à des ressources et des services, la stigmatisation, l'âge et le genre peuvent influencer à la baisse la capacité et la motivation des populations vulnérables à adopter ou à conserver des comportements sécuritaires ainsi qu'à recourir aux soins préventifs et curatifs recommandés.

- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels ainsi que l'usage des méthodes de protection n'auraient pas significativement changé au cours des dernières années.
- Un malaise à discuter de ses activités sexuelles avec un médecin ou une infirmière, la honte de passer des tests ITSS et la crainte de devoir faire face à un résultat réactif constituent des barrières au dépistage des ITSS pour beaucoup de jeunes adultes. L'offre de dépistage en établissement scolaire apparaît restreinte, alors qu'elle pourrait permettre de contourner certaines des difficultés d'accès vécues notamment par les hommes.
- Les ITSS sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, jeunes hébergés en centre jeunesse) que chez les jeunes dans la population générale.
- Les UDI sont parmi les personnes les plus touchées par le virus de l'hépatite C et par le VIH. Plusieurs enjeux d'accès au traitement de l'hépatite C concernent particulièrement cette population. Parmi les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI), l'injection de cocaïne ou de crack a diminué au cours des dernières années, alors que l'injection de médicaments opioïdes a augmenté de façon importante. La proportion d'UDI qui déclarent avoir utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre est en constante diminution et à son plus bas en 2013.
- Les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par le VIH, la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne; en outre, ils représentent une proportion très importante des cas d'infection gonococcique.
- Parmi les personnes incarcérées dans des centres de détention de juridiction québécoise, près du tiers de celles qui sont infectées par le VIH et 12 % de celles infectées par le VHC ignorent qu'elles le sont. Parmi celles se sachant infectées par le VHC, une très faible proportion ont rencontré un médecin ou pris des médicaments avant l'incarcération, et moins de 3 % sont traitées en prison. Le tatouage en prison est significativement associé avec le VHC chez les personnes non-UDI.
- La prévalence du VIH observée lors d'une étude récente auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones était de 1,4 %, soit une prévalence similaire à celle de 1,3 % mise en évidence dans la communauté haïtienne entre 1994-1996, et environ sept fois plus élevée que celle estimée dans la population générale (0,24 %).

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

Pistes d'action

Les constats issus de la surveillance des ITSS confirment la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux prévenir, dépister et traiter les ITSS. Les actions proposées ici et dans les éditions précédentes du Portrait font écho aux perspectives d'intervention issues du *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* :

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

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2010, 2014 et projections pour 2015

Infections	Province de Québec					
	2010		2014		2015 ^a	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bactériennes						
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	17 362	219,0	23 198	282,1	24 335	293,5
• < 1 an – Sexes réunis ^b	5	5,7	5	5,6	0	0,0
• 15-24 ans – Hommes	2 749	536,3	4 059	804,2	4 355	880,3
• 15-24 ans – Femmes	8 648	1 734,9	10 565	2 140,4	10 634	2 204,7
Lymphogranulomatose vénérienne	12	0,2	62	0,8	115	1,4
Infection gonococcique	2 064	26,0	3 292	40,0	3 569	43,1
• < 1 an – Sexes réunis	1	1,1	2	2,3	2	1,8
• 15-24 ans – Hommes	458	89,3	705	139,6	686	138,6
• 15-24 ans – Femmes	427	85,7	541	109,5	626	129,9
Syphilis infectieuse^c	548	6,9	586	7,1	571	6,9
• 15-24 ans – Hommes	76	12,6	79	15,6	81	15,7
• 15-24 ans – Femmes	9	1,5	13	2,6	2	0,3
Syphilis congénitale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Virales						
Hépatite B^d	875	11,0	931	11,3	894	10,8
• aiguë	22	0,3	19	0,2	13	0,2
• < 1 an – Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C^e	1 429	18,0	1 116	13,6	1 046	12,6
• < 1 an – Sexes réunis	1	1,1	2	2,3	7	7,4
Infection par le VIH^f	341	4,3	278	3,4	nd	nd
• Transmission mère-enfant ^g	3		0		nd	nd
• HARSAH ^h	219	nd	172	nd	nd	nd
Résultats d'études auprès de populations spécifiques						
UDI - incidence du VHC (anticorps)	1997-2014 : 22,1 pour 100 personnes-années (2009 : 16,9; 2010 : 16,1; 2011 : 12,8; 2012 : 18,3)					
UDI - incidence du VIH	1995-2014 : 2,2 pour 100 personnes-années (2009 : 0,8; 2010 : 1,0; 2011 : 0,7; 2012 : 0,8)					
HARSAH - incidence du VIH	2008-2009 : 1,3 pour 100 personnes-années					

^a Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4^{er} janvier au 15 août 2015).

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

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

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

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

^f Nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Pour l'année 2014, ce nombre inclus 65 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédentes où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.

^g Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

^h Pour l'année 2014, le nombre inclus 7 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédentes où seuls les cas sans NAM pouvaient être enregistrés.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

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

Tableau 2 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2014

Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ^a		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ^d
17	3 939,3	17	1 458,9	6	17,0	6	28,6	15	23,1	6	8,5
18	2 089,8	18	230,3	3	9,4	Qc	11,3	6	21,1	17	8,2
5	403,3	6	87,2	Qc	7,1	7	11,2	5	16,9	Qc	3,4
9	332,5	Qc	40,0	8	6,7	13	10,9	8	15,8	13	2,9
4	322,4	14	32,1	5	5,9	5	9,7	10	14,1	3	2,8
15	317,3	13	29,9	14	4,8	3	7,7	Qc	13,6	7	2,6
6	303,0	16	26,1	7	3,9	16	6,7	7	12,7	5	2,5
14	299,4	15	25,9	12	3,3	8	4,0	3	11,8	8	2,1
Qc	282,1	3	24,0	16	3,3	1	3,5	13	11,8	16	2,0
3	278,1	7	23,2	15	2,9	14	3,4	14	11,7	4	1,6
8	269,8	5	19,0	4	2,8	4	3,3	4	9,9	12	1,5
7	258,8	4	16,9	13	2,2	9	3,1	9	9,4	9	1,1
2	247,9	8	15,5	1	2,0	2	2,9	11	9,1	14	1,0
16	227,2	2	7,9	2	1,1	12	2,9	16	8,2	15	0,9
13	218,1	11	7,5	9	1,0	15	2,6	2	6,6	2	0,7
1	194,5	9	7,3	10	0,0	11	2,1	18	5,8	1	0,5
10	186,5	12	6,2	11	0,0	10	0,0	12	5,5	10	0,0
12	166,5	1	5,0	17	0,0	17	0,0	1	3,0	11	0,0
11	148,3	10	0,0	18	0,0	18	0,0	17	0,0	18	0,0

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

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

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

^d Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2014. Ce nombre inclut 25 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés en 2014. Parmi ceux-ci, 18 étaient de la région 6, 2 pour chacune des régions 16 et 7 et 1 pour chacune des régions 3, 5 et 12

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes. Il faut interpréter avec prudence les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population.

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015.

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2015.

EFFECTIFS DE POPULATION PAR RÉGION SOCIO SANITAIRE, 2014

RSS = Région sociosanitaire	Effectifs population	RSS = Région sociosanitaire	Effectifs population
01 Bas-Saint-Laurent	200 989	11 Gaspésie-Iles-de-la Madeleine	93 069
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	278 308	12 Chaudière Appalaches	420 897
03 Capitale-Nationale	730 949	13 Laval	423 450
04 Mauricie et Centre-du-Québec	507 967	14 Lanaudière	495 924
05 Estrie	320 324	15 Laurentides	588 062
06 Montréal	1 976 370	16 Montérégie	1 513 985
07 Outaouais	385 297	17 Nunavik	12 921
08 Abitibi-Témiscamingue	148 279	18 Terres-Cries-de-la Baie-James	17 370
09 Côte-Nord	95 488	QC Province de Québec	8 223 857
10 Nord-du-Québec	14 208		

1 Introduction

Le présent portrait s'inscrit dans le cadre du *Programme national de santé publique*² et en continuité du quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec *L'épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang*³, paru en 2010. Ce document s'adresse aux professionnels de la santé, aux associations, aux intervenants, aux groupes communautaires et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Il vise à fournir de l'information sur l'émergence, l'ampleur ainsi que la progression de ces infections et de leurs déterminants afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

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

Ces infections sont visées par la Loi sur la santé publique⁴. Elles doivent être déclarées au directeur de santé publique soit par les médecins, soit par les directeurs des laboratoires de biologie médicale, soit par les deux. La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est devenue une maladie à déclaration obligatoire (MADO) en 1990, mais c'est seulement depuis avril 2002 que tous les tests positifs de dépistage de l'infection par le VIH font l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du professionnel de la santé qui a demandé le test.

Bien que le chancre mou et le granulome inguinal soient également visés par la Loi, ces maladies à déclaration obligatoire ne font pas l'objet de sections particulières. Le dernier cas de chancre mou déclaré au Québec l'a été en 2007 et aucun cas de granulome inguinal n'a été déclaré au cours des cinq dernières années.

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode sont extraites du fichier des MADO tenu par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), lui-même rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec.

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

² Ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction générale de la santé publique (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 103 p.

³ Anctil, H. (2010) *L'épidémie silencieuse : Les infections transmissibles sexuellement et par le sang - Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux 73 p.

⁴ QUÉBEC, *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} novembre 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne], [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2/S2_2.html].

2 Notes méthodologiques

Les notes méthodologiques s'appliquent aux cas d'ITSS inscrits dans le fichier des MADO, tenu par le LSPQ. En ce qui concerne les données tirées d'études épidémiologiques particulières, le lecteur peut consulter la section Méthodologie de chacune de celles-ci. Les sources des données sont mentionnées au bas de tous les tableaux et de toutes les figures. Les figures peuvent présenter des échelles différentes, notamment les tendances par groupes d'âge séparées selon le sexe.

2.1 Détection et déclaration des cas

Les données présentées ici se rapportent aux cas d'ITSS qui ont été détectés et déclarés. Les ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent non détectés et, *a fortiori*, non déclarés. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. Comme les femmes ont plus régulièrement des contacts avec le système de santé, les occasions se révèlent plus nombreuses que l'infection soit dépistée chez elles et, de ce fait, que la proportion de cas féminins déclarés soit plus élevée que celle des cas masculins. De façon générale, la déclaration des cas (sa justesse par rapport à la situation réelle) est influencée par les facteurs suivants :

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

2.2 Cas anciens ou nouveaux

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

2.3 Extraction des données 1990-2014

Pour les années CDC 1995 à 2014 (du 1^{er} janvier 1995 au 3 janvier 2015), les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode ont été extraites du registre des MADO le 6 juillet 2015. Pour les analyses selon le site de la maladie, l'extraction a été faite le 24 septembre 2015.

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

Pour une bonne comparaison entre les années, lors des années CDC de 53 semaines (1997, 2003, 2008, 2014), la moyenne du nombre de cas des semaines CDC 52 et 53 est ajoutée au nombre de cas des 51 premières semaines. Une exception est faite pour les données sur les sites anatomiques où le nombre total de cas des 53 semaines CDC est présenté. Pour les années CDC de 52 semaines, le nombre total de cas déclarés est également présenté.

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

2.4 Projections 2015

Les projections pour l'année 2015 reposent sur le nombre de cas survenus entre le 4 janvier et le 15 août 2015, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-unien pour l'année 2015 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du fichier des MADO le 24 septembre 2015 – sauf celles qui concernent la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne, dont l'extraction a été effectuée le 15 octobre 2015.

2.5 Calcul des taux

Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux du MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014. Les données ont été tirées du rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique, le 16 juillet 2015. Mise à jour de l'indicateur le 28 janvier 2015.

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

Numérateur

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

Chaque infection déclarée répondant aux critères des définitions nosologiques compte pour un cas. Pour des ITS comme l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique, il n'est pas exceptionnel qu'une même personne soit infectée plus d'une fois au cours d'une même année (réinfection). Plusieurs études démontrent que le taux de réinfection à l'intérieur d'une même année est élevé pour les personnes atteintes d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*^{5,6}. Ainsi, surtout pour ce type d'infection, le nombre de cas déclarés dans une année ne correspond pas au nombre de personnes infectées car une personne peut compter pour plus d'un cas lors d'une année donnée.

⁵ Götz, H.M., Hoebe, C.J.P.A., van Bergen, J.E.A.M., et collab., *High yield in reinfections during a chlamydia screening programme when automatically sending testkits after 6 months to previously infected* in 19th Biennial Conference Of The International Society For Sexually Transmitted Diseases Research, 2011, Sex Transm Dis.: Quebec City, Canada. p. A21-A22.

⁶ Hosenfeld, C.B., Workowski, K.A., Berman, S., et collab. (2009) Repeat infection with Chlamydia and gonorrhoea among females: a systematic review of the literature. *Sexually transmitted diseases*, 36(8), 478-489.

2.6 Site de l'infection⁷

Les données relatives au site de l'infection doivent être interprétées avec prudence. Si plusieurs sites se sont révélés positifs dans un même épisode, ils peuvent avoir été inscrits distinctement dans le fichier (site 1, site 2, et ainsi de suite). Toutefois, les pratiques de saisie des données dans ce fichier peuvent différer selon les Directions de santé publique régionales. On ne peut présumer que, dans chacune de celles-ci, on inscrive tous les sites pour lesquels le résultat est positif, et les conventions locales pour la hiérarchisation peuvent varier d'une région à l'autre. En plus de ces limites, des erreurs de saisie sont présentes, comme dans toute banque de données. Par exemple, on retrouve 47 cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* et 2 cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MADO est le col utérin. Pour une meilleure analyse des données sur les sites où l'infection a été détectée, une meilleure standardisation de la saisie de cette variable est souhaitable.

2.7 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale

Au niveau régional et local, des enquêtes épidémiologiques peuvent être réalisées pour certaines situations prioritaires, tel que décrit dans le guide d'intervention sur les ITS à déclaration obligatoire⁸.

Les informations complémentaires recueillies lors des enquêtes épidémiologiques peuvent servir à mieux caractériser les cas (p. ex. : facteurs d'exposition, aspects cliniques). Ces informations peuvent être utilisées afin de mieux cibler les interventions en réponse à certaines menaces à la santé ou lors d'épidémies émergentes. Le cadre législatif actuel ne permet pas que ces données soient systématiquement transmises au directeur national de santé publique pour établir un portrait à l'échelle de la province, sauf dans un contexte de vigie intensifiée et avec l'accord des directions de santé publique.

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

⁷ Dans le registre des MADO, site de la maladie.

⁸ Groupe de travail Guide d'intervention ITS-MADO (2014) *Guide d'intervention - Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 339 p.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

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

Après la diminution de l'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* de 60 % survenue entre 1990 et 1997, une hausse constante est observée. Cette hausse touche les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge. En 2014, le nombre de cas masculins est cinq fois plus élevé qu'en 1997; chez les femmes, il est trois fois plus élevé qu'en 1997. Cette infection est répartie dans toutes les régions du Québec.

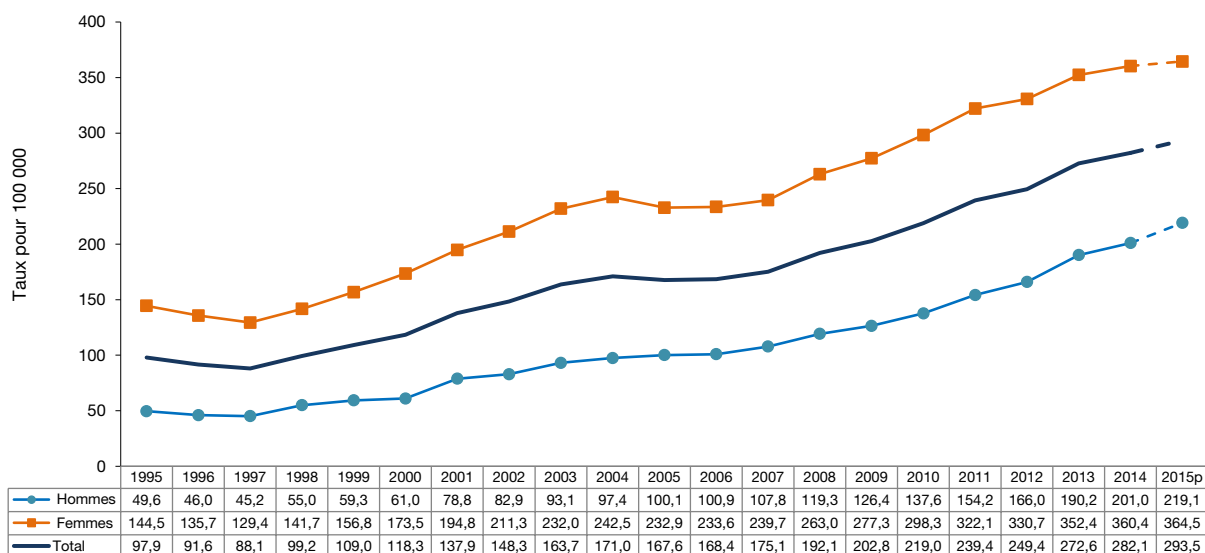
3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2014

- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 23 198 cas déclarés en 2014 (taux de 282,1 pour 100 000 personnes), dont 64 % sont des femmes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 59 % des cas masculins et 71 % des cas féminins. Le taux d'incidence dans ce groupe d'âge (1 465,8 pour 100 000) est 12 fois plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (117,5 pour 100 000).
- Parmi les hommes, ceux âgés de 20 à 24 ans ont les taux les plus élevés (1 069,1 pour 100 000). Les hommes de 15 à 19 ans ont des taux plus faibles (483,8 pour 100 000). Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont chez celles âgées de 15 à 24 ans (2 140,4 pour 100 000).
- L'ensemble des infections rectales représente 9 % (736/8 216) des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés chez les hommes au Québec (cette proportion atteint 22 % (566/2 546) dans la région de Montréal). En effet, on compte 736 cas d'infection rectale chez les hommes; il s'agit du seul site anatomique rapporté pour 90 % des infections rectales (663/736). On retrouve par ailleurs 94 cas d'infections pharyngées; le pharynx est le seul site anatomique rapporté pour 86 % des infections pharyngées (81/94). On compte 9 cas d'infections rectales **et** pharyngées.
- Parmi les femmes, on retrouve 42 cas d'infection rectale; il s'agit du seul site anatomique rapporté pour 74 % des infections à ce site (31/42). On retrouve par ailleurs 20 cas d'infections pharyngées; il s'agit du seul site anatomique rapporté pour 55 % des infections à ce site (11/20). On ne compte aucune infection rectale **et** pharyngée. L'ensemble des infections rectales représente moins de 1 % des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes au Québec.
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont respectivement des taux quatorze et sept fois supérieurs à celui de la province. Dans les autres régions, les taux varient de 148,3 pour 100 000 (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) à 403,3 pour 100 000 (Estrie). À l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ce sont l'Estrie, la Côte-Nord, la Mauricie-Centre-du-Québec, les Laurentides et Montréal qui enregistrent les taux les plus élevés. Les taux les plus faibles s'observent en Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, en Chaudière-Appalaches et dans le Bas-Saint-Laurent.

3.2 Tendances des cinq dernières années (2010-2014)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 29 % entre 2010 et 2014; cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+ 46 %) que chez les femmes (+ 21 %). La hausse a été de + 3,5 % entre 2013 et 2014 et, selon les projections, les taux de 2015 seront supérieurs (+ 4 %) à ceux de 2014.
- Tous les groupes d'âge sont touchés par la hausse des taux d'incidence.
 - En ce qui concerne les cas féminins, entre 2010 et 2014, on observe des hausses des taux d'incidence de 23 % chez les jeunes de 15 à 24 ans, de 36 % chez les femmes qui ont entre 25 et 29 ans, de 23 % chez celles qui ont entre 30 et 39 ans et de 20 % chez celles qui ont 40 ans ou plus.
 - Pour ce qui est des cas masculins, entre 2010 et 2014, on observe une hausse du taux d'incidence de 50 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, de 48 % chez les hommes de 25 à 29 ans, de 55 % chez ceux de 30 à 39 ans et de 57 % chez ceux qui ont 40 ans ou plus.
- Entre 2010 et 2014, le nombre de déclarations de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* uniquement extragénitales (rectum uniquement, pharynx uniquement et rectum et pharynx uniquement) chez les hommes est passé de 157 à 753.
- Entre 2010 et 2014, une hausse des taux d'incidence s'observe dans pratiquement toutes les régions sociosanitaires du Québec. Les hausses les plus importantes sont observées dans les régions du Nunavik (+ 108 %), du Bas Saint-Laurent (+ 60 %), du Saguenay–Lac-Saint-Jean (+ 55 %), de Mauricie Centre-du-Québec (+ 53 %) et du Nord-du Québec (+ 51 %). Les taux sont relativement stables dans les régions de l'Outaouais, de l'Abitibi et de la Gaspésie-Iles de la Madeleine.

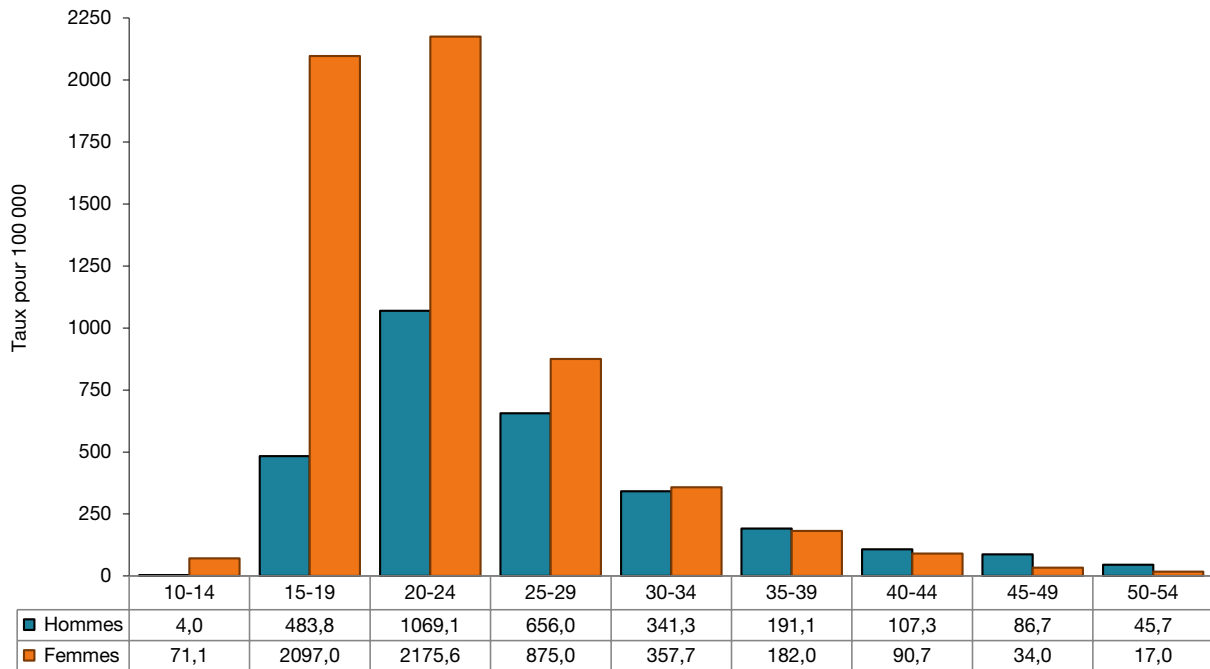
Figure 1 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, de 1995 à 2015p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (1995 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

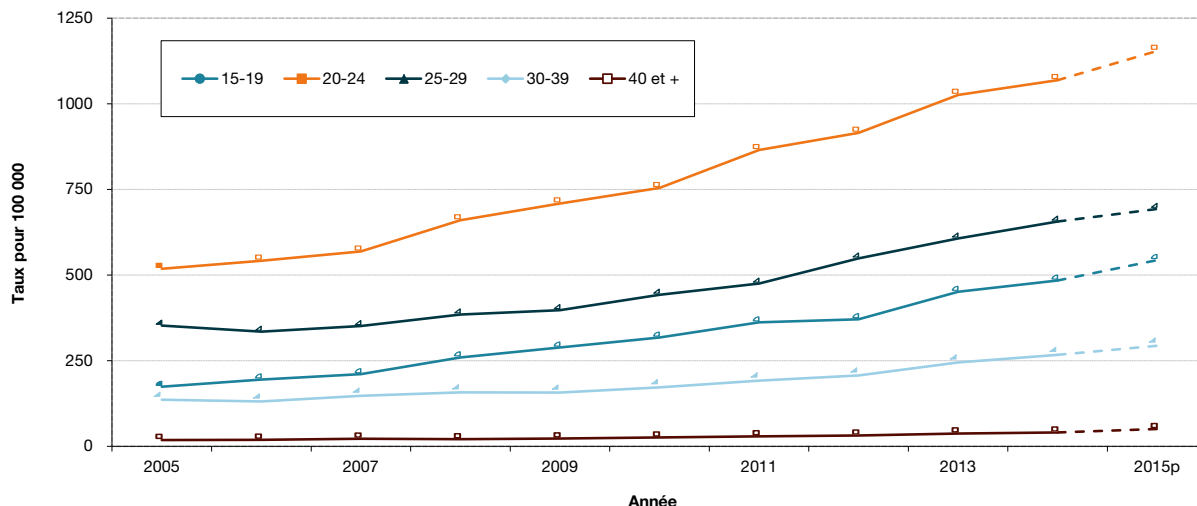
Figure 2 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

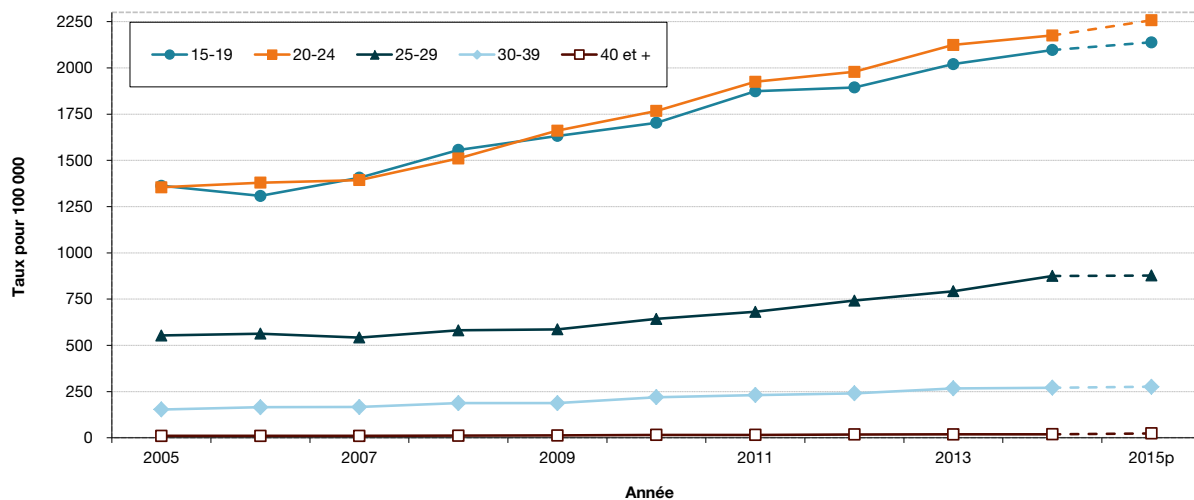
Figure 3 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2005 à 2015p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2005 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

Figure 4 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2005 à 2015p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2005 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

Tableau 3 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p

Région	2010		2011		2012		2013		2014		Moyenne 2010-2014		2015p ²		Variation 2014-2010			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	244	121,2	332	165,0	309	153,7	320	159,1	391	194,5	319	158,7	360	179,2	147	60,2	73,3	60,5
Saguenay-Lac-Saint-Jean	441	159,6	419	151,1	529	190,5	634	228,0	690	247,9	543	195,5	666	239,0	249	56,5	88,3	55,3
Capitale-Nationale	1 580	225,1	1 791	251,9	1 715	238,7	2 006	276,7	2 033	278,1	1 825	254,4	2 155	292,6	453	28,7	53,0	23,5
Mauricie et Centre-du-Québec	1 054	211,2	1 436	286,2	1 396	277,3	1 423	281,3	1 638	322,4	1 389	275,9	1 675	328,4	584	55,4	111,1	52,6
Estrie	1 078	347,1	1 221	389,4	1 154	365,2	1 340	420,9	1 292	403,3	1 217	385,4	1 373	425,9	214	19,9	56,3	16,2
Montréal	4 549	239,2	4 853	253,3	5 212	268,6	5 691	290,4	5 989	303,0	5 259	271,2	6 378	320,1	1 440	31,6	63,8	26,7
Outaouais	938	255,0	948	253,5	930	246,2	1 016	266,5	997	258,8	966	256,0	1 036	265,9	59	6,3	3,8	1,5
Abitibi-Témiscamingue	389	266,1	474	323,1	434	294,6	470	317,7	400	269,8	433	294,3	538	361,8	11	2,8	3,7	1,4
Côte-Nord	236	247,1	307	320,8	285	298,1	316	330,7	318	332,5	292	305,9	321	336,1	82	34,5	85,4	34,6
Nord-du-Québec	18	123,2	17	119,0	35	244,6	32	224,5	27	186,5	26	179,3	28	197,9	9	47,2	63,3	51,3
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	141	148,9	136	144,0	177	188,4	134	143,6	138	148,3	145	154,7	163	175,2	-3	-2,1	-0,7	-0,4
Chaudière-Appalaches	525	127,8	620	149,6	662	159,0	733	175,1	701	166,5	648	155,7	753	178,0	176	33,5	38,7	30,3
Laval	809	202,5	941	231,7	932	226,1	971	232,7	924	218,1	915	222,3	1 105	257,3	115	14,2	15,6	7,7
Lanaudière	1 093	232,6	1 185	248,5	1 165	241,2	1 366	279,4	1 485	299,4	1 259	260,7	1 508	299,8	392	35,9	66,8	28,7
Laurentides	1 451	259,9	1 456	256,9	1 595	278,0	1 728	297,4	1 866	317,3	1 619	282,3	1 810	304,1	415	28,6	57,4	22,1
Montérégie	2 331	160,4	2 507	170,6	2 919	196,8	3 232	215,6	3 440	227,2	2 886	194,5	3 596	235,2	1 109	47,6	66,8	41,6
Nunavik	228	1 897,6	250	2 047,3	382	3 061,9	511	4 029,0	509	3 939,3	376	3 017,4	495	3 773,7	281	123,2	2 041,7	107,6
Terres-Cries-de-la-Baie-James	254	1 596,0	276	1 670,0	334	1 995,2	310	1 816,5	363	2 089,8	307	1 838,1	377	2 131,9	109	42,9	493,8	30,9
Région non précisée	3		0		0		0		0		1		0		-3			
Province de Québec	17 362	219,0	19 169	239,4	20 165	249,4	22 233	272,6	23 198	282,1	20 425	252,8	24 335	293,5	5 836	33,6	63,1	28,8

Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Les chiffres en gras pour 2014 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2014 est inférieur ou égal à celui pour la période 2009 à 2013.

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2010-2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

3.3 Commentaires

3.3.1 ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE DANS L'INTERPRÉTATION DE LA HAUSSE DE L'INCIDENCE DE CAS DÉCLARÉS

Une des hypothèses pour expliquer l'augmentation du nombre de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'évolution des pratiques de dépistage :

- Parallèlement à une augmentation de 29 % des cas déclarés entre 2010 et 2014, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec⁹ a crû de 31 % entre l'année 2009-2010 (440 566 tests) et l'année 2013-2014 (575 105 tests).
- Le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par amplification des acides nucléiques (TAAN) à partir de spécimens urinaires a augmenté de 67 % au cours de cette période; 210 565 tests TAAN sur spécimens urinaires ont été effectués en 2013-2014. Les TAAN sont donc de plus en plus souvent effectués à partir de spécimens prélevés de façon plus acceptable pour les personnes qui passent un test de dépistage (p. ex. : spécimen urinaire). Ces modes de prélèvement facilitent le dépistage hors des milieux cliniques, à proximité de populations vulnérables.
- Depuis quelques années, des analyses par TAAN permettant de détecter les infections extragénitales, (notamment les infections rectales à *Chlamydia trachomatis*) sont disponibles et de plus en plus utilisées même si elles ne sont pas homologuées au Canada pour cet usage¹⁰. Leur validité (sensibilité et spécificité) sur des spécimens extragénitaux a été démontrée et leur utilisation est actuellement recommandée lors de certaines situations de dépistage (se référer au tableau intitulé « [Prélèvement et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques](#) » en lien avec le Guide québécois de dépistage des ITSS). À titre indicatif, 20 951 tests de détection de *Chlamydia trachomatis* sur des prélèvements provenant de sites extragénitaux ont été réalisés en 2014-2015¹¹, correspondant à 3 % de tous les tests de détection de cette infection.
- En 2014, 753 de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes (soit 9 % des cas masculins) sont des infections extragénitales sans mention d'autres sites d'infection. Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation des TAAN à partir de ces sites puisque la culture n'est pas utilisée pour la détection clinique de cette infection. Chez les hommes, 596 cas d'infections uniquement extragénitales se sont ajoutés entre 2010 (157 cas) et 2014 (753 cas). Ces cas additionnels représentent 21 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2010 et 2014 (596/2 804). Pour la région de Montréal, l'excédent du nombre d'infections extragénitales contribue à 42 % de l'augmentation des cas masculins entre 2010 et 2014 (600/1 440). La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales contribue donc à une partie de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes.

⁹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle de Jasmine Perron, en date du 1 septembre 2015. À noter qu'il s'agit ici du nombre de tests et non du nombre de personnes ayant subi un test. Plus d'un test (par exemple à plusieurs sites) peut avoir été effectué pour une personne pour un même épisode.

¹⁰ Comité sur les analyses de laboratoire relatives aux ITSS, *Avis sur le dépistage de Chlamydia trachomatis et de Neisseria gonorrhoeae à partir de sites extragénitaux*, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2 octobre 2013, 38 p.

¹¹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle de Jasmine Perron, en date du 1 septembre 2015. Il n'y a pas de données antérieures spécifiques sur ces tests puisqu'il s'agit d'un code nouvellement ajouté à la collecte de données. Il est aussi possible que la saisie du nouveau code ne soit pas intégrée de façon optimale dans tous les laboratoires, la validité de cette donnée n'est pas connue.

- Chez les femmes, le nombre de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* exclusivement extragénitales est trop faible pour avoir une influence sur le taux d'incidence des cas déclarés, du moins jusqu'à maintenant.
- À noter que la majorité des laboratoires utilisant les TAAN pour la détection des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* utilisent des trousse détectant simultanément les deux infections. Cette pratique explique probablement la détection d'infections pharyngées à *Chlamydia trachomatis* puisqu'il n'y a pas d'indication de dépister cette infection à ce site. Ces infections ont probablement été détectées lors de dépistage de l'infection gonococcique au site pharyngé.
- L'amélioration constante de la sensibilité des tests de détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* contribue probablement, elle aussi, à la hausse du nombre de cas déclarés dans tous les groupes d'âge, tant chez les femmes que chez les hommes.

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

Toutefois, une véritable hausse de l'incidence ne peut être exclue, car il se peut que l'augmentation du nombre de tests de détection ainsi que celle du nombre de cas détectés et déclarés soient le résultat d'une augmentation du nombre de personnes à risque et exposées aux ITSS et, conséquemment, du nombre de personnes atteintes.

3.3.2 MADO : REFLET DE LA RÉALITÉ OU SOUS-ESTIMATION?

Aux États-Unis, alors que le nombre de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* « déclarés » aux autorités de santé publique augmente, des données d'études populationnelles indiquent une stabilisation ou même une diminution de la prévalence de cette infection¹². Cette même discordance a été relevée par une analyse avec modélisation portant sur le fardeau économique de l'infection à *Chlamydia trachomatis* au Canada publiée en 2011¹³.

Au Québec, PIXEL est la première étude visant à estimer la prévalence de la chlamydie génitale au sein de la population générale des jeunes adultes. Entre mai 2013 et juin 2014, des jeunes âgés de 17 à 29 ans ont été recrutés dans une diversité d'établissements scolaires et de milieux de travail localisés dans un total de dix régions du Québec.

Parmi les jeunes âgés de 21 à 25 ans, sexuellement actifs ou non, recrutés par l'équipe PIXEL en milieux scolaires (écoles de formation professionnelle, centres d'éducation pour adultes, cegeps et universités), la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* était de 2,3 % chez les hommes comme chez les femmes alors qu'en 2013, l'incidence de cas de cette infection déclarés au registre

¹² C. Satterwhite, H. Weinstock et D. Datta, « Chlamydia trends in the USA: results from multiple data sources », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A21 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

¹³ A. Tuite et D. Fisman, « Estimation of the burden of disease and costs of genital *Chlamydia trachomatis* infection in Canada », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

MADO a été de 0,98 % (soit 980/100 000) chez les hommes et de 1,8 % chez les femmes (elle a été respectivement de 1,03 % et de 1,9 % en 2014).

Le Québec ne dispose pas de données périodiques de prévalence de la chlamydie génitale permettant de mettre en perspective la forte croissance de cas déclarés au registre MADO depuis quelques années. Bien que notable, la prévalence rapportée par PIXEL dans la population des jeunes adultes pourrait être jugée moins dramatique que ne le laisse entendre la croissance de cas déclarés. Tel que déjà mentionné, cette dernière pourrait être expliquée en bonne partie par l'importante augmentation du nombre de tests de laboratoire effectués durant la même période.

Ceci dit, les avancées du dépistage n'assurent évidemment pas de capter toutes les infections dans une population; ici, l'incidence de cas déclarés dans MADO est deux fois moindre que la prévalence observée dans PIXEL. Bien que cette comparaison ait des limites (notamment, en regard de la représentativité de l'échantillon populationnel recueilli dans PIXEL et de la nature des analyses effectuées, une prévalence « instantanée » dans PIXEL versus une incidence cumulative annuelle de cas dans le registre MADO), elle contribue à apprécier l'éclairage qu'apportent les données MADO sur l'ampleur de l'infection dans la communauté.

3.3.3 POPULATIONS TOUCHÉES

Même s'il est impossible de caractériser les cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* (outre l'âge, le sexe et la région de résidence) à partir du fichier MADO, les renseignements sur le site de l'infection apportent un certain éclairage. Ainsi la déclaration de cas d'infections rectales à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes peut nous indiquer que ces cas sont probablement des HARSAH. Des études au niveau international ont mis en évidence un réservoir d'infection à *Chlamydia trachomatis* non liée à l'un des sérotypes causant la LGV chez les HARSAH, avec des prévalences de 5 % à 8 %^{14,15}.

¹⁴ Annan, N.T. et collab., Rectal chlamydia – a reservoir of undiagnosed infection in men who have sex with men, *Sexually Transmitted Infections*, vol. 85, no 3, juin 2009, p. 176-179

¹⁵ Tinmouth J. et collab., Is there a reservoir of sub-clinical lymphogranuloma venereum and non-LGV *Chlamydia trachomatis* infection in men who have sex with men? *International Journal of STD and AIDS*, vol. 19, no 12, décembre 2008, p. 805-809.

4 Infection gonococcique : progression de la résistance à l'azithromycine en 2014 et premier cas de non-sensibilité à la céfixime

L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique augmente constamment depuis la fin des années 1990, la progression étant de 488 % entre 1998 et 2014. On retrouve 6,6 fois plus de cas en 2014 qu'en 1998.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2014

- En 2014, 3 292 cas ont été déclarés (taux de 40,0 pour 100 000 personnes), dont 72 % sont des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 2,6 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 29 % des cas masculins et 60 % des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1,3 pour 1.
- En ce qui concerne les cas masculins, les jeunes de 20 à 29 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (204,5 pour 100 000), soit un taux presque six fois supérieur (5,7 fois) à celui des hommes de l'ensemble des autres groupes d'âge (lequel se situe à 35,6 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 56,2 pour 100 000.
- Pour ce qui est des cas féminins, les taux les plus élevés se remarquent chez les femmes qui sont âgées de 19 à 24 ans (109,5 pour 100 000). Ce taux est onze fois plus élevé que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge, qui est de 9,9 pour 100 000.
- Parmi les hommes, les infections rectales représentent 25 % (588/2 373) des cas déclarés d'infection gonococcique alors que les infections pharyngées comptent pour 30 % des cas. Plus spécifiquement, on compte 588 cas d'infection rectale; il s'agit du seul site anatomique rapporté pour 82 % des infections rectales (485/588). On retrouve par ailleurs 715 cas d'infections pharyngées; le pharynx est le seul site anatomique rapporté pour 83 % des infections à ce site (593/715). On compte 43 cas d'infections rectales et pharyngées. Parmi l'ensemble des cas déclarés chez les hommes, 47 % ont uniquement une infection à un site extra-génital (rectum uniquement, pharynx uniquement ou pharynx et rectum uniquement) (1 121/2 373).
- Chez les femmes, on compte 15 infections gonococciques rectales (11 seulement rectales) et 62 infections pharyngées (48 seulement pharyngées); on compte 1 cas d'infection rectale et pharyngée. Parmi l'ensemble des cas déclarés chez les femmes, 7 % ont uniquement une infection à un site extragénital (60/903). Un peu plus de la moitié (52 %) des cas ont été enregistrés dans la région de Montréal et le taux d'incidence des cas déclarés (87,2 pour 100 000 personnes) calculé pour Montréal est trois fois plus élevé (3,4 fois) que celui du reste de la province (taux de 25,1 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal).
- Dans la région de Montréal :
 - le rapport hommes/femmes est de 4,4 pour 1, alors qu'il est de 1,7 pour 1 pour le reste de la province (excluant Montréal);
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes (144,1 pour 100 000 personnes) est 4,6 fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 31,2 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);

- le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (31,6 pour 100 000 personnes) est 1,7 fois plus élevé que celui observé dans le reste de la province (taux de 18,7 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
- on retrouve dans la région de Montréal 70 % (407/588) des cas masculins d'infections rectales et 70 % des infections pharyngées (503/715) déclarés au Québec. Une infection rectale ou pharyngée a été rapportée dans 64 % (895/1 401) des cas déclarés d'infection gonococciques chez les hommes de Montréal.
- Le taux d'incidence de cas déclarés dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James est respectivement 36 fois et 6 fois plus élevé que celui qui a été calculé pour l'ensemble du Québec.
- Les régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal ont un taux supérieur à celui de la province; toutes les autres régions ont un taux inférieur à celui de la province. Les taux les plus faibles se trouvent dans les régions du Nord-du-Québec (0 cas), du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et de Chaudières-Appalaches, dont les taux sont de moins de 10 pour 100 000.

4.2 Tendances des cinq dernières années (2010-2014)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a augmenté de 53,8 % entre 2010 et 2014; cette hausse a été nettement plus marquée chez les hommes (+ 66,3 %) que chez les femmes (+ 26,9 %). La hausse a été de 24 % entre 2013 et 2014, essentiellement aux dépens des hommes (35,3 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes). Selon les projections, le taux de 2015 sera supérieur à celui de 2014 (hausse de 8 %).
- Entre 2010 et 2014, on observe une hausse du taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes de tous les groupes d'âge; elle est de 10 % chez les hommes âgés de 15 à 19 ans et de 64 % chez ceux de 20 à 24 ans. Des hausses importantes sont aussi observées chez les hommes âgés de 25 à 29 ans (+ 87,3 %), de 30 à 39 ans (+ 77,9 %) et de 40 ans et plus (+ 64%).
- Entre 2010 et 2014, on observe une hausse du taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes dans pratiquement tous les groupes d'âge. L'augmentation des taux d'incidence est de 17 % chez celles âgées de 15 à 19 ans, de 35 % chez celles de 20 à 24 ans et de 54 % chez les femmes de 25 à 29 ans. Une faible hausse est observée chez les femmes âgées de 30 à 39 ans (+ 7 %); la hausse est plus forte chez les femmes de 40 ans et plus (+ 73 %) mais elle s'applique sur un faible nombre de cas.
- Au début des années 1990, le rapport hommes/femmes se situait autour de 2 pour 1. Il a ensuite augmenté et atteint 4,5 pour 1 en 2004. La hausse du nombre de cas féminins, plus importante au cours des dix dernières années, a rétabli le rapport hommes/femmes à 1,9 pour 1 en 2013, mais la progression récente plus importante chez les hommes rétablit le rapport à près de 2,6 pour 1 en 2014.
- Au cours de la période 2010-2014, les hausses les plus importantes sont survenues dans deux régions où le nombre de cas était relativement faible : la Mauricie-Centre-du-Québec avec une hausse de 267 % passant de 23 à 86 cas et l'Estrie, avec une hausse de 128 %, passant de 26 à 61 cas. Des hausses de 15 % à 81 % s'observent dans onze autres régions. Dans 3 régions (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue et Nunavik), le nombre de cas a légèrement diminué (entre 2 et 11 cas de moins qu'en 2010).

- En 2010, on comptait 121 infections gonococciques rectales et 66 infections gonococciques pharyngées chez les hommes; en 2014, on en compte respectivement 588 et 715. Entre 2010 et 2014, le nombre de déclarations d'infections gonococciques uniquement extragénitales (rectum uniquement, pharynx uniquement, et rectum et pharynx uniquement) chez les hommes est passé de 174 à 1 121.
- Chez les femmes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 3 en 2010 à 15 en 2014, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 9 à 62 au cours de la même période. Entre 2010 et 2014, le nombre de déclarations d'infections gonococciques uniquement extragénitales (rectum uniquement, pharynx uniquement, et rectum et pharynx uniquement) chez les femmes est passé de 15 à 60.

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

La région du Nunavik et celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James connaissent une recrudescence importante de l'infection gonococcique depuis la fin de 2007. Même si les taux ont légèrement diminué depuis 2013 dans la région des Terres-Cries de la Baie-James et depuis 2014 dans la région du Nunavik, les taux y sont encore extrêmement élevés en 2014, soit respectivement 36 fois et 6 fois le taux établi pour l'ensemble de la province¹⁶. Contrairement à la situation s'observant dans le reste de la province, la majorité des cas d'infection gonococcique concernent des femmes : 63 % (119/189) des cas déclarés au Nunavik et 77 % (31/40) de ceux qui l'ont été dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 51 % des cas au Nunavik et 73 % des cas dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James¹⁷.

4.4 Résistance aux antibiotiques

La surveillance de la résistance aux antibiotiques est assurée par le LSPQ, lequel effectue des analyses de sensibilité sur les souches de *Neisseria gonorrhoeae* qui sont isolées par les laboratoires du Québec et qui lui sont ensuite transmises.

En 2014¹⁸, 27 % des cas d'infection gonococcique ont été détectés par culture, comparativement à 74 % en 2005. En 2014, le LSPQ est en mesure de présenter des analyses de sensibilité pour 906 souches, dont environ 80 % avaient été isolées chez des hommes. Le rapport 2014¹⁹ sur la résistance aux antibiotiques des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec fait état des constats suivants :

- 37 % des souches analysées au LSPQ étaient résistantes à la **ciprofloxacine**²⁰; cette proportion a été relativement stable au cours des dernières années.

¹⁶ À interpréter avec prudence, compte tenu des faibles dénominateurs populationnels.

¹⁷ Données du registre des MADO extraites à l'Infocentre le 21 octobre 2015.

¹⁸ Lefebvre, B., *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : Rapport 2014*, [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015.],(communication personnelle rapport non finalisé) [http://www.inspq.qc.ca/lspq/surveillance_epidemiologique/labovigilance.asp?Page=6a].

¹⁹ *Idem*.

²⁰ Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec.

- aucune souche n'était résistante à la **céfixime** selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais deux souches (0,2 %) isolées chez deux hommes démontraient une sensibilité réduite. De plus, 6,5 % des souches (7,5 % des souches isolées chez des hommes et 2,9 % des souches isolées chez des femmes) avaient des profils s'approchant du seuil de résistance à la céfixime même s'ils ne répondaient pas aux critères de sensibilité réduite de l'OMS. Il est à noter qu'un premier cas de souche non sensible à la céfixime a été détecté au début de l'année 2015.
- aucune souche n'était résistante à la **ceftriaxone** selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la santé, mais 35 souches (3,9 %) isolées chez des hommes présentaient une sensibilité réduite. Cette proportion était de moins de 1 % au cours des quatre dernières années.
- on a compté 61 souches (6,7 %) résistantes à l'**azithromycine** en 2014 dont la majorité (41 soit 67 %) avait été isolée chez des hommes de la région de Montréal et de la Montérégie, 12 autres souches ont été isolées chez des hommes de 4 autres régions alors que 8 souches avaient été isolées chez des femmes de 6 régions différentes.

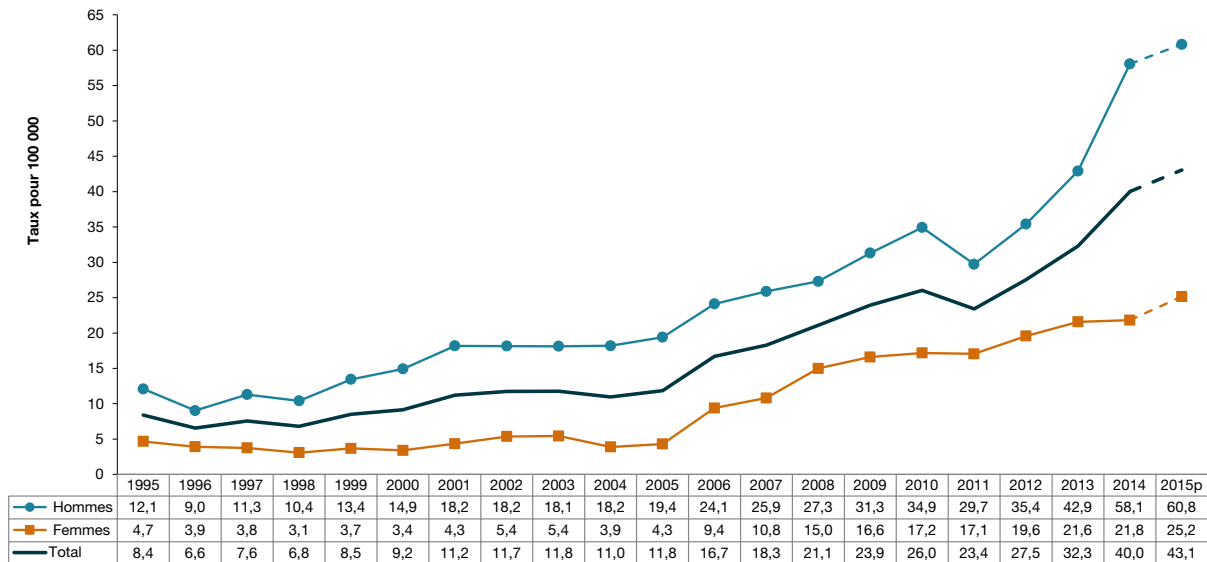
4.4.1 ÉCHECS AU TRAITEMENT

Dans le contexte de progression de la résistance, une vigie des échecs au traitement a été mise en place depuis le 21 novembre 2014. Il a été demandé aux directions de santé publique de vérifier la possibilité d'échec au traitement lorsque plus d'une déclaration d'infection gonococcique est reçue pour une même personne à l'intérieur d'un intervalle de 42 jours. Des critères ont été définis afin de discriminer, dans la mesure du possible, les échecs de traitement d'une réinfection due à une nouvelle exposition. Quatre cas ont ainsi été rapportés, survenus à l'automne 2014. Deux cas respectaient tous les critères de définition d'échec au traitement et deux autres cas ont été considérés comme cas suspects.

- Un échec au traitement (cas retenu) d'une infection gonococcique pharyngée, chez un homme hétérosexuel, sans exposition hors Québec. Ce cas avait reçu un traitement initial avec céfixime et doxycycline, suivi de traitements avec ceftriaxone IM à trois reprises pour enfin avoir une négativation de la culture pharyngée après avoir reçu de la ceftriaxone IV avec azithromycine par voie orale. La souche était sensible à la céfixime, ceftriaxone et azithromycine et résistante à la ciprofloxacine. Le patient ne rapportait aucune nouvelle exposition permettant d'expliquer la persistance de l'infection.
- Un échec de traitement (cas retenu) d'une infection urétrale d'une souche résistante à l'azithromycine, chez un HARSAH, sans histoire d'exposition hors Québec. Un traitement initial de monothérapie à l'azithromycine avait été administré en raison d'allergie à la pénicilline. Le patient ne rapportait aucune nouvelle exposition permettant d'expliquer la persistance de l'infection.
- Un cas suspect d'échec d'un traitement épidémiologique (céfixime 800 mg et azithromycine 1 g) chez un HARSAH qui avait été identifié comme partenaire d'un cas d'infection gonococcique, sans histoire d'exposition hors Québec. Malgré le traitement épidémiologique, le patient a présenté un syndrome d'infection urétrale avec TAAN positif dans le mois suivant le traitement épidémiologique. Le patient ne rapportait aucune nouvelle exposition après le traitement épidémiologique permettant d'expliquer la persistance de l'infection.
- Un cas suspect d'échec de traitement d'une infection pharyngée, chez une femme, traitée avec azithromycine en monothérapie.

À noter que quatre autres cas suspects d'échec de traitement ont été rapportés en 2015 en date du 1^{er} octobre. Il s'agit d'un cas d'infection urétrale chez un HARSAH qui n'avait pas répondu à céfixime 800 mg et azithromycine 1 g mais a répondu à un traitement de ceftriaxone (souche avec sensibilité réduite à la céfixime), une infection urétrale chez un homme hétérosexuel traité sans succès avec azithromycine 2 g po (souche sensible à cet antibiotique) dont les symptômes se sont résolus avec un traitement de ceftriaxone 250 mg IM, et deux cas d'infections pharyngées traitées avec ceftriaxone 250 mg IM et azithromycine 1 g po dont les tests de contrôle étaient positifs sans évidence d'exposition à la suite du traitement (à noter que ces deux cas n'ont eu que des prélèvements par TAAN).

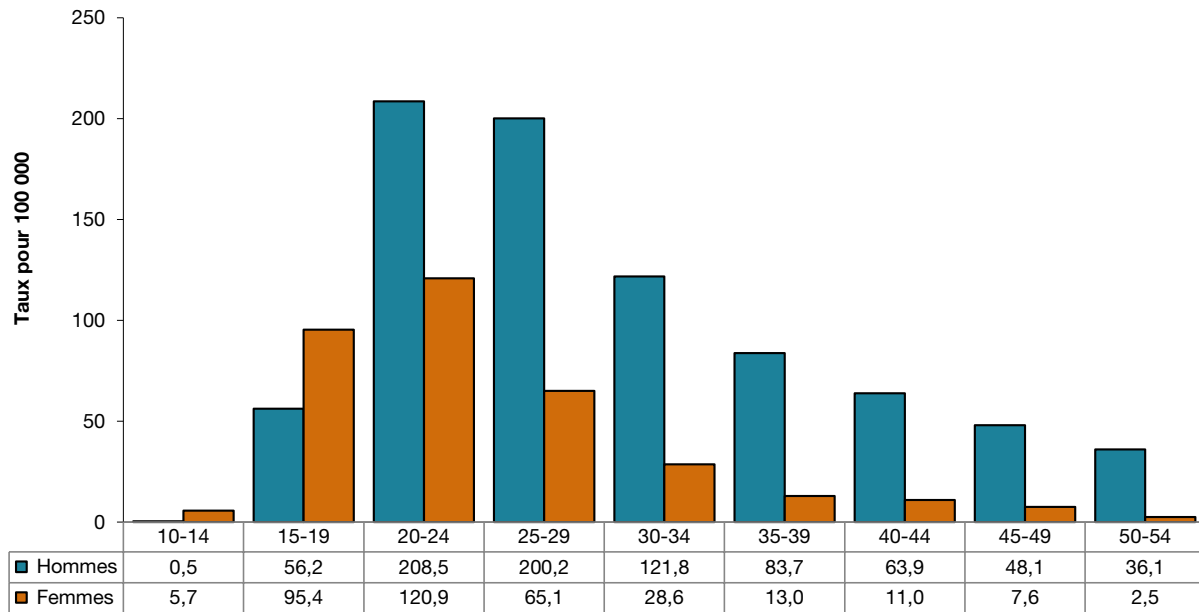
Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1995 à 2015p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2005 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

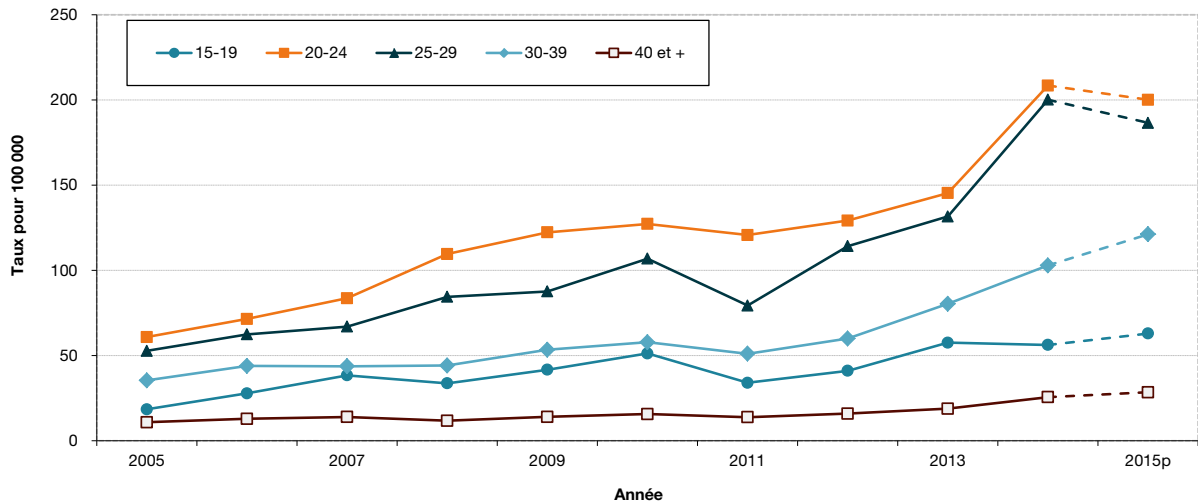
Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015.

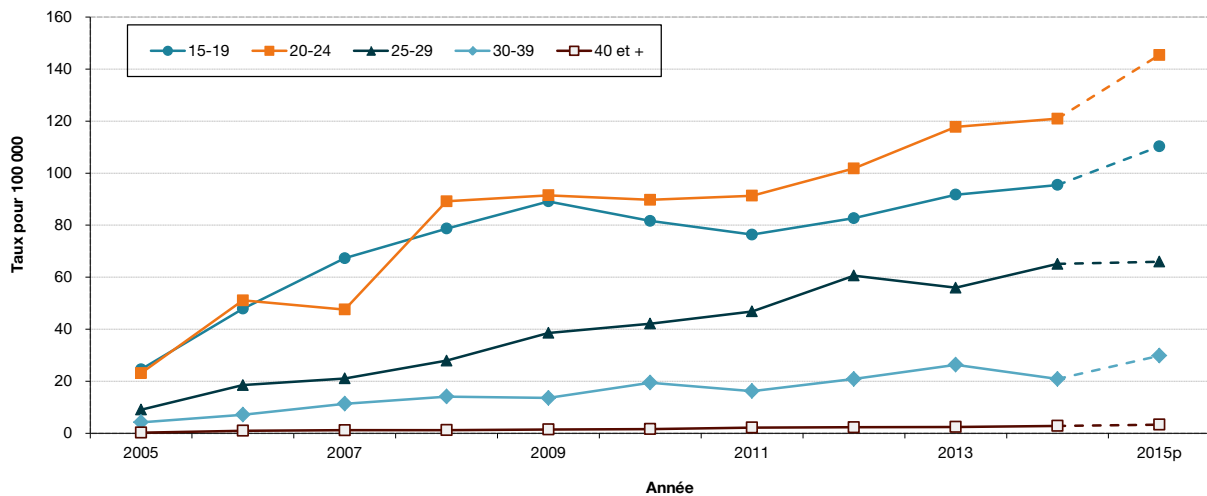
Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2005 à 2015p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2005 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2005 à 2015p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2005 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

Tableau 4 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p

Région	2010		2011		2012		2013		2014		Moyenne 2010-2014		2015p ^a		Variation 2014-2010			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	7	3,5	6	3,0	16	8,0	6	3,0	10	5,0	9	4,5	13	6,5	3	42,9	1,5	43,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	34	12,3	20	7,2	17	6,1	17	6,1	22	7,9	22	7,9	26	9,4	-12	-35,3	-4,4	-35,8
Capitale-Nationale	138	19,7	108	15,2	165	23,0	115	15,9	176	24,0	140	19,6	123	16,7	38	27,2	4,3	22,1
Mauricie et Centre-du-Québec	23	4,6	30	6,0	40	7,9	38	7,5	86	16,9	43	8,6	100	19,7	63	273,9	12,3	267,3
Estrie	26	8,4	36	11,5	41	13,0	44	13,8	61	19,0	42	13,2	72	22,4	35	134,6	10,7	127,5
Montréal	1 019	53,6	846	44,2	1 075	55,4	1 366	69,7	1 724	87,2	1 206	62,2	1 937	97,2	705	69,1	33,6	62,8
Outaouais	71	19,3	59	15,8	59	15,6	62	16,3	90	23,2	68	18,1	79	20,3	19	26,1	3,9	20,4
Abitibi-Témiscamingue	25	17,1	13	8,9	32	21,7	24	16,2	23	15,5	23	15,9	26	17,7	-2	-8,0	-1,6	-9,3
Côte-Nord	7	7,3	1	1,0	1	1,0	4	4,2	7	7,3	4	4,2	10	10,3	0	0,0	0,0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	5	34,9	0	0,0	0	0,0	1	7,0	2	11,6	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	4	4,2	5	5,3	4	4,3	7	7,5	7	7,5	5	5,8	5	5,3	3	75,0	3,3	78,0
Chaudière-Appalaches	22	5,4	21	5,1	15	3,6	14	3,3	26	6,2	20	4,7	23	5,4	4	18,2	0,8	15,3
Laval	85	21,3	111	27,3	84	20,4	130	31,2	127	29,9	107	26,1	143	33,3	42	48,8	8,6	40,4
Lanaudière	86	18,3	59	12,4	70	14,5	98	20,0	159	32,1	94	19,5	159	31,7	73	84,9	13,8	75,2
Laurentides	87	15,6	89	15,7	86	15,0	121	20,8	153	25,9	107	18,7	178	29,8	66	75,3	10,3	66,4
Montréal	209	14,4	223	15,2	202	13,6	258	17,2	395	26,1	257	17,3	416	27,2	186	88,8	11,7	81,2
Nunavik	197	1 639,6	205	1 678,8	256	2 051,9	286	2 255,0	189	1 458,9	227	1 817,6	230	1 755,2	-9	-4,3	-180,8	-11,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	24	150,8	43	260,2	57	340,5	44	257,8	40	230,3	42	248,8	26	149,0	16	66,7	79,5	52,7
Région non précisée	0		0		0		1		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	2 064	26,0	1 875	23,4	2 225	27,5	2 635	32,3	3 292	40,0	2 418	29,9	3 569	43,1	1 228	59,5	14,0	53,8

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

^a Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Les chiffres en gras pour 2014 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2014 est inférieur ou égal à celui pour la période 2009 à 2013.

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

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2010-2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

4.5 Commentaires

4.5.1 ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE DANS L'INTERPRÉTATION DE LA HAUSSE DE L'INCIDENCE

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la hausse des taux d'incidence de cas déclarés d'infection gonococcique, en particulier les changements des pratiques de dépistage et de détection des cas.

- Ainsi, parallèlement à une hausse de 53,8 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2010 et 2014, le nombre total d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* a augmenté de 48 % entre 2009-2010 (394 755 recherches de *N. gonorrhoeae*) et 2013-2014 (583 759 recherches de *N. gonorrhoeae*)²¹. À noter que ce nombre augmente encore en 2014-2015 (632 523).
- La progression du nombre d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN est particulièrement importante : elle a augmenté de 86 % entre 2009-2010 (266 403 recherches de NG par TAAN) et 2013-2014 (496 801 recherches de NG par TAAN)¹⁸. Un élément pouvant contribuer à l'augmentation des cas détectés par TAAN est le fait que, sur réception d'une demande de recherche de *Chlamydia trachomatis*, la plupart des laboratoires utilisant les TAAN procèdent d'emblée à une recherche de *Neisseria gonorrhoeae* même si cette analyse n'a pas été expressément prescrite par le médecin requérant. De fait, la majorité des tests de détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (86 %) sont des tests TAAN détectant simultanément le *Neisseria gonorrhoeae*.
- En 2014, 1 121 cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes sont des infections extragénitales sans mention d'autres sites d'infection. Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation des TAAN à partir de ces sites. Chez les hommes, les 947 cas (1 121 moins 174) d'infections uniquement extragénitales qui se sont ajoutés entre 2010 et 2014 représentent près de la totalité (95 %) de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2010 et 2014 (947/1 000). La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales explique donc l'augmentation des cas déclarés chez les hommes.
- Chez les femmes, l'augmentation du nombre de cas d'infections gonococciques exclusivement extragénitales représente 20 % de l'augmentation du nombre de cas entre 2010 et 2014 (45/216), et n'explique donc qu'une partie de l'augmentation du taux d'incidence.

4.5.2 POPULATIONS TOUCHÉES

Les résultats de vigies rehaussées antérieures (2001 et 2005-2006) ont mis en évidence qu'une forte proportion (environ 60 %) des cas masculins d'infection gonococcique concernait des HARSAH. On ne peut présumer que cette proportion est demeurée la même en 2014, mais il est raisonnable de penser que les HARSAH sont encore particulièrement touchés par l'infection gonococcique en s'appuyant sur le fait que 47 % des infections détectées chez les hommes l'ont été à partir de sites extragénitaux fréquemment impliqués dans les pratiques sexuelles des HARSAH.

²¹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, *op. cit.*

4.5.3 LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

La résistance aux antibiotiques a amené les autorités européennes, américaines et canadiennes à modifier régulièrement leurs recommandations au regard du traitement de l'infection gonococcique. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié en janvier 2012 et mis à jour en août 2013 des guides pharmacologiques sur le traitement des ITSS²², incluant le traitement de l'infection gonococcique. La progression de la résistance à l'azithromycine constitue une barrière additionnelle, notamment pour le traitement des personnes allergiques aux céphalosporines. De plus, l'appréhension de la survenue de résistance aux céphalosporines de troisième génération au Québec se concrétise avec la détection d'un premier cas en 2015; si la situation progresse, la détermination de régimes thérapeutiques efficaces représentera un grand défi.

La surveillance de la résistance aux antibiotiques permet d'ajuster les recommandations thérapeutiques. Compte tenu de l'augmentation du nombre de cas déclarés d'infection gonococcique, le nombre de souches disponibles pour analyse permet encore d'assurer une surveillance adéquate de la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae*. Toutefois, de moins en moins de cas d'infection gonococcique sont détectés par culture : en parallèle de l'augmentation du nombre d'analyses par TAAN, le nombre de recherches de *Neisseria gonorrhoeae* par culture a diminué de 33 % entre 2008-2009 (141 900 cultures) et 2012-2013 (95 502 cultures). Pour l'année 2012-2013, les cultures de *Neisseria gonorrhoeae* correspondent à 18 % de l'ensemble des tests de détection de l'infection gonococcique réalisés au Québec. Cette proportion était de 39 % en 2008-2009 et de 82 % en 2000-2001. Elle a été de 15 % en 2013-2014, le nombre de cultures (86 958 cultures effectuées) ayant diminué de 9 % par rapport à l'année précédente.

La diminution observée du nombre de cultures est préoccupante. La baisse de l'utilisation de la culture comme test de détection de l'infection gonococcique peut compromettre la capacité de surveiller la sensibilité aux antibiotiques utilisés pour le traitement et, conséquemment, rendre très difficile l'ajustement des recommandations thérapeutiques. La survenue d'échecs thérapeutiques pourrait prolonger la période de transmissibilité et contribuer à une propagation accrue. Il existe actuellement peu de données sur la fréquence des échecs thérapeutiques au Québec. Tel que le recommande l'OMS²³, il est important de concevoir à la fois des stratégies permettant de maintenir la capacité de surveiller la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement et des mécanismes permettant de surveiller la survenue d'échecs thérapeutiques.

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

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

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

5 Syphilis infectieuse : fluctuation des taux depuis 2010

Avec seulement 3 cas déclarés au Québec en 1998, il était possible d'espérer que la syphilis infectieuse soit en voie d'élimination. Toutefois, cette infection a connu une résurgence au début des années 2000 et, depuis 2010, le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec est plus élevé que celui de 1984. La presque totalité des cas touche des hommes, particulièrement des HARSAH.

5.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2014

- Au total, 586 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2014 (taux de 7,1 pour 100 000 personnes); parmi ceux-ci, 29 % étaient des cas de syphilis primaire, 30 % des cas de syphilis secondaire et 41 % des cas de syphilis latente précoce.
- La presque totalité des cas (94 %) concerne des hommes; on compte 33 femmes, presque toutes (91%) en âge de procréer (entre 15 et 49 ans).
- Pour ce qui est des cas masculins, 14 % sont âgés de 15 à 24 ans, 42 % ont entre 25 et 39 ans, et 44 % ont 40 ans ou plus. Les taux les plus élevés correspondent aux jeunes hommes de 30 à 34 ans (32,1 pour 100 000), suivis de ceux de 25 à 29 ans (29,0 pour 100 000) et ceux de 20 à 24 ans (24,3 pour 100 000).
- Les cas féminins sont plus jeunes : 85 % ont moins de 35 ans, contre 45 % des cas masculins.
- Avec 57 % des cas du Québec, la région de Montréal continue, en 2014, d'afficher le plus haut taux d'incidence (17,0 pour 100 000 personnes). Le tiers des cas féminins (33 %) et plus de la moitié (56 %) des cas masculins résident dans cette région. On retrouve des cas de syphilis infectieuse dans 14 autres régions du Québec. En excluant la région de Montréal, le taux d'incidence de syphilis infectieuse du reste du Québec pour l'année 2014 est de 4 pour 100 000.

5.2 Tendances des cinq dernières années

- Depuis la résurgence de la syphilis en 2002, la tendance n'est pas linéaire. D'abord, on observe une hausse constante entre 2002 et 2006, puis une fluctuation entre 2006 et 2009 suivie d'une reprise de la hausse jusqu'en 2012. Une tendance à la baisse se dessine avec une diminution de 15 % entre 2012 et 2014 qui, selon les projections, semble se poursuivre en 2015.
- Le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse de 2014 (7,1 pour 100 000) est comparable à celui de 2010 (6,9 pour 100 000).
- La proportion des cas déclarés chez des jeunes de 15 à 24 ans est passée de 16 % en 2009 à 24 % en 2012 puis est redescendue à 18 % en 2013 et 16 % en 2014.
- Chez les hommes, une hausse (+ 21 %) du taux d'incidence des cas déclarés a été observée entre 2010 et 2012, touchant pratiquement tous les groupes d'âge; toutefois, entre 2012 et 2014, on observe une diminution de 17 %. Selon les projections, le taux de 2015 chez les hommes sera similaire à celui de 2014. Chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans, le taux d'incidence est passé de 12,6 en 2010 à 29,2 en 2012 (+ 131 %) et est de 15,6 en 2014. Selon les projections, le taux de 2015 sera similaire à celui de 2014 dans ce groupe d'âge.

- Chez les femmes, de 2010 à 2014, le nombre annuel de cas se situe entre 26 et 33 cas.
- En 2010, outre Montréal, seules deux régions comptaient plus de 25 cas de syphilis infectieuse, soit la Capitale-Nationale et la Montérégie. Quatre régions n'avaient aucun cas et 11 autres régions avaient entre 2 et 18 cas. En 2014, la Capitale-Nationale et la Montérégie recensent au moins 50 cas chacune. Quatre régions n'ont aucun cas déclaré et 11 autres régions ont entre 1 et 24 cas.
- En 2011, pour la première fois depuis dix ans, un cas de **syphilis congénitale** concernant le nouveau-né d'une mère québécoise était déclaré. Un autre cas de syphilis congénitale a été déclaré en 2012.

5.3 Vigie rehaussée chez les femmes (2010-2011)

Dans le contexte de la hausse de la syphilis chez la femme en âge de procréer et de la survenue d'un cas de syphilis congénitale au début de 2011, une vigie rehaussée des cas féminins déclarés en 2010 et 2011 avait été entreprise²⁴. Le facteur de risque rapporté le plus souvent était une relation sexuelle récente avec un partenaire à risque²⁵ au regard d'une infection transmissible sexuellement, facteur qui concernait environ la moitié des femmes (51 %), suivi par un antécédent d'ITSS (33 %). Parmi les femmes pour lesquelles une information minimale était consignée, 36 % ne rapportaient aucun facteur de risque, ni pour elles-mêmes ni pour leurs partenaires sexuels.

5.4 Vigie rehaussée chez les jeunes de 15 à 24 ans²⁶ (2012-2013)

Dans le contexte de la hausse du nombre de cas déclarés de syphilis chez les jeunes de 15 à 24 ans observée au Québec en 2011-2012, une vigie rehaussée de ces cas a été réalisée entre le 1^{er} mars 2012 et le 30 juin 2013.

5.4.1 CARACTÉRISTIQUES DES CAS MASCULINS²⁷

- Plus de la moitié des cas (62 %) étaient âgés de 20 à 24 ans.
- La proportion d'HARSAH (92 %) est comparable chez ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans et chez ceux de 20 à 24 ans. Une caractéristique les distinguant est que 18 % des cas chez les jeunes de 15 à 19 ans étaient des HARSAH ayant aussi des partenaires féminines, alors que cette proportion s'établit à 9 % pour ceux de 20 à 24 ans. Un peu plus de la moitié (53 %) avaient eu de multiples partenaires. Parmi les cas déclarés chez les jeunes HARSAH de 15 à 19 ans, cette proportion était de 80 %.
- Quarante-quatre pour cent (44 %) ont rapporté avoir eu des partenaires anonymes.

²⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Rapport de vigie rehaussée : Syphilis infectieuse chez les femmes, province de Québec, 1^{er} janvier 2010 – 31 décembre 2011*, Montréal, Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique et Service de lutte contre les ITSS, Direction du développement des individus et de l'environnement social, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2012, 61 p., Rapport synthèse accessible en ligne, [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/itss/index.php?rapports-et-recommandations].

²⁵ Facteurs de risque du partenaire mentionnés dans le questionnaire utilisé : être un HARSAH, être un usager de drogues, être un travailleur ou une travailleuse du sexe, avoir de multiples partenaires, avoir des relations sexuelles à l'étranger.

²⁶ Gravel G. *Rapport de vigie rehaussée. Syphilis infectieuse chez les jeunes, province de Québec. 1^{er} janvier 2012-30 juin 2013*. Bureau de surveillance et de vigie. Direction de la protection de la santé publique. Octobre 2014. 128 p.

²⁷ On compte 148 cas masculins pour lesquels un questionnaire d'enquête a été analysé. Les proportions présentées sont calculées en fonction du nombre de cas avec réponses valides.

- Parmi les cas déclarés chez les jeunes de 15 à 19 ans, 22 % ont rapporté avoir reçu ou avoir donné de l'argent ou d'autres biens en échange de relations sexuelles; cette proportion était 6 % parmi les cas déclarés chez ceux de 20 à 24 ans.
- Un antécédent d'ITSS a été rapporté pour 39 % des cas; il s'agissait surtout de *Chlamydia trachomatis* (64 %), d'infection gonococcique (30 %), de syphilis (21 %) et de l'infection par le VIH (17 %).
- La proportion de cas masculins ayant eu un partenaire résidant ailleurs qu'au Québec est de 16 %. Le lieu de résidence de ces partenaires était surtout d'autres provinces canadiennes ou les États-Unis. Trois cas avaient eu un partenaire de pays où la syphilis est endémique.
- La consommation de drogues était rapportée par 48 % des cas de 15 à 19 ans et par 34 % de ceux de 20 à 24 ans. Cette proportion était de 40 % parmi les HARSAH et de 25 % chez les hétérosexuels. Les drogues consommées étaient surtout les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne. Trois cas étaient des utilisateurs de drogues par injection.

5.4.2 CARACTÉRISTIQUES DES CAS FÉMININS²⁸

Les femmes comptent pour une faible proportion de l'ensemble des cas analysés dans la démarche de vigie rehaussée chez les jeunes : elles comptent pour 18 % des cas âgés de 15 à 19 ans et pour 6 % des cas chez ceux âgés de 20 à 24 ans. Les facteurs de risque identifiés le plus souvent chez les femmes ayant entre 15 et 24 ans étaient d'avoir eu un partenaire sexuel à risque (82 %) et d'avoir eu de multiples partenaires sexuels (28 %). Un antécédent d'ITSS était rapporté pour 33 % des cas féminins; seule l'infection à *Chlamydia trachomatis* était rapportée.

5.4.3 LIEUX DE RENCONTRES

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

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

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

²⁸ On compte 18 cas féminins pour lesquels un questionnaire d'enquête a été analysé. Les proportions présentées sont calculées en fonction du nombre de cas avec réponses valides.

L'analyse des lieux de rencontres en fonction du sexe des partenaires des cas masculins (hétérosexuels, HARSAH ayant exclusivement des partenaires masculins (exclusifs) et HARSAH ayant des partenaires masculins et féminins (non exclusifs) a permis d'identifier certaines distinctions²⁹ :

- le groupe d'amis/famille est mentionné le plus souvent par les cas déclarés chez des hétérosexuels (67 % vs 53 % pour les HARSAH non exclusifs et 45 % pour les HARSAH exclusifs);
- les bars/clubs sont mentionnés le plus souvent par les cas déclarés chez des HARSAH non exclusifs (53 % vs 42 % pour les hétérosexuels et 32 % pour les HARSAH exclusifs);
- les sites de rencontres/chat rooms/téléphonie sont rarement mentionnés chez les hétérosexuels (8 %) par rapport aux HARSAH non exclusifs (35 %) et aux HARSAH exclusifs (44 %);
- les réseaux sociaux sont mentionnés le plus souvent par les cas déclarés chez les HARSAH non exclusifs (35 % vs 25 % chez les hétérosexuels et 20 % des HARSAH exclusifs);
- les saunas sont mentionnés seulement par les cas déclarés chez des HARSAH (15 %) et cette proportion est comparable pour les HARSAH exclusifs et non exclusifs.

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

5.4.4 ANALYSE DE RÉSEAUX SEXUELS

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

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

²⁹ Les différences indiquées ne sont pas nécessairement statistiquement significatives, de plus l'âge peut être un facteur de confusion.

5.4.5 DONNÉES SUR LES FACTEURS DE RISQUE, RÉGION DE MONTRÉAL

La région de Montréal recueille et analyse des renseignements sur les facteurs de risque des cas de syphilis infectieuse qui lui sont déclarés³⁰. En 2014, des informations ont pu être colligées pour 88 % des cas déclarés; parmi les enquêtes complétées, 292 cas concernent des hommes et 9 cas concernent des femmes. En 2014, 97 % des hommes sont des HARSAH.

Parmi les HARSAH pour lesquels l'information était disponible (n = 283) :

- 19 % étaient âgés de moins de 30 ans (versus 30 % en moyenne pour la période 2011-2013);
- 20 % étaient d'une origine ethnoculturelle autre que canadienne française ou canadienne anglaise (versus 9 % en moyenne pour la période 2011-2013);
- 19 %³¹ avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire résidant hors du Québec au cours de la période présumée d'incubation;
- 3,9 %³¹ avaient eu des relations sexuelles avec des femmes;
- 1,1 %³¹ s'étaient injectés de la drogue;
- 4,0 %³¹ avaient donné ou reçu de l'argent en échange de relations sexuelles;
- 39 %³¹ étaient infectés par le VIH.

5.5 Autres types de syphilis

Dans l'analyse de la problématique de la syphilis, il peut s'avérer pertinent de prendre en considération les stades de syphilis autres que celui de « syphilis en phase infectieuse ». Certains cas ne répondant pas aux critères de la définition nosologique d'un cas de « syphilis en phase infectieuse » sont alors classifiés comme « syphilis sans précision »; pourtant, ils pourraient être des cas de « syphilis infectieuse », particulièrement s'il s'agit de jeunes de 15 à 24 ans, chez qui la probabilité que l'acquisition de l'infection soit récente est évidemment élevée.

On observe une fluctuation du nombre de cas déclarés de syphilis latente tardive (maximum 190 en 2014 et minimum 154 en 2010) et un nombre relativement stable de cas déclarés de neurosyphilis (moyenne annuelle de 20 cas). Le nombre de cas de syphilis sans précision a fluctué entre 128 cas en 2010 à 108 cas en 2014.

La proportion des jeunes de 15 à 24 ans parmi les cas de syphilis latente tardive est passée de 3 % (4 cas) à 8 % (15 cas) entre 2010 et 2014. Pour ce qui est des syphilis sans précision, cette proportion est relativement stable autour de 7 % (entre 6 et 9 cas à chaque année).

Les complications de la syphilis (syphilis tertiaire) surviennent généralement plusieurs années après l'infection initiale. Ainsi, étant donné que la résurgence de la syphilis infectieuse date d'une dizaine d'années, il importe de surveiller la survenue de complications tardives de l'infection, lesquelles pourraient augmenter le fardeau de la maladie.

³⁰ Collecte d'informations épidémiologiques concernant les cas déclarés de syphilis en phase infectieuse dans la région de Montréal. Équipe enquête / interventions et Bureau de surveillance épidémiologique. Direction de santé publique du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, Communication personnelle auprès de Gilles Lambert et Claude Tremblay, septembre 2015.

³¹ Cette proportion est similaire à celle observée au cours de la période 2011-2013.

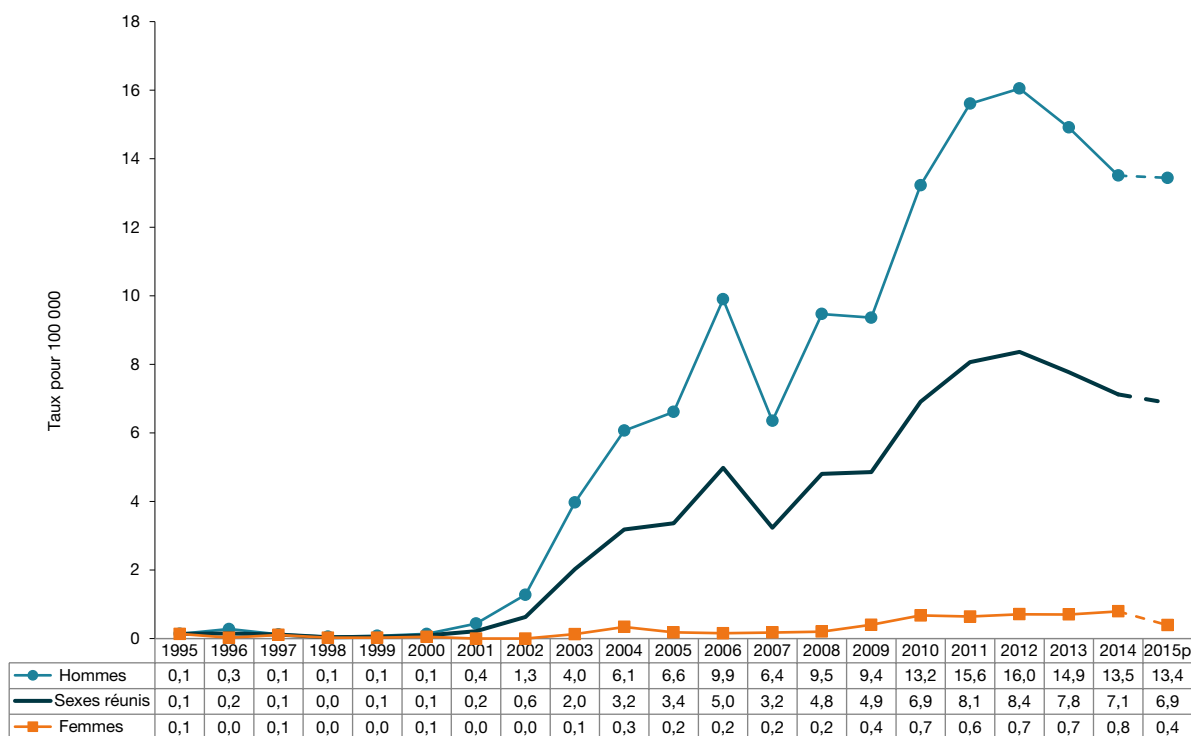
On retrouve 17 cas de syphilis tertiaire (excluant la neurosyphilis) déclarés entre 2010 et 2014, dont 76 % (13/17) concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus. Deux cas étaient âgés entre 45 et 54 ans et deux autres entre 35 et 44 ans.

Tableau 5 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, années 2010 et 2014

	2010			2014		
	H	F	Total	H	F	Total
Syphilis latente tardive	88	66	154	127	61	190
<i>Proportion des 15-24 ans</i>	5 %	0 %	3 %	9 %	3 %	8 %
Neurosyphilis symptomatique	22	0	22	18	2	20
Syphilis sans précisions	94	32	128	81	25	108
<i>Proportion des 15-24 ans</i>	10 %	0 %	7 %	5 %	8 %	7 %

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

Figure 9 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1995 à 2015p

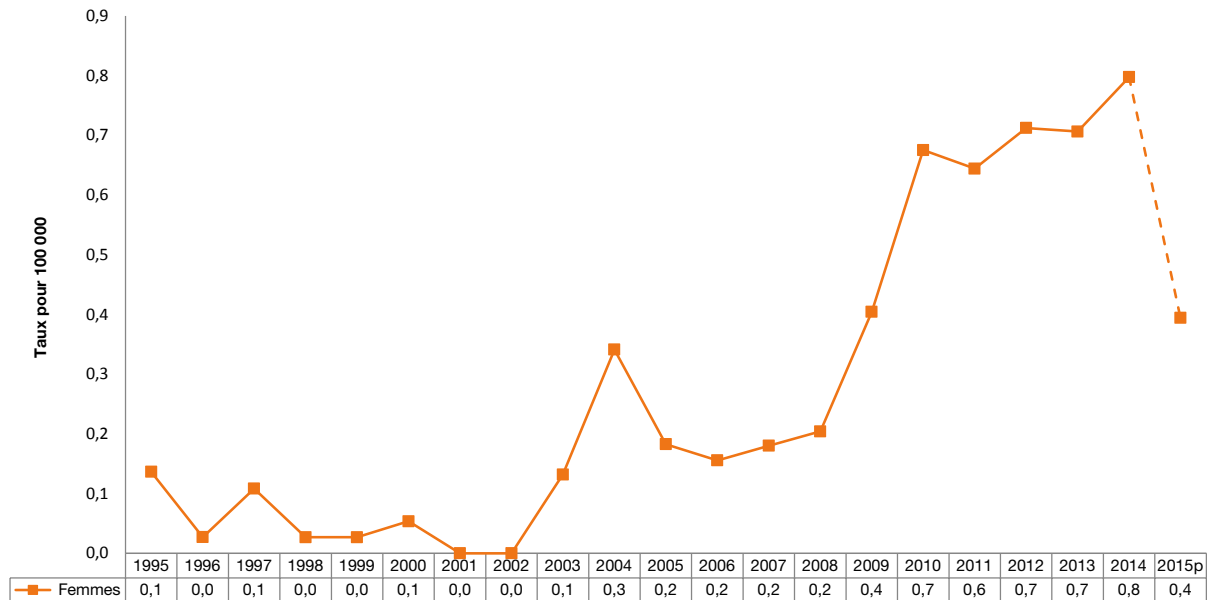


Notes : Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (1995 à 2014) et le 15 octobre 2015 (projections 2015).

Figure 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1995 à 2015p

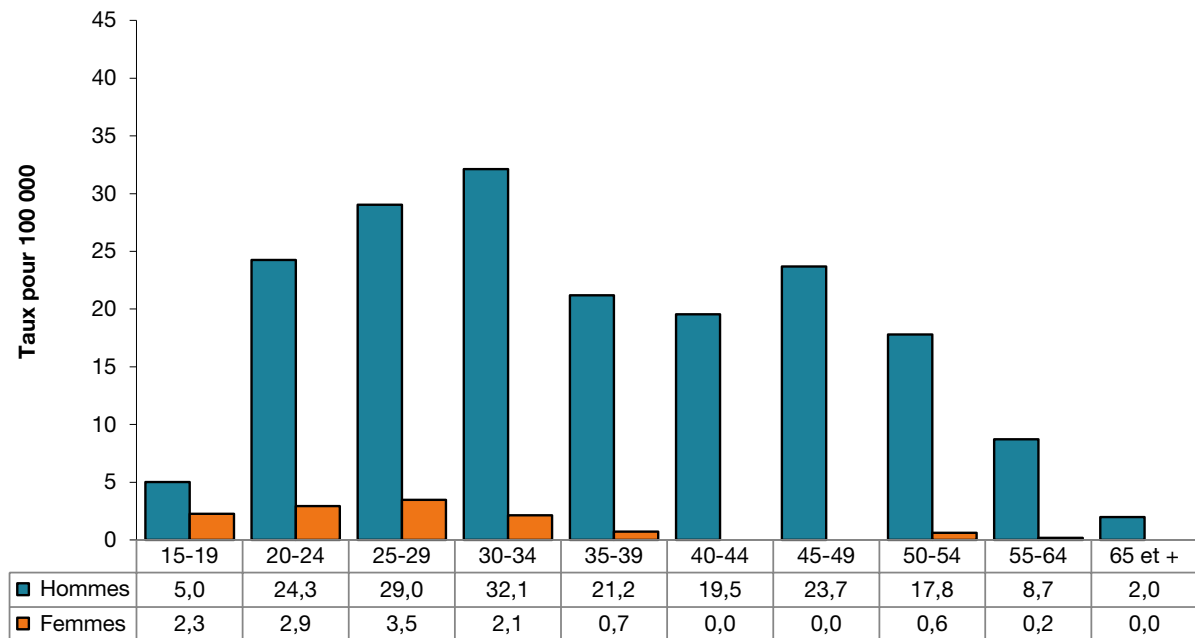


Notes : Comprends tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (1995 à 2014) et le 15 octobre 2015 (projections 2015).

Figure 11 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014

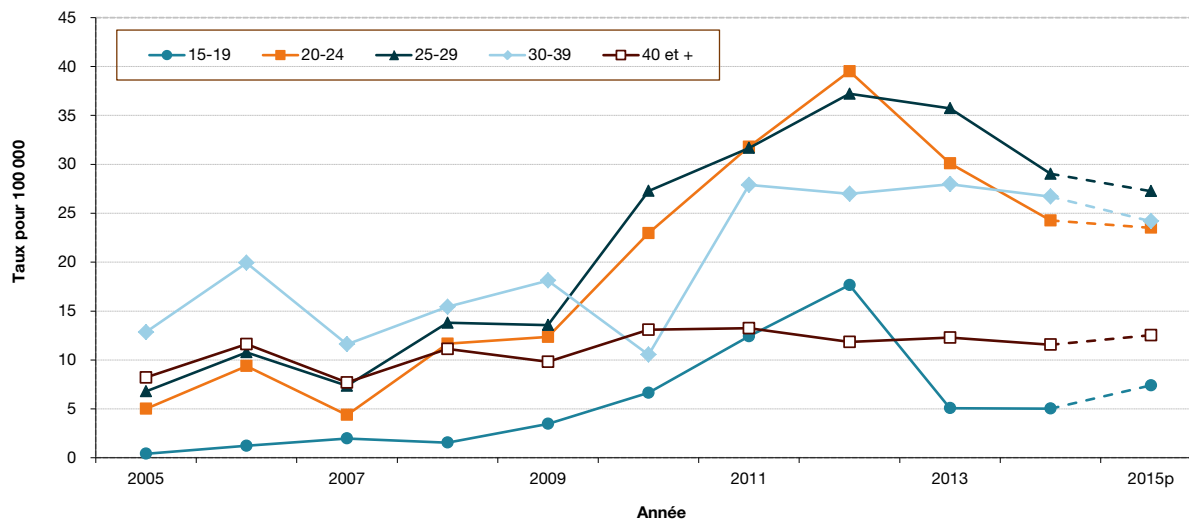


Notes : Comprends tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Taux exprimé pour 100 000 personnes.

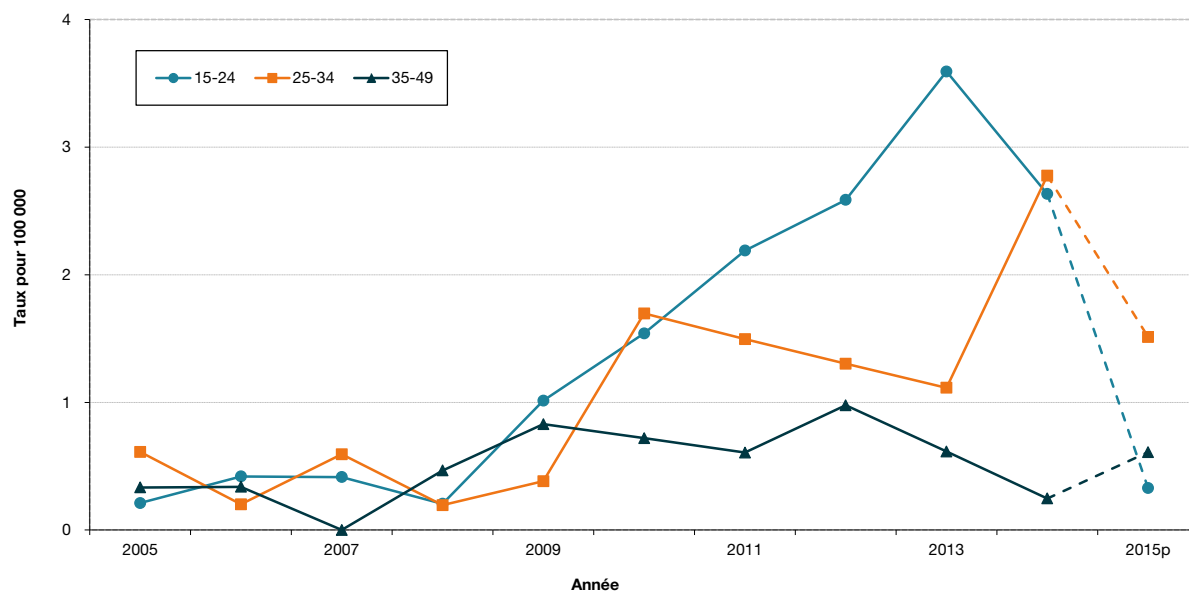
Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015.

Figure 12 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2005 à 2015p



Notes : Comprends tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an). Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015). Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2005 à 2014) et le 15 octobre 2015 (projections 2015).

Figure 13 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2005 à 2015p



Notes : Comprends tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an). Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015). Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2005 à 2014) et le 15 octobre 2015 (projections 2015).

Tableau 6 Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p

Région	2010		2011		2012		2013		2014		Moyenne 2010-2014		2015p ^a		Variation 2014-2010			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	5	2,5	2	1,0	5	2,5	4	2,0	4	1,8	5	2,5	2	ND	1,0	ND
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3	1,1	2	0,7	6	2,2	7	2,5	3	1,1	4	1,5	8	3,0	0	ND	0,0	ND
Capitale-Nationale	58	8,3	65	9,1	62	8,6	54	7,4	69	9,4	62	8,6	87	11,8	11	19,0	1,2	14,2
Mauricie et Centre-du-Québec	12	2,4	15	3,0	28	5,6	10	2,0	14	2,8	16	3,1	8	1,6	2	16,7	0,4	14,6
Estrie	18	5,8	12	3,8	24	7,6	11	3,5	19	5,9	17	5,3	20	6,1	1	ND	0,1	ND
Montréal	339	17,8	406	21,2	371	19,1	400	20,4	337	17,0	371	19,1	291	14,6	-3	-0,7	-0,8	-4,5
Outaouais	6	1,6	13	3,5	6	1,6	13	3,4	15	3,9	11	2,8	12	3,0	9	150,0	2,3	138,7
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	5	3,4	7	4,7	10	6,7	4	3,0	2	1,1	10	0,0	6,7	ND
Côte-Nord	2	2,1	2	2,1	0	0,0	1	1,0	1	1,0	1	1,3	0	0,0	-1	ND	-1,0	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	11	11,6	1	1,1	3	3,2	0	0,0	0	0,0	3	3,2	2	1,8	-11	ND	-11,6	ND
Chaudière-Appalaches	9	2,2	12	2,9	13	3,1	12	2,9	14	3,3	12	2,9	10	2,3	5	55,6	1,1	51,8
Laval	15	3,8	18	4,4	17	4,1	9	2,2	10	2,2	14	3,3	18	4,2	-6	-36,7	-1,5	-40,2
Lanaudière	16	3,4	18	3,8	22	4,6	25	5,1	24	4,8	21	4,3	28	5,6	8	50,0	1,4	42,1
Laurentides	11	2,0	18	3,2	32	5,6	25	4,3	17	2,9	21	3,6	20	3,3	6	54,5	0,9	46,7
Montérégie	46	3,2	59	4,0	85	5,7	51	3,4	50	3,3	58	3,9	61	4,0	4	8,7	0,1	4,3
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	23,4	0	0,0	1	4,8	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	548	6,9	646	8,1	676	8,4	634	7,8	586	7,1	618	7,6	571	6,9	38	6,9	0,2	3,1

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

^a Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

5.6 Commentaires

Au Québec, la syphilis continue d'affecter principalement les hommes, qui représentent 94 % des cas et selon les informations colligées notamment auprès des jeunes en 2012-2013, il s'agit principalement d'HARSAH.

Toutefois, plusieurs HARSAH, surtout chez les jeunes de 15 à 19 ans, ont aussi des relations sexuelles avec des femmes. Il est donc prévisible que des cas féminins continuent de survenir.

L'augmentation des cas déclarés de syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans, commencée entre 2008 et 2009, semble avoir atteint son point culminant en 2012.

Une compilation à l'échelle provinciale des renseignements recueillis lors des enquêtes afin de mieux comprendre la situation et intervenir de façon appropriée, une mobilisation de l'ensemble du réseau de santé par des alertes à la vigilance, une intensification des interventions préventives auprès des personnes infectées et auprès de leurs partenaires ainsi que la collaboration des cliniciens de première ligne sont tous des éléments qui ont pu contribuer à inverser la tendance.

Le potentiel de propagation est toutefois bien présent, notamment chez les jeunes puisque la vigie intensifiée a mis en évidence que 52 % des cas masculins et 28 % des cas féminins rapportent avoir eu de multiples partenaires et que 12 % des cas masculins ont un lien avec la prostitution³². L'analyse des lieux de rencontres et l'analyse des réseaux sexuels confirment le potentiel de propagation.

Selon les informations recueillies à Montréal, les caractéristiques des HARSAH pour lesquels une syphilis infectieuse a été déclarée n'ont pas changé au cours des dernières années sauf qu'en 2014 : 1) la proportion d'HARSAH âgés de moins de 30 ans était plus faible que celle observée au cours des trois années précédentes et 2) la proportion d'HARSAH indiquant une origine ethnoculturelle autre que canadienne était plus élevée. Cette dernière observation est à suivre, elle pourrait refléter l'accroissement de la syphilis dans une sous-population; par ailleurs, elle rappelle l'importance d'offrir des services et des interventions adaptés aux personnes d'une origine ethnoculturelle autre que canadienne.

Le dépistage fréquent de la syphilis (annuellement et aux 3 à 6 mois si les comportements sexuels à risque sont constants) est recommandé chez les HARSAH et leurs partenaires sexuels. Malgré tout, la notification d'une exposition demeure pertinente afin d'interrompre plus rapidement la chaîne de transmission.

Les femmes qui n'ont pas de facteur de risque et qui ne connaissent pas les facteurs de risque de leurs partenaires sexuels ne sont pas rejointes par le dépistage ciblé de la syphilis. Il importe d'autant plus qu'elles soient avisées rapidement d'une possible exposition et qu'elles reçoivent précocement un traitement approprié le cas échéant.

³² Avoir donné ou reçu de l'argent, de la drogue ou d'autres biens en échange de relations sexuelles.

L'intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels (IPPAP) est une stratégie démontrée efficace pour le contrôle de la syphilis infectieuse^{33, 34, 35}. Il est ainsi attendu que les cliniciens qui détectent et traitent ces cas discutent avec leurs patients de l'importance d'aviser leurs partenaires afin qu'ils soient dépistés et traités et qu'ils les soutiennent dans cette démarche. Une intervention plus intense et soutenue par un professionnel spécifiquement formé à cet effet a démontré une efficacité additionnelle et c'est pourquoi les professionnels de santé publique offrent généralement un soutien pour cette intervention. La collaboration entre les cliniciens de première ligne et les professionnels de santé publique est une condition essentielle à la lutte contre la syphilis. Toutefois, la fréquence de cas avec partenaires anonymes (42 % parmi les cas masculins chez les 15-24) est l'une des limites importantes de cette intervention.

-
- ³³ Centers for Disease, C. and Prevention (2008) Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. *MMWR Recomm Rep*, 57(RR-9), 1-83; quiz CE1-4.
- ³⁴ Golden, M.R., E. Fazelid et N. Low. *Partner Notification for Sexually Transmitted Infections Including HIV Infection : An Evidence Based Assessment, Sexually Transmitted Diseases*, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, Chap. 54, p. 965-984.
- ³⁵ Hogben, M., Paffel, J., Broussard, D., et collab. (2005) Syphilis partner notification with men who have sex with men: a review and commentary. *Sex Transm Dis*, 32(10 Suppl), S43-7.

6 Lymphogranulomatose vénérienne : recrudescence depuis 2013, accélération de la progression en 2015

Endémique dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) a causé des éclosions dans plusieurs pays d'Europe, aux États-Unis et au Canada au début des années 2000. La LGV était très rare au Québec jusqu'à la survenue d'une éclosion en 2005 et 2006. Entre 2007 et 2012, le nombre de cas a fluctué entre 2 et 13 cas par année, témoignant probablement d'une transmission locale limitée. Une recrudescence est observée depuis l'été 2013. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2014

- On recense 61 cas masculins en 2014, cela équivaut à un taux de 1,5 cas pour 100 000 hommes. Un cas féminin a aussi été déclaré en 2014. Il s'agit d'une femme âgée entre 15 et 24 ans.
- La répartition selon le groupe d'âge parmi les cas masculins est la suivante : 2 cas (3 %) ont entre 15 et 24 ans, 20 (33 %) entre 25 et 34 ans, 17 (29 %) entre 35 et 44 ans et 22 (36 %) ont 45 ans ou plus.
- Tous les cas masculins sont des HARSAH ayant eu exclusivement des partenaires masculins sauf un homme qui rapporte des relations sexuelles avec des hommes et des femmes.
- Parmi les cas déclarés en 2014, 55/62 soit 89 % ont été enregistrés dans la région de Montréal et les sept autres l'ont été dans les régions de la Capitale-Nationale (2 cas), de l'Estrie (1 cas), de Chaudière-Appalaches (1 cas), des Laurentides (2 cas) et de la Montérégie (1 cas).

6.2 Tendances

Au Québec, un total de 10 cas de lymphogranulomatose vénérienne a été déclaré entre 1990 et 2004; 25 cas l'ont été en 2005 et 44 en 2006. Entre 2008 et 2012, une période d'accalmie a été observée, le nombre de cas fluctuant entre 2 (2009) et 13 (2011) par année, pour une moyenne de 9 cas annuellement. À partir du printemps 2013, le nombre de cas déclarés augmente, atteignant un total de 49 pour l'ensemble de l'année 2013. En 2014, un nombre record de 62 cas a été observé au Québec. Selon les projections, le nombre de cas déclaré en 2015 sera près du double de celui de 2014 (115 vs 62).

6.3 Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 2014

- Entre 2005 et la fin 2014, 238 cas de LGV ont été déclarés.
- À l'exception d'un cas féminin en 2008, un en 2012 et un en 2014, tous les cas enregistrés au fichier MAD0 sont des hommes.
- Les hommes de 45 ans et plus comptent pour 36 % des cas, ceux de 35 à 44 ans pour 31 % des cas, ceux de 25 à 34 ans pour 26 % des cas, et enfin ceux de 15 à 24 ans pour 8 %.

- La région de Montréal regroupe 85 % des cas déclarés entre 2005 et 2014. Au cours de cette période, dix autres régions ont déclaré entre un et six cas chacune (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie).
- La presque totalité (99 %) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.

6.4 Vigie rehaussée des cas de 2013-2014

En 2013 et 2014, 49 et 61 cas masculins ont respectivement été déclarés. Une analyse a été réalisée à partir des formulaires d'enquête reçus pour ces cas : 49 questionnaires en 2013 (100 %) et 55 en 2014 (90 %), pour un total de 104 questionnaires analysés³⁶. La moyenne d'âge est de 40,6 ans avec une étendue de 19 à 67 ans³⁷.

Les proportions présentées ont été établies à partir des cas pour lesquels une information valide était disponible, le dénominateur varie donc pour chaque variable :

- 91 % rapportaient des symptômes associés à la LGV; dans la majorité des cas (84 %), il s'agissait de symptômes de rectite, associés ou non à d'autres signes ou symptômes associés à la LGV (lymphadénopathie, ulcérations);
- 97 % avaient des relations exclusivement avec des hommes (94/97); 2 cas avaient des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, et 1 cas avait exclusivement des partenaires de sexe féminin;
- 96 % des cas rapportaient un antécédent d'ITSS, parmi ceux-ci :
 - 91 % rapportaient une infection par le VIH;
 - les autres infections le plus souvent rapportées étaient la syphilis (78 %), l'infection à *Chlamydia trachomatis* (77 %) et l'infection gonococcique (68 %);
 - 20 % rapportaient une infection par le VHC. À noter que cette information n'était disponible que pour un petit nombre des cas.

Par ailleurs :

- La majorité des cas (73/88 soit 83 %) a été détectée dans un contexte de consultation pour symptômes; selon les informations disponibles, seulement 3 cas auraient été détectés parce qu'ils étaient des contacts de cas connus de LGV et 6 autres dans un contexte de dépistage (dépistage d'infection rectale à *Chlamydia trachomatis*).
- Une exposition potentielle hors Québec³⁸ est mentionnée pour 15 % des cas (12/79).
- Le quart des cas (24 %) ont rapporté avoir eu quatre partenaires ou plus dans les deux derniers mois, et cette proportion était de 69 % pour la dernière année.
- Les contextes de rencontre les plus souvent mentionnés sont internet (61 %), les saunas (52 %) et les clubs/bars (17 %).

³⁶ Fiset, M. Bureau de surveillance et de vigie, Direction de la protection de la santé publique, MSSSS. Communication personnelle octobre 2015.

³⁷ Calculs effectués sur tous les cas déclarés puisque cette information est disponible au fichier des MAD0.

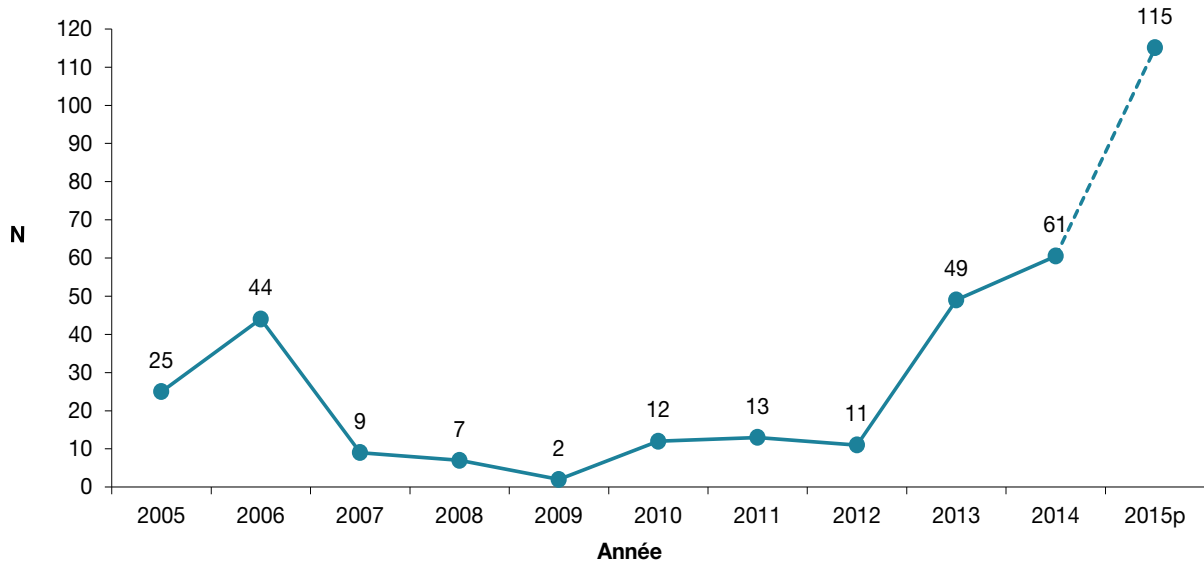
³⁸ Histoire de relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec.

- Le travail du sexe ou le fait d’avoir été client est rapporté pour 8 cas.
- La consommation de drogues est rapportée pour près de la moitié des cas (46 %); les drogues les plus souvent rapportées sont l’ecstasy, le hasch/pot, la méthamphétamine en cristaux (« crystal meth »), les « poppers » et la cocaïne.
- Au moins sept cas ont eu plus d’un épisode déclaré; les analyses ne sont pas complétées pour l’ensemble de l’année 2014.

En comparaison avec les caractéristiques des cas déclarés entre 2007 et 2012 (période d’accalmie), les cas déclarés depuis 2013 (période de résurgence) présentent les caractéristiques suivantes :

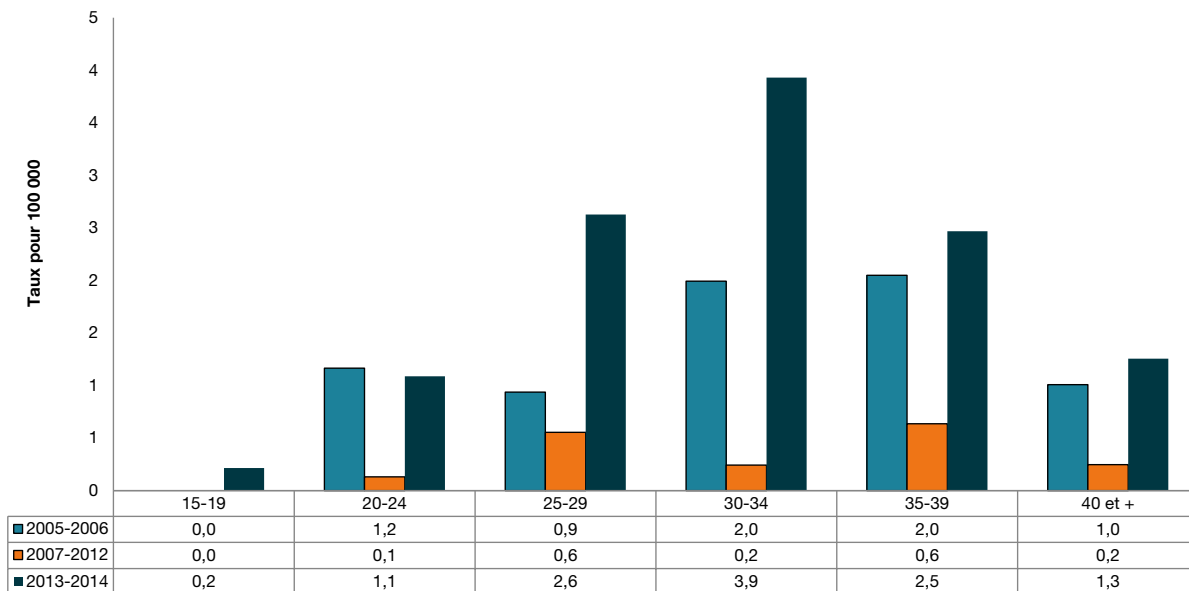
- Une exposition potentielle hors Québec est mentionnée moins fréquemment (15 % en 2013-2014 vs 41 % en 2007-2012); cette différence est surtout observée pour les cas résidant à Montréal.
- L’infection par le VIH est plus souvent rapportée (91 % en 2013-2014 vs 60 % en 2007-2012).

Figure 14 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2015p



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

Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2014



Note : Taux exprimé pour 100 000 hommes-années.

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

Tableau 7 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p

Région	2010		2011		2012		2013		2014		Moyenne 2010-2014		2015p ^a		Variation 2014-2010			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Capitale-Nationale	0	0,0	2	0,3	0	0,0	1	0,1	2	0,3	1	0,1	0	0,0	2	ND	0,3	ND
Mauricie et Centre-du-Québec	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-1	0,0	-0,2	0,0
Estrie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	0	0,1	0	0,0	1	0,0	0,3	0,0
Montréal	9	0,5	9	0,5	10	0,5	43	2,2	55	2,8	25	1,3	100	5,0	46	505,6	2,3	482,8
Outaouais	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,1	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Chaudière-Appalaches	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,1	2	0,4	1	0,0	0,2	0,0
Laval	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-1	0,0	-0,3	0,0
Lanaudière	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,1	2	0,3	-1	0,0	-0,2	0,0
Laurentides	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,3	1	0,1	2	0,3	2	0,0	0,3	0,0
Montérégie	0	0,0	2	0,1	0	0,0	1	0,1	1	0,1	1	0,1	10	0,6	1	ND	0,1	ND
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	12	0,2	13	0,2	12	0,1	49	0,6	62	0,7	30	0,4	115	1,4	50	412,5	0,6	394,1

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

^a Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

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

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

6.5 Commentaires

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

Plusieurs caractéristiques des cas de LGV sont à considérer dans l'analyse de cette résurgence : la forte proportion de PVVIH, de cas avec plus d'un épisode (qui peuvent être des réinfections ou moins vraisemblablement des échecs au traitement), la fréquentation d'internet ou de saunas et la fréquence de multiples partenaires. Ces informations peuvent soulever l'hypothèse que cette infection touche une sous-population d'HARSAH particulièrement exposée aux ITSS.

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

7 Hépatite B : miser sur la vaccination

Les cas déclarés d'hépatite B comprennent les cas aigus et chroniques ainsi que les cas dont le stade n'a pu être précisé. L'incidence annuelle de cas déclarés a diminué de 57 % depuis l'introduction du programme de vaccination en milieu scolaire en 1994.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2014

- Les 931 cas d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) déclarés correspondent à un taux de 11,3 pour 100 000 personnes (13,2 pour 100 000 chez les hommes et 9,5 pour 100 000 chez les femmes).
- Plus précisément, 19 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,2 pour 100 000 personnes), soit 17 hommes et 2 femmes. Tous les cas sont âgés de 30 ans ou plus sauf deux cas masculins âgés entre 25 et 29 ans.
- On compte 913 cas d'hépatite B chronique ou sans précision, soit 522 hommes et 389 femmes (un cas de sexe inconnu).
- Parmi les cas masculins d'hépatite chronique ou sans précision, les taux les plus élevés se trouvent chez les hommes âgés de 30 à 45 ans (30,5 pour 100 000) qui comptent pour 50 % des cas masculins. Des taux plus faibles se retrouvent chez les hommes de 25 à 29 ans (16,9 pour 100 000), et de 45 ans ou plus (9,5 pour 100 000); les jeunes de 15 à 24 ans ont le taux le plus faible (7,3 pour 100 000).
- Parmi les cas féminins d'hépatite B chronique ou sans précision, les taux les plus élevés se trouvent chez les femmes âgées de 25 à 34 ans (30,6 pour 100 000) qui comptent pour 42 % des cas féminins. Les femmes de 35 à 44 ans suivent (13,9 pour 100 000). Des taux plus faibles se retrouvent chez les femmes de 15 à 24 ans (7,3 pour 100 000) et celles de 45 ans ou plus (5,6 pour 100 000).
- La région de Montréal enregistre le taux le plus élevé de cas déclarés d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé), soit 28,6 pour 100 000 personnes (566 cas). Elle est suivie des régions de l'Outaouais (11,2 pour 100 000 personnes, avec 43 cas), de Laval (10,9 pour 100 000 personnes, avec 46 cas), et de l'Estrie (9,7 pour 100 000, avec 31 cas). Les autres régions ont des taux d'incidence qui varient de 0 pour 100 000 personnes (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James) à 7,7 pour 100 000 (Capitale-Nationale avec 56 cas).

7.2 Tendances

- Tous stades confondus (aigu, chronique ou non précisé), le taux d'incidence des cas déclarés a diminué de 58 % entre 1994 et 2011 selon un rythme de diminution lent, mais constant. Depuis 2011, les taux sont plutôt stables. Ces constats sont comparables chez les hommes et les femmes. Selon les projections pour l'année 2015, les taux chez les hommes et les femmes seront très légèrement inférieurs à ceux de 2014.
- Le nombre de cas d'hépatite B **aiguë** est passé de 462 cas en 1992 à 19 cas en 2014. Cette situation est associée à l'implantation, en 1994, du programme universel de vaccination en 4^e année du primaire ainsi qu'à l'accès à la vaccination gratuite pour les groupes à risque. Entre 1995 et 1999 (soit la période des cinq premières années suivant l'introduction du programme en

milieu scolaire), l'incidence de l'hépatite B aiguë a diminué de 40 %, puis elle a diminué de 75 % entre 2000 et 2008. Au cours des cinq dernières années (2010-2014), l'incidence de l'hépatite B aiguë oscille entre 0,2 (2013 et 2014) et 0,4 (2012). Entre 18 cas (en 2013) et 30 cas (en 2010) ont été déclarés par année au cours de cette période pour une moyenne annuelle de 22 cas.

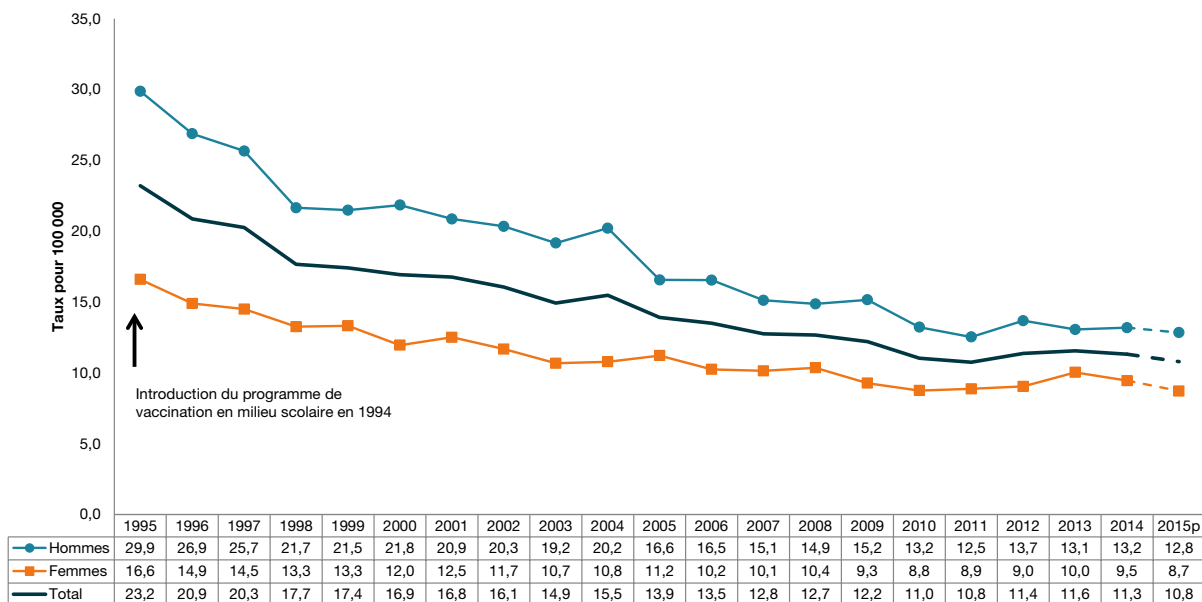
7.3 Hépatite B néonatale ou chez des enfants de 1 an ou moins

Aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré en 2014 chez des enfants de moins de 1 an, le dernier cas ayant été enregistré au fichier des MADO en 2009.

Pour ce qui est des hépatites B chroniques et sans précision, aucun cas n'a été déclaré chez des enfants de moins de 1 an en 2014; on en compte 3 entre 2009 et 2013.

Quelques cas d'hépatite B chronique ou sans précision ont été déclarés chez des enfants de 1 à 14 ans entre 2010 et 2013, soit une moyenne de 13 cas par année.

Figure 16 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1995 à 2015p

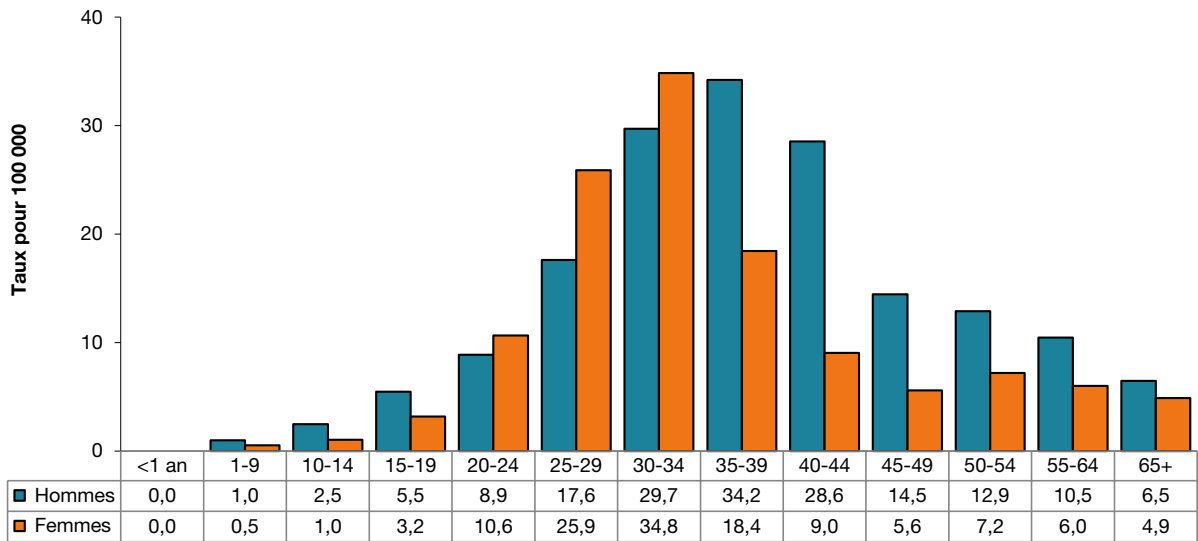


Note : Comprends tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (1995 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

Figure 17 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014

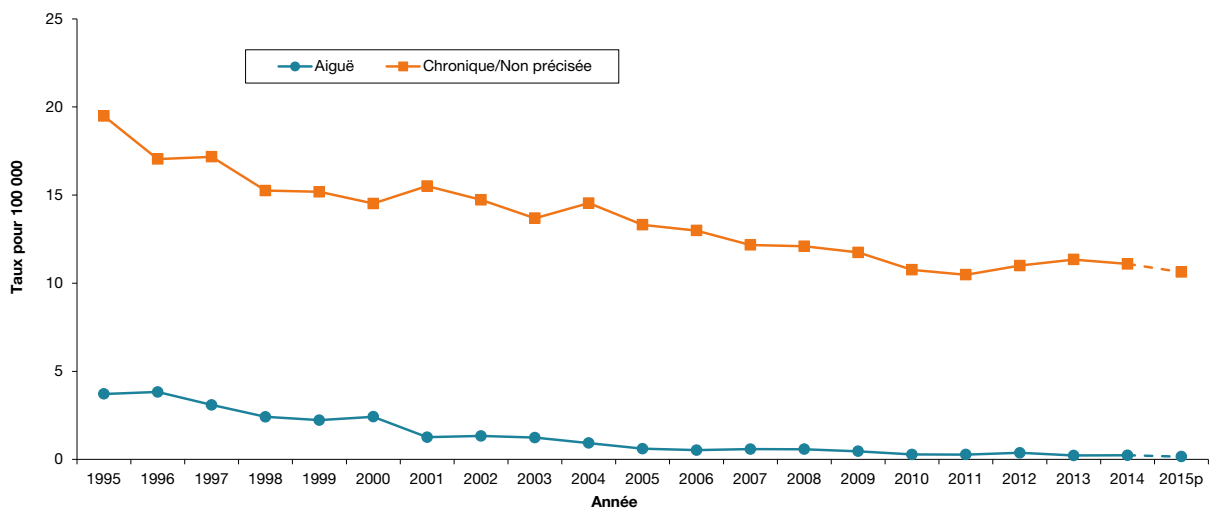


Note : Comprends tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015.

Figure 18 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1995 à 2015p



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

Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (2005 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

Tableau 8 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p

Région	2010		2011		2012		2013		2014		Moyenne 2010-2014		2015p ^a		Variation 2014-2010			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	7	3,5	2	1,0	4	2,0	9	4,5	7	3,5	6	2,9	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Saguenay-Lac-Saint-Jean	11	4,0	6	2,2	14	5,0	3	1,1	8	2,9	8	3,0	16	5,9	-3	-27,3	-1,1	-27,8
Capitale-Nationale	50	7,1	30	4,2	66	9,2	64	8,8	56	7,7	53	7,3	66	8,9	6	12,0	0,5	7,5
Mauricie et Centre-du-Québec	19	3,8	12	2,4	22	4,4	15	3,0	17	3,3	17	3,4	25	4,8	-2	-10,5	-0,5	-12,1
Estrie	34	10,9	39	12,4	27	8,5	38	11,9	31	9,7	34	10,6	38	11,7	-3	-8,8	-1,3	-11,6
Montréal	541	28,4	524	27,4	512	26,4	551	28,1	566	28,6	539	27,5	528	26,5	25	4,6	0,2	0,7
Outaouais	40	10,9	33	8,8	46	12,2	47	12,3	43	11,2	42	11,0	26	6,8	3	7,5	0,3	2,6
Abitibi-Témiscamingue	7	4,8	6	4,1	6	4,1	7	4,7	6	4,0	6	4,3	7	4,4	-1	-14,3	-0,7	-15,5
Côte-Nord	0	0,0	2	2,1	2	2,1	2	2,1	3	3,1	2	1,9	0	0,0	3	ND	3,1	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	3	21,0	1	7,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3	3,2	3	3,2	1	1,1	1	1,1	2	2,1	2	2,1	2	1,8	-1	-33,3	-1,0	-32,2
Chaudière-Appalaches	5	1,2	6	1,4	6	1,4	11	2,6	12	2,9	8	1,9	8	1,9	7	140,0	1,6	134,2
Laval	43	10,8	50	12,3	43	10,4	46	11,0	46	10,9	46	10,9	41	9,6	3	7,0	0,1	0,9
Lanaudière	13	2,8	18	3,8	15	3,1	19	3,9	17	3,4	16	3,4	15	2,9	4	30,8	0,7	23,9
Laurentides	22	3,9	24	4,2	24	4,2	19	3,3	15	2,6	21	3,6	8	1,4	-7	-31,8	-1,4	-35,3
Montérégie	79	5,4	101	6,9	127	8,6	109	7,3	102	6,7	104	6,9	113	7,4	23	29,1	1,3	23,9
Nunavik	0	0,0	3	24,6	1	8,0	1	7,9	0	0,0	1	7,9	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	6,3	2	12,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,5	2	9,3	-1	100,0	-6,3	100,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	875	11,0	861	10,8	919	11,4	943	11,6	931	11,3	906	11,1	894	10,8	56	6,4	0,3	2,6

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

^a Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

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

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

7.4 Commentaires

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

7.4.1 L'IMPACT DE L'IMMUNISATION

L'offre d'un vaccin efficace contre l'hépatite B en milieu scolaire et la vaccination des personnes à risque ont eu une influence majeure sur la prévention de cette infection. Entre 1995 et 2010, la proportion annuelle des élèves de 4^e année ayant reçu le vaccin contre l'hépatite B varie entre 82 % et 91 % (Source: Portail Infocentre, Élèves ayant reçu les vaccins contre le VPH et le VHB, Québec). Toutefois, une diminution de cette proportion a été observée entre 2004 et 2009 avec une stabilisation par la suite. Elle est de 86 % en 2003-2014 alors que l'objectif visé est de 90 %, objectif qui était atteint au début des années 2000.

Dans le contexte où une très forte proportion d'une cohorte populationnelle exposée au programme de vaccination scolaire implanté en 1994 a pu recevoir un vaccin très efficace, et ce à long terme, il est attendu de constater une diminution des cas, notamment des cas aigus. Ainsi, seulement 3 cas d'hépatite B aiguë (un en 2010 et 2 en 2014) ont été déclarés parmi les personnes ayant pu être exposées au programme scolaire.

De plus, le MSSS a instauré en 2013 un programme de vaccination des nouveau-nés contre l'hépatite B, ce qui devrait augmenter dans le futur la proportion des personnes protégées contre cette infection.

Malgré tout, il y a encore un grand bassin de personnes susceptibles à l'infection puisque ce ne sont pas 100 % des personnes de la cohorte ciblée qui sont vaccinées, et que les personnes nées avant 1985 n'ont pas été exposées au programme de vaccination en milieu scolaire. Le vaccin a été et continue d'être offert gratuitement aux personnes à risque, mais il est certain qu'une proportion (non documentée) de la population est susceptible de contracter cette infection.

La survenue d'éclosions d'hépatite B demeure donc possible. Ainsi, une éclosion d'hépatite B aiguë a été observée dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2011-2012. Elle rappelle l'importance d'offrir systématiquement la vaccination contre l'hépatite B aux personnes pour lesquelles ce vaccin est indiqué, notamment les HARSAH, les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, les personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement et leurs partenaires sexuels, les utilisateurs de drogues par injection et les utilisateurs de drogues dures par inhalation qui partagent leur matériel de consommation³⁹.

Perspectives de prévention

La stabilité des taux des dernières années soulève la possibilité de préciser des objectifs de réduction d'incidence et d'identifier comment y arriver. Doit-on viser le maintien d'une faible incidence ou peut-on la réduire encore ? Le manque d'information sur les caractéristiques des cas déclarés et sur l'application des mesures préventives recommandées limite notre capacité de répondre à cette question.

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

- Il est possible que plusieurs cas (chronique ou sans précisions) soient reliés à une acquisition antérieure à leur arrivée au Québec chez des personnes originaires de pays endémiques pour l'hépatite B. Il est aussi possible que, dans le contexte d'augmentation de l'immigration, cette catégorie concerne une proportion de plus en plus grande de cas. Aucune information n'est disponible sur la proportion de cette catégorie d'exposition parmi les cas déclarés. La prévention consiste à s'assurer que les partenaires sexuels de porteurs d'hépatite B et les personnes qui vivent avec elles sont immunisées (indications du Protocole d'immunisation du Québec). Aucune information n'est disponible sur l'application de cette mesure de prévention.
- L'hépatite B se transmet par voie sexuelle ou sanguine, donc les personnes atteintes d'hépatite B peuvent l'avoir acquise à la suite de comportements sexuels à risque ou de comportements favorisant une exposition sanguine (p. ex. : partage de matériel d'injection, exposition sanguine dans le cadre de soins de santé surtout dans les pays où la prévalence est très élevée et les conditions de stérilisation non optimales). Aucune information n'est disponible sur la proportion de ces catégories d'exposition parmi les cas déclarés. La prévention ici serait de s'assurer que les personnes ayant des comportements à risque soient vaccinées. Nous n'avons pas trouvé d'information sur la couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les UDI ou chez les personnes avec comportements sexuels à risque.

Le virus de l'hépatite B est encore présent au Québec, ce qui justifie de continuer les efforts pour maintenir ou augmenter la couverture vaccinale du programme de vaccination en milieu scolaire et pour continuer de promouvoir la vaccination auprès des personnes à risque⁴⁰.

L'optimisation de la couverture vaccinale en milieu scolaire et l'application de la vaccination des nouveau-nés sont des mesures qui contribuent à réduire le nombre de personnes susceptibles et sont démontrées efficaces pour prévenir l'infection.

En absence de renseignements sur les catégories d'exposition des cas déclarés et sur l'application des mesures de prévention appropriées, il est difficile de savoir si des efforts additionnels devraient être consentis, et si oui, lesquels.

⁴⁰ Pour connaître les indications de vaccination ainsi que les informations sur les clientèles pouvant bénéficier de la vaccination gratuite, se référer au Protocole d'immunisation du Québec.

8 Hépatite C : encore 1 100 cas par année – améliorer l'accès au traitement pour prévenir les complications hépatiques

Depuis 1990, près de 40 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec. Au cours de la dernière décennie, le taux d'incidence de cas déclarés a diminué constamment soit de 56 % entre 2005 et 2014. Le nombre annuel de cas confirmés d'hépatite C aiguë est très faible avec un maximum de 31 cas déclarés en 2014; compte tenu de la complexité de la confirmation d'un cas aigu, ce nombre sous-estime la réalité. L'hépatite est particulièrement fréquente parmi les usagers de drogues par injection.

8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2014

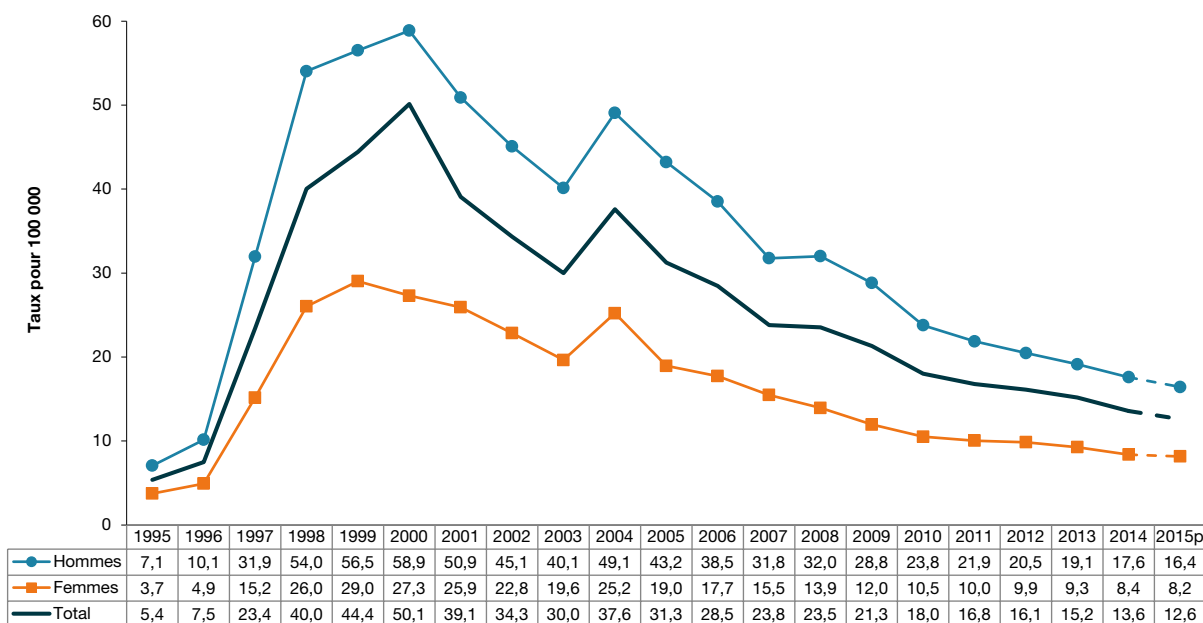
- En additionnant les cas de stade aigu et de stade non précisé, un total de 1 116 cas d'hépatite C ont été déclarés (taux de 13,6 pour 100 000 personnes).
- Les hommes représentent 64 % des cas déclarés.
- Parmi les cas masculins déclarés, on trouve 55 % d'hommes âgés de 45 à 64 ans, groupe d'âge pour lequel le taux est le plus élevé (les taux variant entre 32,1 et 34,5, pour 100 000 selon les groupes d'âge quinquennaux). Suivent les hommes de 25 à 44 ans qui constituent le tiers des cas déclarés chez les hommes (taux de 16,6 à 25,2 pour 100 000 selon les groupes d'âge quinquennaux).
- Parmi les cas féminins déclarés, les taux les plus élevés se trouvent chez celles âgées de 45 à 54 ans (14,6 pour 100 000) qui constituent 25 % des cas déclarés chez les femmes. Les femmes de plus de 24 ans des autres groupes d'âge (25-44 ans et 55 ans et plus) ont des taux qui varient entre 7,8 (65 ans et plus) et 11,0 (40-44 ans) selon les groupes d'âge quinquennaux.
- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le taux d'incidence est de 5,6 pour 100 000 chez les hommes et de 7,2 pour 100 000 chez les femmes; ces jeunes comptent pour 5,7 % des cas déclarés en 2014.
- La région de Montréal a enregistré 37 % (417) des cas de la province. Les taux les plus élevés s'observent dans les régions des Laurentides (23,1 pour 100 000) et de Montréal (21,1 pour 100 000 personnes). Trois autres régions ont des taux légèrement supérieurs au taux de la province, soit l'Estrie (16,9 pour 100 000), l'Abitibi-Témiscaminque (15,8 pour 100 000) et le Nord-du-Québec (14,1 pour 100 000, soit 2 cas). Les autres régions ont des taux inférieurs au taux établi pour la province.
- En ce qui concerne plus particulièrement les cas aigus :
 - 31 cas ont été déclarés en 2014 (23 hommes et 8 femmes), ce qui donne un taux de 0,4 pour 100 000 personnes;
 - parmi les cas déclarés chez les hommes, quatre étaient âgés entre 15 et 24 ans, 14 étaient âgés de 25 à 44 ans et six étaient âgés de 50 à 64 ans;
 - parmi les cas déclarés chez les femmes, trois étaient âgées de 15 à 24 ans et les cinq autres entre 25 et 44 ans;

- tous les cas masculins et six cas féminins ont été déclarés dans la région de Montréal, et deux cas féminins ont été déclarés en Estrie.

8.2 Tendances

- Au cours de la dernière décennie, le taux d'incidence des cas déclarés est passé de 31,3 pour 100 000 en 2005 à 13,6 pour 100 000 personnes en 2014, soit une diminution de 57 %.
- Pour la période de 2010 à 2014, la diminution s'établit à 24 %. Elle s'observe tant chez les femmes (- 20 %) que chez les hommes (- 26 %). Selon les projections pour l'année 2015, cette tendance se poursuit.
- Chaque année, quelques cas d'hépatite C aiguë sont déclarés au Québec, dont le nombre varie entre 20 cas en 2005 et 31 cas en 2014.

Figure 19 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1995 à 2015p

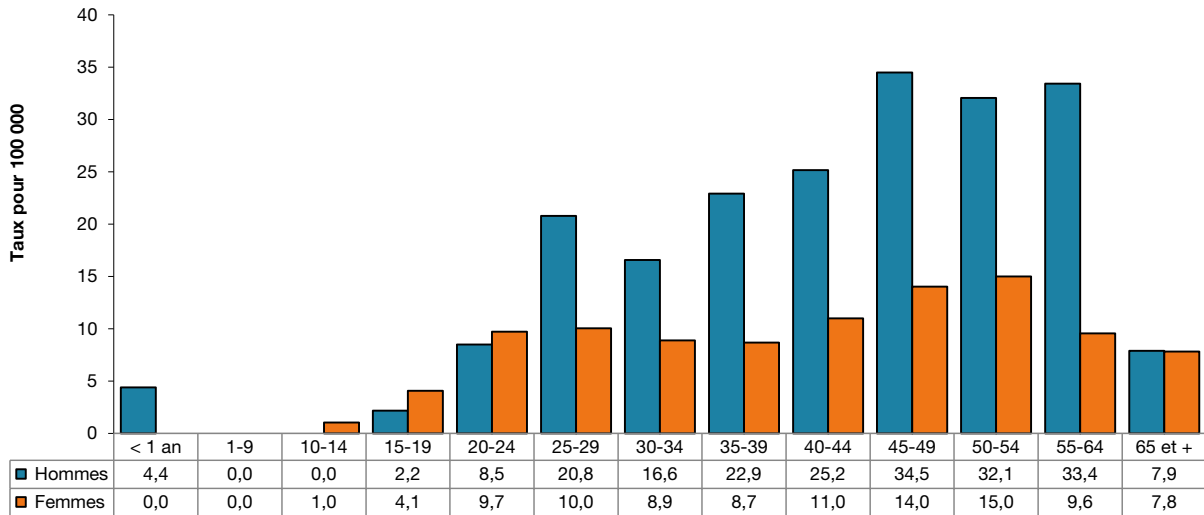


Note : Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015 (1995 à 2014) et le 24 septembre 2015 (projections 2015).

Figure 20 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2014

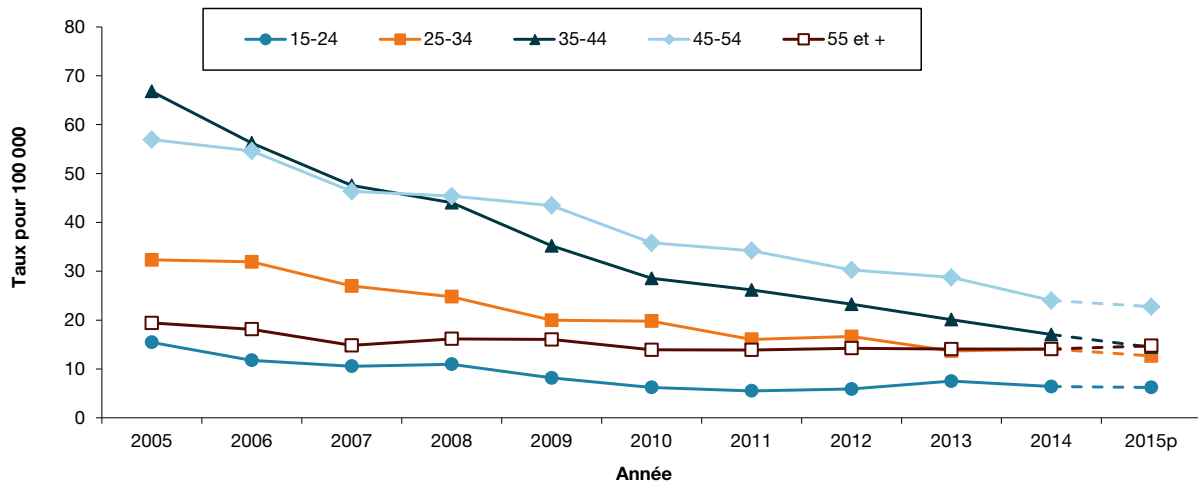


Note : Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2005 à 2015p



Note : Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2015, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

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

Tableau 9 Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2010 à 2015p

Région	2010		2011		2012		2013		2014		Moyenne 2010-2014		2015p ^a		Variation 2014-2010			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	20	9,9	17	8,4	10	5,0	13	6,5	6	3,0	13	6,6	10	4,9	-14	-70,0	-6,9	-70,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	17	6,2	24	8,7	26	9,4	21	7,6	19	6,6	21	7,7	26	9,4	2	8,8	0,5	8,0
Capitale-Nationale	100	14,2	114	16,0	127	17,7	96	13,2	87	11,8	105	14,5	89	12,1	-14	-13,5	-2,4	-16,9
Mauricie et Centre-du-Québec	66	13,2	58	11,6	73	14,5	74	14,6	51	9,9	64	12,7	64	12,6	-16	-23,5	-3,3	-24,8
Estrie	82	26,4	68	21,7	69	21,8	61	19,2	54	16,9	67	21,0	64	19,9	-28	-34,1	-9,5	-36,1
Montréal	592	31,1	498	26,0	488	25,2	468	23,9	417	21,1	493	25,2	362	18,2	-175	-29,6	-10,0	-32,2
Outaouais	72	19,6	87	23,3	71	18,8	63	16,5	49	12,7	68	17,9	72	18,6	-23	-31,9	-6,9	-35,0
Abitibi-Témiscamingue	23	15,7	42	28,6	27	18,3	15	10,1	24	15,8	26	17,7	21	14,4	1	2,2	0,1	0,7
Côte-Nord	7	7,3	9	9,4	11	11,5	7	7,3	9	9,4	9	9,0	12	12,1	2	28,6	2,1	28,6
Nord-du-Québec	0	0,0	3	21,0	5	34,9	5	35,1	2	14,1	3	21,1	3	23,3	2	ND	14,1	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	12	12,7	5	5,3	8	8,5	5	5,4	9	9,1	8	8,2	12	12,4	-4	-29,2	-3,5	-27,9
Chaudière-Appalaches	25	6,1	19	4,6	18	4,3	28	6,7	23	5,5	23	5,4	31	7,4	-2	-8,0	-0,6	-10,2
Laval	43	10,8	51	12,6	32	7,8	40	9,6	50	11,8	43	10,3	49	11,5	7	16,3	1,0	9,7
Lanaudière	42	8,9	38	8,0	39	8,1	34	7,0	58	11,7	42	8,6	46	9,2	16	38,1	2,8	30,8
Laurentides	159	28,5	164	28,9	162	28,2	175	30,1	136	23,1	159	27,4	74	12,4	-23	-14,5	-5,4	-18,8
Montréal	164	11,3	143	9,7	132	8,9	130	8,7	124	8,2	139	9,2	109	7,1	-41	-24,7	-3,1	-27,7
Nunavik	1	8,3	2	16,4	2	16,0	2	15,8	0	0,0	1	11,0	0	0,0	-1	ND	-8,3	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	4	25,1	2	12,1	2	11,9	1	5,9	1	5,8	2	11,7	2	9,3	-3	-75,0	-19,4	-77,1
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	1 429	18,0	1 344	16,8	1 302	16,1	1 238	15,2	1 116	13,6	1 286	15,8	1 046	12,6	-313	-21,9	-4,5	-24,7

Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

^a Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4 janvier au 15 août 2015).

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

8.3 Commentaires

Le nombre de cas déclarés a été très élevé dans les premières années suivant l'arrivée de tests de détection, années au cours desquelles l'hépatite C a pu être diagnostiquée chez les personnes anciennement infectées. La diminution de l'incidence des cas déclarés observée ensuite reflète probablement davantage la fin du rattrapage du diagnostic des cas anciennement infectés qu'une baisse de l'incidence de même ampleur.

Le nombre de cas déclarés d'hépatite C classifiés dans la catégorie des cas aigus reste largement en deçà de la réalité. La présentation clinique (les symptômes peuvent être discrets) et les tests de laboratoire effectués ne sont pas nécessairement spécifiques à l'infection aiguë. En outre, la définition nosologique actuellement en vigueur au Québec aux fins de surveillance contient un grand nombre de critères à respecter pour retenir le diagnostic d'hépatite C aiguë, ce qui assure une excellente spécificité, mais fait diminuer la capacité de distinguer les cas aigus.

Sans traitement, l'hépatite C évolue souvent vers une infection chronique qui peut persister toute la vie et mener à des complications comme une cirrhose ou une insuffisance hépatique. Des traitements de plus en plus efficaces permettent d'éradiquer l'infection. Toutefois, la personne ainsi « guérie » demeure susceptible à l'acquisition d'une nouvelle infection. Un défi de la vie et de la surveillance sera de s'assurer que les réinfections fassent l'objet d'une déclaration et de pouvoir se doter d'indicateurs permettant de suivre la proportion de nouvelles déclarations en lien avec des réinfections.

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

La sous-estimation du nombre réel de cas d'hépatite C aiguë, la fréquence chez les utilisateurs de drogues injectables (UDI) et le fardeau grandissant que représentent les soins de santé liés à l'hépatite C sont des enjeux reconnus.

D'autres enjeux sont de plus en plus préoccupants : la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les HARSAH qui sont aussi des PVVIH, la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les UDI.

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

Depuis 2002, le Programme de surveillance de l'infection par le VIH fournit des données sur la fréquence et les catégories d'exposition des cas confirmés d'infection par le VIH. Des rapports exhaustifs étant périodiquement diffusés à ce sujet, seuls les éléments principaux sont rapportés ici. Au total, 8 734 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés dans le cadre du programme entre avril 2002 et décembre 2014. Parmi ceux-ci, on compte 4 598 nouveaux diagnostics⁴¹, 3 742 anciens diagnostics et 394 cas qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

9.1 Caractéristiques des cas d'infection par le VIH enregistrés au cours de l'année 2014⁴²

- En 2014, 522 infections par le VIH ont été enregistrées : 278 nouveaux diagnostics, 228 anciens diagnostics et 16 cas pour lesquels on ne peut préciser s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau diagnostic.
- Les cas sans numéro d'assurance maladie (NAM) n'étaient pas comptabilisés dans le passé, ils le sont maintenant, et ce depuis avril 2012. En 2014, 65 cas (40 anciens diagnostics et 25 nouveaux diagnostics) sans NAM ont été déclarés et sont inclus dans les données
- Les hommes représentent 81,7 % des nouveaux diagnostics.
 - Parmi les « nouveaux diagnostics » chez les hommes (n = 227), 9,7 % ont entre 15 et 24 ans, 27,3 % ont entre 25 et 34 ans, 28,6 % ont entre 35 à 44 ans, 25,1 % ont entre 45 et 54 ans et 9,3 % ont 55 ans ou plus.
 - Quant aux nouveaux diagnostics chez les femmes (n = 51), 9,8 % ont entre 15 à 24 ans, 23,5 % ont entre 25 et 34 ans, 27,5 % ont entre 35 et 44 ans, 15,7 % ont entre 45 et 54 ans et 21,6 % ont 55 ans ou plus.
 - En 2014, l'âge médian des nouveaux diagnostics est de 41,0 ans chez les femmes et de 39,8 ans chez les hommes.
 - En 2014, pour l'ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s'établit à 3,4 cas pour 100 000 personnes. La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur (8,5 cas pour 100 000 personnes). Un taux de 8,2 cas pour 100 000 est observé au Nunavik; mais en fait, un seul cas a été rapporté dans cette région en 2014.

⁴¹ Nouveau diagnostic : aucun antécédent de test de dépistage ou tests antérieurs tous négatifs; ancien diagnostic : cas dont au moins un des tests antérieurs s'était révélé positif, mais qui n'avait pas été enregistré dans le cadre du programme, soit parce que le résultat était antérieur au début du programme, soit parce que les informations étaient insuffisantes pour permettre l'enregistrement.

⁴² Bitera, R. et collab., *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2014*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2015, 70 p. Données fournies avant publication par R. Bitera le 3 août 2014.

9.1.1 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS ENREGISTRÉS EN 2014

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2014 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont :

- les **HARSAH**, lesquels représentent 61,9 % de l'ensemble des cas de nouveaux diagnostics et 75,8 % des cas masculins (cette dernière proportion s'élevant à 78,0 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI);
- les **personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique**⁴³, lesquelles représentent 18,0 % de l'ensemble des cas de nouveaux diagnostics, soit 9,7 % des cas masculins et 54,9 % des cas féminins. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente chez les femmes. Un peu plus des deux tiers (68,5 %) des cas de nouveaux diagnostics sans NAM ayant été enregistrés en 2014 concernent des personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique (46,7 % des cas masculins de nouveaux diagnostics sans NAM et 100 % des cas féminins). L'inclusion des cas sans NAM augmente donc la proportion des cas associée à cette catégorie d'exposition;
- les **personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'autres pays où l'infection n'est pas fortement endémique**, lesquelles représentent 13,0 % des cas de nouveaux diagnostics (7,9 % des cas masculins et 35,3 % des cas féminins).

Cette catégorie inclut les personnes hétérosexuelles dont le partenaire présente un facteur de risque connu, les personnes ayant de multiples partenaires, des contacts avec des travailleuses ou des travailleurs du sexe, des antécédents d'ITSS, ayant séjourné dans des pays où l'infection par le VIH est fortement endémique et celles pour lesquelles il n'y a aucune précision sur les partenaires;

- les **UDI** (excluant les HARSAH qui sont aussi UDI), lesquels représentent 5,0 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2014 (4,4 % des cas masculins et 7,8 % des cas féminins). Chez les hommes, la proportion s'élève à 6,6 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI.

9.1.2 TRANSMISSION VERTICALE

Depuis avril 2002, un total de 38 nouveaux diagnostics de transmission mère-enfant ont été enregistrés dont 15 concernaient des enfants nés au Canada. Parmi ces derniers, 10 étaient nés de mères immigrantes d'un pays où l'infection par le VIH est fortement endémique.

⁴³ Pays qui affichent un taux important d'infection par le VIH et où le mode de transmission prédominant est le contact hétérosexuel.

9.2 Tendances

Les tendances doivent être interprétées avec prudence puisque le nombre de cas fluctue d'année en année. Les cas sans NAM sont enregistrés depuis avril 2012, mais ils n'étaient pas comptabilisés auparavant (113 cas en 2012, 98 en 2013 et 65 en 2014). Ce changement apporté au programme de surveillance doit être pris en considération lors de l'interprétation des tendances. Il est possible de dégager de l'analyse les constats suivants :

- entre 2005 et 2009, on observe une moyenne de 382 nouveaux diagnostics de VIH par année. La moyenne est de 325 pour la période 2010-2014, soit une diminution de 14,9 %⁴⁴; à noter que cette diminution est observée même avec l'ajout des cas sans NAM;
- chez les hommes, le nombre annuel moyen de cas de nouveaux diagnostics de VIH s'établissait à 315 entre 2005 et 2009. Il est de 271 pour la période 2010-2014, soit une diminution de 14,0 %⁴⁵. Cette évolution varie selon le groupe d'âge. La diminution du nombre de nouveaux diagnostics s'observe surtout chez les hommes âgés de 35 à 59 ans;
- chez les femmes, on comptait, en moyenne, 66 cas de nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2005 et 2009. Le nombre annuel moyen est de 54 cas au cours de la période 2010-2014, soit une diminution de 18,2 %⁴⁶;
- entre 2003 et 2014, la proportion des UDI parmi les cas de nouveaux diagnostics est passée de 15,8 % à 5,0 %. En incluant les HARSAH-UDI, ces proportions sont respectivement de 19,9 % et 10,0 %. Parmi l'ensemble des cas enregistrés (nouveaux et anciens diagnostics), la proportion d'UDI est passée de 22,3 % en 2003 à 6,0 % en 2014. En incluant les HARSAH-UDI, ces proportions sont respectivement de 26,4 % et 11,3 %;
- Entre 2003 et 2014, la diminution des cas de nouveaux diagnostics observée chez les personnes hétérosexuelles d'origine canadienne ou de pays où le VIH n'est pas fortement endémique est plus importante comparativement à celles observées chez les immigrants de pays fortement endémiques et chez les HARSAH (diminution respective de 34,6 %, 28,6 % et 22,9 %). Ceci est probablement expliqué, du moins en partie, par l'ajout des cas sans NAM pour les immigrants de pays endémiques.

9.2.1 LES UDI

- Les UDI (incluant les UDI qui sont également HARSAH) constituent 16,5 % de l'ensemble des cas (anciens et nouveaux diagnostics) enregistrés depuis le début du Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, en avril 2002.
- La proportion d'UDI (incluant ceux qui sont également HARSAH) parmi les cas de **nouveaux diagnostics** enregistrés depuis le début du Programme est de 16,1 % chez les femmes (132 cas) et de 9,6 % chez les hommes (357 cas). En 2014, ces proportions sont de 7,8 % chez les femmes et de 6,7 % chez les hommes.

⁴⁴ Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2014, la moyenne pour la période 2010-2014 serait de 306 nouveaux cas et la diminution atteindrait 19,0 %.

⁴⁵ Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2014, la diminution atteindrait 17,7 %.

⁴⁶ Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2014, la diminution atteindrait 28,8 %.

- Le nombre annuel moyen de cas féminins de nouveaux diagnostics enregistrés dans cette catégorie est passé de 10,6 pour la période 2005-2009 à 6,4 pour la période 2010-2014 (diminution de 39,6 %). Le nombre annuel moyen de cas masculins (incluant les HARSAH-UDI) est passé de 29,8 pour la période 2005-2009 à 16 pour la période 2010-2014 (diminution de 45,6 %).
- Parmi l'ensemble des nouveaux diagnostics enregistrés chez les UDI (excluant les HARSAH-UDI) depuis le début du programme (370), 8,6 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 40,0 % de 25 à 39 ans, 46,2 % de 40 à 54 ans et 5,1 % de 55 ans ou plus.
- En 2014, 19 nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez les UDI, soit 15 hommes et 4 femmes.

9.2.2 LES HARSAH

- Les HARSAH (incluant les HARSAH qui sont également UDI) constituent 54,1 % de l'ensemble des cas (anciens et nouveaux) enregistrés depuis le début du Programme de surveillance de l'infection par le VIH.
- La proportion des HARSAH (incluant ceux qui sont également UDI) parmi les cas de **nouveaux diagnostics** enregistrés chez les hommes depuis le début du Programme est de 74,3 %.
- En 2014, on enregistrait 172 nouveaux diagnostics chez les HARSAH. Ils se répartissent comme suit : 11,6 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 31,4 % avaient entre 25 et 34 ans, 27,3 % étaient âgés de 35 à 44 ans, 25,0 % avaient entre 45 et 54 ans et 4,7 % avaient 55 ans ou plus.
- La proportion des HARSAH parmi les cas de **nouveaux diagnostics** enregistrés chez les hommes est passée de 69,4 % en 2005 à 75,8 % en 2014;
- Depuis 2003, le nombre annuel de cas de nouveaux diagnostics chez les HARSAH a oscillé entre un maximum de 258 en 2006 et un minimum de 172 en 2014. Le nombre annuel moyen s'établissait à 226,8 entre 2005 et 2009, alors qu'il était de 203,6 entre 2010 et 2014 (diminution de 10,2 %). Toutefois, les tendances observées diffèrent beaucoup selon le groupe d'âge :
 - Chez les HARSAH âgés de 35 à 44 ans, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics a baissé de 78,4 pour la période 2005-2009 à 48,0 pour la période 2010-2014, soit une diminution de 38,8 %;
 - Chez les HARSAH de 15 à 24 ans, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics est passé de 15,4 cas au cours de la période 2005-2009, à 26,0 au cours de la période 2010-2014, soit une hausse de 68,8 %⁴⁷. Toutefois, la hausse concerne surtout la période 2010-2013, puisqu'on retrouve en 2014 un nombre de cas comparable à celui de 2009.D'une part, il s'agit de petits nombres de cas, d'autre part la hausse semble s'amorcer seulement depuis 2009-2010, aussi la prudence s'impose-t-elle dans l'interprétation des résultats.
- Chez les autres groupes d'âge, on observe une tendance à la hausse, non statistiquement significative pour les HARSAH de 25 à 34 ans et ceux de 55 ans et plus, ainsi qu'une tendance à la baisse, également non statistiquement significative, pour les HARSAH de 45-54 ans.

⁴⁷ Différence statistiquement significative.

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

Selon les estimations produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada⁴⁸, environ 670 personnes (entre 460 et 880) auraient contracté le VIH durant l'année 2014; ce nombre est légèrement inférieur au nombre estimé pour l'année 2011, soit environ 760 personnes (entre 520 et 1 000), et au nombre estimé pour l'année 2008, soit environ 819 personnes (entre 540 et 1 100).

Selon ces mêmes estimations, environ 19 870 personnes (entre 15 940 et 23 800) étaient infectées par le VIH au Québec (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida) en 2014. Comme l'infection par le VIH est chronique et que le taux de mortalité s'y rapportant connaît une régression, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même si le nombre de cas incidents diminue.

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, les proportions estimées des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut sont de 18 % pour les HARSAH, de 20 % pour les UDI et de 28 % pour les hétérosexuels⁴⁹.

Tableau 10 Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2014

An	Anciens diagnostics					Nouveaux diagnostics					Diagnostics non caractérisés					Total
	h	f	Tr	N/P	s/tot	h	f	Tr	N/P	s/tot	h	f	Tr	N/P	s/tot	
2002 ^a	277	83	0	0	360	183	47	0	0	230	55	26	0	0	81	671
2003	339	117	1	0	457	355	88	0	0	443	33	13	0	0	46	946
2004	267	80	0	0	347	305	87	0	0	392	48	14	0	0	62	801
2005	229	80	0	1	310	337	83	0	0	420	8	5	0	0	13	743
2006	198	55	1	0	254	374	81	0	1	456	12	3	0	0	15	725
2007	215	75	0	0	290	280	56	0	0	336	22	4	0	0	26	652
2008	200	66	2	0	268	329	60	0	0	389	14	2	0	0	16	673
2009	209	60	0	0	269	256	51	0	0	307	33	7	0	0	40	616
2010	162	42	0	0	204	281	60	0	0	341	17	0	0	0	17	562
2011	138	49	0	0	187	281	40	0	0	321	17	4	0	0	21	529
2012	200	88	0	0	288	268	55	0	0	323	14	6	0	0	20	631
2013	196	84	0	0	280	299	63	0	0	362	17	4	0	0	21	663
2014	152	76	0	0	228	227	51	0	0	278	15	1	0	0	16	522
Total	2782	955	4	1	3742	3775	822	0	1	4598	305	89	0	0	394	8734

(+) Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). À partir d'avril 2012, les cas sans NAM ont pu être enregistrés au Programme. Le total présenté inclut les cas sans NAM enregistrés en 2012 et en 2013.

Ancien diagnostic : antécédent connu de test anti-VIH positif.

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

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

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

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

⁴⁸ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2011*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014, 22p. Communication personnelle pour les données de 2014, novembre 2015..

⁴⁹ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada. Communication personnelle, novembre 2015.

Tableau 11 Infection par le VIH : nombre et proportion de cas par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2014

	Total des cas	HARSAH	HARSAH -UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hommes											
2002 ^a	515	52,4	5,0	23,3	7,8	2,3	0,6	0,4	6,4	1,2	0,6
2003	727	56,9	5,4	20,1	6,9	2,5	0,4	0,1	6,2	1,4	0,1
2004	620	58,7	6,1	14,8	8,1	2,3	0,2	0,0	7,7	1,5	0,6
2005	574	61,3	4,9	13,2	9,4	1,9	0,3	0,7	6,1	1,0	1,0
2006	584	61,5	5,7	14,2	8,2	1,4	0,5	0,3	7,9	0,0	0,3
2007	517	66,0	3,7	10,3	6,4	1,7	1,0	0,2	9,3	0,8	0,8
2008	543	67,8	4,2	9,0	7,9	3,9	0,0	0,0	6,1	0,0	1,1
2009	498	72,3	3,6	6,4	5,8	1,8	1,2	0,8	6,0	0,2	1,8
2010	460	72,0	3,7	6,3	7,6	1,7	0,4	0,2	7,2	0,7	0,2
2011	436	69,3	3,2	7,3	9,2	3,2	0,5	0,2	5,0	1,1	0,9
2012	482	67,8	3,5	5,0	13,9	3,1	0,4	0,2	5,4	0,0	0,6
2013	512	69,1	2,9	4,9	12,3	2,3	0,2	0,0	5,9	0,2	2,1
2014	394	70,1	3,3	8,1	9,9	2,5	0,0	0,0	4,6	0,8	0,8
s/total	6862	64,4	4,4	11,6	8,6	2,3	0,4	0,2	6,5	0,7	0,8
Femmes											
2002 ^a	156	-	-	28,2	44,2	11,5	0,6	1,9	12,2	0,0	1,3
2003	218	-	-	29,8	44,5	11,0	0,0	0,5	11,9	1,4	0,9
2004	181	-	-	22,7	44,2	12,7	0,0	2,8	16,0	0,0	1,7
2005	168	-	-	22,6	41,7	14,9	0,0	0,6	15,5	0,0	4,8
2006	139	-	-	21,6	41	18	0,7	0,7	15,8	0,0	2,2
2007	135	-	-	22,2	45,9	12,6	0,0	0,7	18,5	0,0	0,0
2008	128	-	-	10,9	53,1	19,5	0,8	0,0	9,4	0,8	5,5
2009	118	-	-	16,9	49,2	14,4	0,0	1,7	14,4	0,0	3,4
2010	102	-	-	11,8	53,9	13,7	0,0	0,0	16,7	0,0	3,9
2011	93	-	-	8,6	53,8	15,1	0,0	0,0	14,0	0,0	8,6
2012	149	-	-	10,1	61,1	11,4	0,0	0,0	14,1	0,0	3,4
2013	151	-	-	9,9	61,6	4,6	0,0	0,7	17,7	0,7	4,6
2014	128	-	-	10,9	61,7	10,9	0,0	0,0	10,2	0,8	5,5
s/total	1 866	-	-	18,5	49,8	12,9	0,2	0,8	14,3	0,3	3,2

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

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

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

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

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

Tableau 11 Infection par le VIH : nombre et proportion de cas par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition, sexes réunis, Québec, avril 2002 à décembre 2014 (suite)

	Total des cas	HARSAH	HARSAH-UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tous les cas											
2002^a	671	40,2	3,9	24,4	16,2	4,5	0,6	0,7	7,7	0,9	0,7
2003	946	43,8	4,1	22,3	15,6	4,4	0,3	0,2	7,5	1,4	0,3
2004	801	45,4	4,7	16,6	16,2	4,6	0,1	0,6	9,6	1,1	0,9
2005	743	47,4	3,8	15,4	16,7	4,9	0,3	0,7	8,2	0,8	1,9
2006	725	49,7	4,6	15,6	14,5	4,6	0,6	0,4	9,4	0,0	0,7
2007	652	52,3	2,9	12,7	14,6	4,0	0,8	0,3	11,2	0,6	0,6
2008	673	54,8	3,4	9,4	16,5	6,9	0,1	0,0	6,7	0,1	1,9
2009	616	58,4	2,9	8,4	14,1	4,2	1,0	1,0	7,6	0,2	2,1
2010	562	58,9	3	7,3	16,0	3,9	0,4	0,2	8,9	0,5	0,9
2011	529	57,1	2,6	7,6	17,0	5,3	0,4	0,2	6,6	0,9	2,3
2012	631	51,8	2,7	6,2	25,0	5,1	0,3	0,2	7,4	0,0	1,3
2013	663	53,4	2,3	6,0	23,5	2,9	0,2	0,2	8,6	0,3	2,7
2014	522	52,9	2,5	8,8	22,6	4,6	0,0	0,0	5,9	0,8	1,9
TOTAL	8734	50,6	3,4	13,0	17,4	4,6	0,4	0,4	8,2	0,6	1,3

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

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

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

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

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

Tableau 12 Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2014

	Total des cas	HARSAH	HARSAH -UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hommes											
2002 ^a	183	62,8	1,1	10,4	10,4	3,8	0,0	0,0	8,7	1,1	1,6
2003	355	62,8	5,1	13,5	6,8	3,4	0,0	0,0	7,0	1,4	0,0
2004	305	63,6	4,6	8,5	9,8	2,0	0,0	0,0	9,2	1,6	0,7
2005	337	69,4	2,7	8,0	8	2,4	0,0	0,0	6,8	1,5	1,2
2006	374	69	3,7	6,4	10,2	1,9	0,3	0,3	8,0	0,0	0,3
2007	280	73,6	2,9	5,4	6,1	1,4	0,0	0,0	10,0	0,7	0,0
2008	329	72,0	4,6	5,5	5,5	5,2	0,0	0,0	6,7	0,0	0,6
2009	256	77,7	1,6	5,9	5,1	2,0	0,0	0,4	7,4	0,0	0,0
2010	281	77,9	3,2	2,8	7,5	2,1	0,0	0,0	6,0	0,4	0,0
2011	281	70,8	2,1	5,3	8,2	4,3	0,0	0,4	6,4	1,4	1,1
2012	268	74,3	2,6	2,6	10,1	4,1	0,0	0,0	6,3	0,0	0,0
2013	299	76,6	2,7	2,0	8,0	3,0	0,0	0,0	6,0	0,3	1,3
2014	227	75,8	2,2	4,4	9,7	3,5	0,0	0,1	4,4	0,0	0,0
s/total	3775	71,1	3,2	6,3	8,0	3,0	0,0		7,2	0,7	0,5
Femmes											
2002 ^a	47	-	-	23,4	42,6	17,0	0,0	0,0	14,9	0,0	2,1
2003	88	-	-	25,0	52,3	11,4	0,0	0,0	9,1	0,0	2,3
2004	87	-	-	16,1	47,1	16,1	0,0	1,1	17,2	0,0	2,3
2005	83	-	-	15,7	43,4	18,1	0,0	0,0	19,3	0,0	3,6
2006	81	-	-	21,0	33,3	24,7	0,0	1,2	18,5	0,0	1,2
2007	56	-	-	23,2	44,6	12,5	0,0	0,0	19,6	0,0	0,0
2008	60	-	-	8,3	45,0	26,7	0,0	0,0	15,0	1,7	3,3
2009	51	-	-	9,8	49,0	25,5	0,0	0,0	15,7	0,0	0,0
2010	60	-	-	8,3	48,3	18,3	0,0	0,0	20,0	0,0	5,0
2011	40	-	-	12,5	42,5	25,0	0,0	0,0	15,0	0,0	5,0
2012	55	-	-	12,7	49,1	21,8	0,0	0,0	12,7	0,0	3,6
2013	63	-	-	17,5	54,0	6,3	0,0	0,0	19,0	1,6	1,6
2014	51			7,8	54,9	21,6	0,0	0,0	13,7	2,0	0,0
s/total	822			16,1	46,5	18,4	0,0	0,2	16,2	0,4	2,3

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

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

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

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

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

Tableau 12 Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition, sexes réunis, Québec, avril 2002 à décembre 2014 (suite)

	Total des cas	HARSAH	HARSAH-UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tous les cas											
2002^a	230	50,0	0,9	13,0	17,0	6,5	0,0	0,0	10,0	0,9	1,7
2003	443	50,3	4,1	15,8	15,8	5,0	0,0	0,0	7,5	1,1	0,5
2004	392	49,5	3,6	10,2	18,1	5,1	0,0	0,3	11,0	1,3	1,0
2005	420	55,7	2,1	9,5	15,0	5,5	0,0	0,0	9,3	1,2	1,7
2006	456	56,7	3,1	9,0	14,3	5,9	0,2	0,4	9,9	0,0	0,4
2007	336	61,3	2,4	8,3	12,5	3,3	0,0	0,0	11,6	0,6	0,0
2008	389	60,9	3,9	5,9	11,6	8,5	0,0	0,0	8,0	0,3	1,0
2009	307	64,8	1,3	6,5	12,4	5,9	0,0	0,3	8,8	0,0	0,0
2010	341	64,2	2,6	3,8	14,7	5,0	0,0	0,0	8,5	0,3	0,9
2011	321	62,0	1,9	6,2	12,5	6,9	0,0	0,3	7,5	1,2	1,6
2012	323	61,6	2,2	4,3	16,7	7,1	0,0	0,0	7,4	0,0	0,6
2013	362	63,3	2,2	4,7	16,0	3,6	0,0	0,0	8,3	0,6	1,4
2014	278	61,9	1,8	5,0	18,0	6,8	0,0	0,0	6,1	0,4	0,0
TOTAL	4598	58,4	2,6	8,0	14,9	5,7	0,0	0,1	8,8	0,6	0,8

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

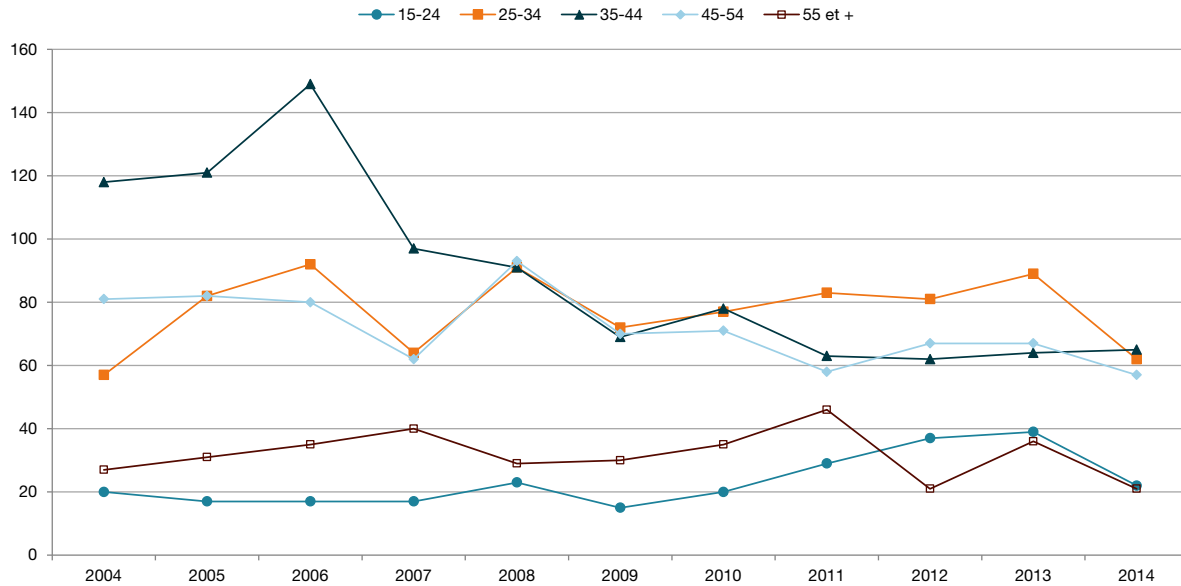
Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec mutl part, contact travailleur(euse) du sexe, ant ITS, séjour pays endémique, sans précision sur part.

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

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

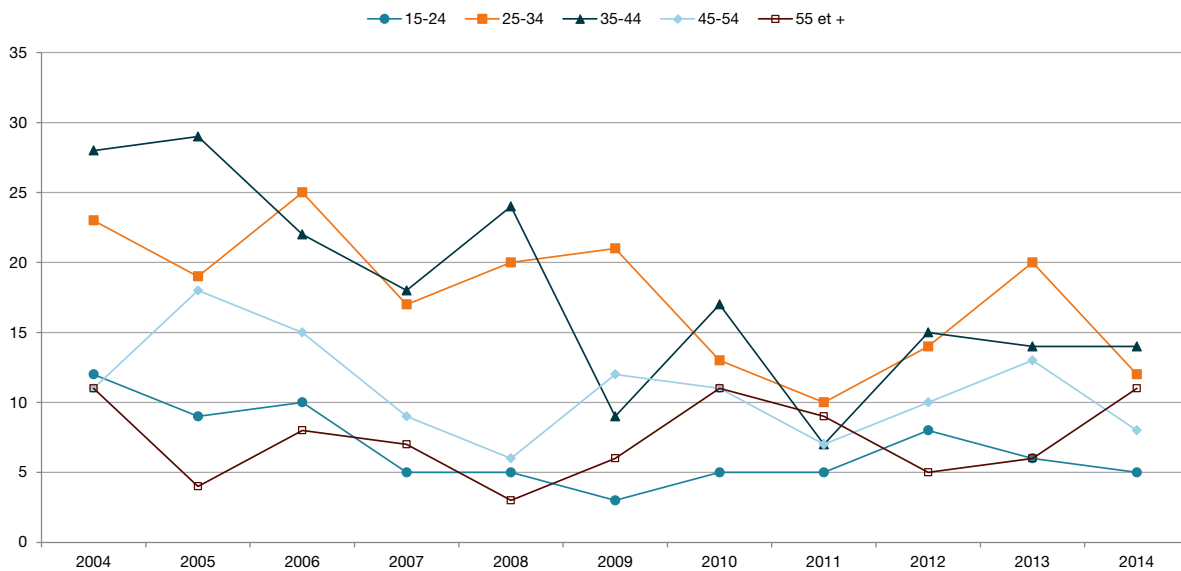
Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2014.

Figure 22 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 ans et plus, Québec, de 2005 à 2014



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

Figure 23 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 ans et plus, Québec, de 2005 à 2014



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

Tableau 13 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2010 à 2014

Région	2010		2011		2012		2013		2014		Variation 2014-2010			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	2	1,0	8	4,0	4	2,0	1	0,5	-1	-50,0	-0,5	-50,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	4	1,5	2	0,7	5	1,9	4	1,5	2	0,7	-2	-50,0	-0,7	-49,5
Capitale-Nationale	24	3,5	28	4,0	31	4,5	24	3,4	20	2,8	-4	-16,7	-0,7	-18,7
Mauricie et Centre-du-Québec	13	2,6	3	0,6	20	4,0	12	2,4	8	1,6	-5	-38,5	-1,0	-39,5
Estrie	5	1,6	13	4,2	5	1,6	10	3,2	8	2,5	+3	+60,0	+0,9	+56,4
Montréal	215	11,2	192	10,0	182	9,4	221	11,3	166	8,5	-49	-22,8	-2,8	-24,7
Outaouais	8	2,2	14	3,6	4	1,1	9	2,4	10	2,6	+2	+25,0	+0,4	+19,6
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	1	0,7	1	0,7	2	1,4	3	2,1	+3		+2,1	
Côte-Nord	3	3,2	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,1	-2	-66,7	-2,1	-66,0
Nord-du-Québec	0	0,0	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0		0	
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,6	0	0,0	0		0	
Chaudière-Appalaches	2	0,5	2	0,5	3	0,7	7	1,7	6	1,5	+4	+200,0	+1,0	+194,1
Laval	16	4,0	17	4,2	11	2,7	15	3,6	12	2,9	-4	-25,0	-1,2	-28,7
Lanaudière	4	0,9	10	2,1	7	1,5	7	1,4	5	1,0	+1	+25,0	+0,1	+17,3
Laurentides	7	1,3	8	1,4	9	1,6	10	1,7	5	0,9	-2	-28,5	-0,4	-32,5
Montérégie	38	2,6	27	1,9	36	2,4	37	2,5	30	2,0	-8	-21,1	-0,6	-24,0
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,2	+1		+8,2	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0		0	
Province de Québec	341	4,3	321	4,0	323	4,0	362	4,5	278	3,4	-63	-18,5	-0,9	-20,9

ND : Non disponible; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base ou à l'année 2013. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

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

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

9.4 Commentaires

ONUSIDA a récemment publié de nouvelles cibles à atteindre d'ici 2020⁵⁰. Selon des études de modélisation, l'atteinte de ces cibles permettrait de contrôler l'épidémie mondiale de VIH d'ici 2030, et aurait des impacts énormes en termes de santé et d'économie. Ces cibles sont, d'ici 2020, atteindre 90 % de personnes séropositives connaissant le statut sérologique, 90 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevant des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitement antirétroviraux ayant une charge virale indétectable.

Au Québec, même s'il faut interpréter avec prudence les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH, compte tenu des limites de ce système⁵¹, la diminution du nombre annuel de nouveaux diagnostics est en cohérence avec une légère diminution du nombre estimé de cas incidents. Cette diminution pourrait refléter un impact positif des interventions de lutte contre l'infection par le VIH : par exemple, le dépistage précoce et la prise en charge des cas détectés, des thérapies hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale, et des approches comportementales mieux adaptées.

En outre, au cours des cinq dernières années, une moyenne annuelle de 325 nouveaux diagnostics a été enregistrée, ce qui est inférieur aux estimations d'incidence de l'ASPC pour l'année 2014 (entre 460 et 880 cas). Il est difficile de savoir si la réalité est plus près de la marge inférieure ou de la marge supérieure.

D'autre part, compte tenu de l'augmentation du nombre de nouveaux diagnostic chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans entre 2009 et 2013 qui a soulevé une préoccupation, il sera important de suivre attentivement l'évolution de la situation.

La surveillance des cibles proposées par ONUSIDA⁵² permettrait certainement de mieux orienter les interventions.

⁵⁰ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2014) 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.

⁵¹ Le lecteur peut se référer au rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec pour les explications relatives aux limites du programme (voir R. Bitera et collab., *op. cit.*).

⁵² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2014) 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.

Populations particulièrement touchées

10 Contexte

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs ITSS : les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue), les hommes gais et autres HARSAH, les personnes qui utilisent des drogues, les personnes incarcérées, les Québécois originaires de régions où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, les Autochtones ainsi que les travailleurs et travailleuses du sexe. Cela s'explique par une vulnérabilité physiologique ou sociale, par une prévalence et une incidence plus élevées des ITSS à l'intérieur de ces groupes et par des pratiques qui augmentent le risque d'être exposé.

Les éditions des années 2011⁵³, 2012⁵⁴ et 2013⁵⁵ du Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec ont couvert de façon détaillée les données épidémiologiques concernant respectivement les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les hommes gais (et autres HARSAH) et les personnes qui utilisent des drogues. Le présent portrait propose une brève revue des données relatives à chacune des populations particulièrement touchées et fait état d'études récentes, notamment une étude menée auprès de personnes incarcérées dans des établissements québécois de juridiction provinciale.

⁵³ Venne, S. et collab., *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : Année 2011 (et projections 2012)*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », n° 43, 2013, 112 p.

⁵⁴ Venne, S. et collab., *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : Année 2012 (et projections 2013)*, Québec, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux, coll. « Analyses et surveillance », n° 44, 2013, 89 p.

⁵⁵ Venne, S. et collab., *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec : Année 2013 (et projections 2014)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2014, 111 p.

11 Jeunes âgés de 15 à 24 ans

En 2014, le Québec comptait un million de jeunes âgés de 15 à 24 ans (493 738 filles et 504 738 garçons), lesquels formaient 12,4 % de la population⁵⁶.

11.1 ÉPRIS – Les divers profils de partenaires sexuels « occasionnels »

Dans le cadre de l'étude Parcours Relationnels Intimes et Sexuels (ÉPRIS)⁵⁷, des invitations à remplir un questionnaire en ligne ont été adressées à des canadiens âgés de 18 ans et plus figurant sur des listes de diffusion (d'université et d'organismes ou groupes communautaires) ou membres de réseaux professionnels et sociaux (Facebook, Twitter). Au total, 5 332 personnes ont rempli le questionnaire entre mars et juillet 2013. L'analyse présentée ici porte sur 868 adultes célibataires âgés de 18 à 30 ans (âge moyen de 23,1 ans) qui ne vivaient pas en couple et ne projetaient pas de le faire, mais avaient été sexuellement actifs au cours de l'année précédente. L'échantillon est composé en majeure partie de femmes s'identifiant comme hétérosexuelles (59,5 %), de Canadiens de 3^e génération ou plus (80,4 %) et de résidents de la province de Québec (95,2 %). Dans l'ensemble, les participants avaient un haut niveau d'instruction (40,6 % détenaient un diplôme universitaire).

Un partenaire sexuel était défini comme « quelqu'un avec qui vous avez eu n'importe quelle sorte de contact (contact physique, relation sexuelle vaginale, orale ou anale, etc.) ayant provoqué un émoi sexuel ». Les participants étaient invités à décrire leur dernière expérience de sexe de type « occasionnel ». Cinq profils de partenaires ont été ainsi décrits :

Relation sexuelle unique (29 % des expériences rapportés par les participants)

La majorité des répondants concernés ont décrit ce partenaire sexuel comme quelqu'un qu'ils connaissaient déjà – une relation sociale (39 %) ou un ami (30 %) – et vingt-cinq pour cent comme un parfait étranger. La plupart des participants (78 %) ont rapporté n'avoir conclu avec ce partenaire aucun accord autorisant ou interdisant les rapports sexuels en dehors de leur relation, que ce soit de façon explicite ou implicite. Le niveau de renseignements personnels dévoilés au partenaire était parmi les plus faibles de tous les profils. Les participants correspondant à ce profil étaient plus nombreux à rapporter avoir été sous l'influence de l'alcool ou de drogues lors de leur dernier rapport sexuel avec ce partenaire (56,7 %) que dans tous les autres profils. Le plus souvent, la relation sexuelle est restée isolée et les personnes concernées n'avaient pas l'intention d'y donner suite.

Ex-partenaire de couple (24 % des expériences rapportées); *situation où les relations sexuelles perdurent après la fin d'une liaison amoureuse.*

Lors de leur premier rapport sexuel, la relation était généralement considérée comme une liaison amoureuse ou de couple (61 %) ou les partenaires envisageaient d'avoir une telle relation (25 %), mais ce n'était plus le cas la dernière fois qu'ils avaient eu des rapports sexuels. La plupart des participants correspondant à ce profil ont rapporté avoir conclu une entente d'exclusivité sexuelle avec leur partenaire, implicitement (40 %) ou explicitement (32 %). La fréquence de leurs relations sexuelles (pouvant aller de une à trois fois par mois jusqu'à une à trois fois par semaine) et de leurs

⁵⁶ MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014).

⁵⁷ Rodrigue, C., Blais, M., Lavoie, F., Adam, B., Magontier, C., & Goyer, M.-F. (sous presse). The structure of casual sexual relationships and experiences among single adults aged 18-30 years old: A latent profile analysis. *The Canadian Journal of Human Sexuality*

sorties (souvent) avec cette personne était parmi les plus élevées, tous profils confondus. En moyenne, les participants rencontraient leur partenaire la moitié du temps avec le sexe pour objectif principal. Enfin, les participants rapportaient avoir divulgué de nombreux renseignements personnels à leur partenaire, beaucoup plus que dans le profil de la Relation sexuelle unique.

Partenariat principalement sexuel (22 % des expériences rapportées); *situation où les contacts sont essentiellement sexuels et où, que les partenaires soient amis (« fuck friend ») ou non, il n'est pas question de relation amoureuse.*

Lors de leur dernière relation sexuelle, le partenaire était considéré comme quelqu'un que le répondant pourrait aimer mais avec lequel il n'était pas en couple et n'envisageait pas de l'être. La plupart des répondants (59 %), rapportaient n'avoir conclu aucune entente d'exclusivité sexuelle avec ce partenaire mais pour 27 %, une telle entente d'exclusivité était implicite. La fréquence des activités sexuelles avec ce partenaire était plus faible que dans le profil Ex-Partenaire de couple (de l'ordre d'une à trois fois par mois). Parmi les profils décrits, celui-ci est associé à la plus faible fréquence d'activités sociales avec le partenaire (entre rarement et la moitié du temps). La plupart du temps, les participants correspondant à ce profil rencontraient leur partenaire essentiellement pour le sexe. Le niveau de renseignements personnels dévoilés au partenaire était plus élevé que dans le cas de la Relation sexuelle unique mais plus faible que dans le cas de l'Ex-partenaire de couple.

Partenariat intime et sexuel (13 % des expériences rapportées); *situation où le partenaire est un hybride d'ami et de partenaire amoureux avec lequel on a de fréquentes relations sociales et sexuelles sans avoir pour autant l'intention de former un couple.*

Le partenaire était considéré soit comme un ami soit comme quelqu'un que le répondant pourrait aimer mais avec lequel il n'était ni en couple ni n'avait le projet d'en former. Par rapport aux autres profils, plus de participants rapportaient avoir explicitement discuté d'une entente d'exclusivité sexuelle avec leur partenaire (59 %). La fréquence des activités sexuelles avec ce partenaire (entre une à trois fois par mois et une à trois fois par semaine) et des activités sociales (souvent) étaient parmi les plus élevées de tous les profils, similaire à celle de l'Ex-partenaire de couple. Les participants correspondant à ce profil rencontraient leur partenaire essentiellement pour le sexe la moitié du temps, une fréquence plus faible que dans le profil Partenariat principalement sexuel. Le niveau de renseignements personnels dévoilés au partenaire était le plus élevé de tous les profils. La proportion supérieure de participants rapportant avoir explicitement discuté d'exclusivité sexuelle et le niveau de dévoilement de renseignements personnels placent clairement ce profil à part des autres.

Partenariat principalement amical (12 % des expériences rapportées) – *situation d'une amitié à laquelle on ajoute du sexe.*

Les activités sociales et les interactions amicales restaient dominantes. Les partenaires se considéraient essentiellement comme des amis lors de la dernière relation sexuelle tout comme lors de la première. Comme dans le profil Relation sexuelle unique, la plupart des participants (73 %) n'avaient aucune entente d'exclusivité sexuelle avec ce partenaire. Les participants correspondant à ce profil rapportaient une plus faible fréquence de relations sexuelles (environ une à trois fois par mois) avec leur partenaire que dans les autres profils. Le niveau de divulgation de renseignements personnels avec le partenaire était un des plus faibles de tous les profils.

La répartition de ces profils ne différait pas quant à l'âge, la fréquentation de services religieux, le sexe à la naissance pas plus que par rapport au niveau d'instruction, au statut d'immigrant, au revenu annuel ou à l'orientation sexuelle rapportée. Parmi les personnes non en couple, les hommes homosexuels ou bisexuels et les femmes bisexuelles n'auraient pas plus de relations sexuelles sans attachement émotionnel que les hétérosexuels.

Commentaires

Près de la moitié des participants à EPRIS n'étaient pas « en couple » au moment de l'enquête. Leurs profils de partenaires sexuels sont diversifiés. Le contexte dans lequel les partenaires ont fait connaissance et la durée de leurs relations avant qu'ils aient des rapports sexuels doivent être pris en compte dans leur perception du risque de contracter une ITSS, ainsi que dans l'accès, la négociation et le recours aux méthodes de protection.

11.2 PIXEL- Accès aux services de détection des ITSS

PIXEL, Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec est une étude transversale descriptive combinant des observations recueillies par questionnaire auto administré et par auto-prélèvements biologiques. Entre mai 2013 et juin 2014, 3 389 jeunes adultes ont été recrutés dans une diversité d'établissements scolaires et de milieux de travail localisés dans les régions de Montréal, de la Capitale Nationale, de Lanaudière, de Laval, des Laurentides, de l'Outaouais, de la Montérégie, de l'Estrie, de la Mauricie-Centre du Québec et de Chaudière-Appalaches. Les données présentées ici⁵⁸ ont été recueillies auprès de 2 973 personnes âgées de 17 à 29 ans, rencontrés en établissements scolaires (centres de formation jeunesse emploi, centres de formation aux adultes, centres de formation professionnelle, cégeps et universités). Les strates ont été créées de manière à représenter la proportion des jeunes adultes de diverses régions, inscrits dans ces établissements selon les données d'inscription fournies par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport. Environ 6 participants sur 10 (58 %) sont des femmes. Les trois quarts des participants sont d'origine canadienne-française (74 % des hommes et 80 % des femmes).

Au moment de l'enquête, 83 % des hommes et 89 % des femmes indiquaient avoir déjà eu une relation orale, vaginale ou anale consensuelle au cours de leur vie (cette proportion variait de 70 % chez les hommes et 72 % chez les femmes âgés de 17 ans à 93 % chez les hommes et 95 % chez les femmes âgés de 25 à 29 ans. Parmi les jeunes sexuellement actifs âgés de 17-20 ans : 7 % des hommes et 6 % des femmes disent avoir eu une relation sexuelle consensuelle avant l'âge de 14 ans, 15 % des hommes et 17 % des femmes rapportent avoir eu des relations orales, vaginales ou anales avec 4 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois et environ un jeune sur cinq (22 % des hommes et 20 % des femmes) a eu au cours de ces 12 mois des relations sexuelles avec deux partenaires ou plus dans une même période de temps (concomitance de partenaires, partenaires qui se sont croisés dans le temps). Parmi les participants ayant un partenaire « de couple », 41 % des hommes et 36 % des femmes rapportent avoir utilisé un condom pour la « plupart » ou « toutes » leurs relations vaginales avec ce type de partenaires au cours des 12 derniers mois. Ces proportions étaient respectivement de 58 % et 63 % avec les partenaires non de couple (« d'un soir », « connaissance », ou « ex »).

Accès aux services de détection des ITSS

Dans le cadre de l'étude PIXEL, le modèle de Lévesque et collaborateurs⁵⁹ a été utilisé afin de documenter l'accès aux services de détection des ITSS. Des indicateurs ont été développés afin d'apprécier les cinq capacités propres aux « usagers » : la capacité à percevoir le besoin du service, à recourir au service, à atteindre le service, à payer le service et à bénéficier du service.

⁵⁸ PIXEL, données recueillies auprès des participants recrutés en milieux scolaires. Communication personnelle auprès de G Lambert, médecin conseil et Sara-Mathieu Chartier, agente de recherche, Institut national de santé publique du Québec, octobre 2015, glambert@santepub-mtl.qc.ca.

⁵⁹ Levesque, J.-F., Harris, M. F., Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18.

Capacité à percevoir le besoin de passer un test de détection des ITS

- La proportion de jeunes adultes ayant cherché à passer un test de détection des ITS renseigne sur la perception du besoin d'un test. Au cours de l'année précédant l'enquête, 16 % des hommes et 35 % des femmes sexuellement actifs âgés de 17-20 ans (ainsi que 24 % des hommes et 43 % des femmes âgés de 21-29 ans) ont cherché à passer un test.
- La proportion de jeunes ayant cherché à passer un test augmente lorsque les comportements sexuels sont davantage à risque. Ainsi, chez les 17-20 ans ayant eu 4 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois, 39 % des hommes et 66 % des femmes ont cherché à passer un test pour les ITS. Par ailleurs, une bonne partie des jeunes ont cherché à passer un test par routine (davantage les femmes que les hommes), d'une certaine manière, indépendamment de leur prise de risque.
- Chez les 17-20 ans, les hommes évaluent à 1,6/10 leur propre risque de contracter une ITSS au cours des 12 prochains mois, une cote similaire à celle des filles, qui est de 1,7/10. Parmi les jeunes adultes de ce groupe d'âge ayant eu 4 partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois, cette cote est de 3,1 chez les hommes comme chez les femmes.

Capacité à recourir à un test de détection des ITS

- « Ne pas avoir le temps de prendre rendez-vous ou d'aller à une consultation » est une difficulté fréquemment mentionnée par les hommes (par 4 hommes sur 10), quel que soit le groupe d'âge.
- La peur que l'entourage sache qu'ils vont passer un test ITS ainsi que le malaise de discuter de sa sexualité avec une infirmière ou un médecin constituent des difficultés vécues par un peu plus de 20 % des hommes âgés de 17-20 ans, alors que 15 % font état de leur honte de passer des tests ITS (chez les filles, cette dernière proportion est de 14 %).
- La peur d'avoir un résultat positif est important chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit le groupe d'âge.

Tableau 14 Étude PIXEL : difficultés rencontrées dans la décision de recourir aux services de détection des ITS selon le groupe d'âge et le sexe des participants

<i>Parmi les participants sexuellement actifs ayant cherché à passer des tests pour le ITS au cours des 12 derniers mois</i>	Hommes		Femmes	
	17-20 ans (n = 86-89) %	21-29 ans (n = 84-86) %	17-20 ans (n = 316-319) %	21-29 ans (n = 221-224) %
La dernière fois que vous avez cherché à passer des tests pour les ITS, est-ce que vous avez vécu l'une ou l'autre des difficultés suivantes? Donnez une réponse pour chaque difficulté.				
Je n'avais pas le temps de prendre RV ou d'aller à une consultation médicale.	38,4	41,2	27,8	25,6
J'avais peur que mon entourage sache que j'allais passer des tests pour les ITS.	22,7	11,8	16,5	12,2
J'avais honte d'aller passer des tests pour les ITS.	14,9	9,4	13,9	13,5
Je me sentais mal à l'aise d'avoir à discuter de mes activités sexuelles avec une infirmière ou un médecin.	21,3	5,8	20,9	13,8
J'avais peur d'avoir un résultat positif à mes tests.	34,5	38,1	40,1	34,2
Avoir vécu l'une ou l'autre des difficultés	65,9	61,2	57,1	57,7

Capacité à obtenir un test de détection des ITS

- Un homme âgé de 17-20 ans sur trois ne savait pas où aller pour passer des tests ITS.
- Selon le groupe d'âge et le sexe, de 23 à 27 % des jeunes adultes ont mentionné que c'était difficile d'obtenir un rendez-vous (en fait, lors de leur dernier test, 80 % des femmes avaient été vues sur rendez-vous, soit parce qu'elles avaient pris rendez-vous spécifiquement pour le test soit parce qu'elles avaient déjà un rendez-vous pour une autre raison médicale).

Tableau 15 Étude PIXEL : difficultés rencontrées dans l'obtention de services de détection des ITSS selon le groupe d'âge et le sexe des participants

<i>Parmi les participants sexuellement actifs ayant cherché à passer des tests pour le ITS au cours des 12 derniers mois</i>	Hommes		Femmes	
	17-20 ans (n = 84-89) %	21-29 ans (n = 82-86) %	17-20 ans (n = 311-317) %	21-29 ans (n = 219-224) %
La dernière fois que vous avez cherché à passer des tests pour les ITS, est-ce que vous avez vécu l'une ou l'autre des difficultés suivantes? Donnez une réponse pour chaque difficulté.				
Je ne savais pas où aller pour passer des tests.	28,1	18,6	12,6	11,6
C'était difficile d'obtenir un rendez-vous.	22,6	26,8	27,0	26,3
C'était difficile de me déplacer vers une clinique où on peut passer des tests pour les ITS.	10,3	9,4	10,1	9,0
Il n'y avait pas de clinique ouverte au moment où je pouvais y aller.	19,5	20,2	13,1	10,5
Passer des tests pour les ITS coûtait de l'argent	4	6	12	14
Avoir vécu l'une ou l'autre des difficultés	47,2	46,3	37,4	35,9

Capacité à payer et à bénéficier du service

Parmi les participants sexuellement actifs âgés de 17-20 ans, 9,2 % des hommes et 30 % des femmes ont eu un test de détection des ITSS au cours des 12 derniers mois (chez les 21-29 ans, ces proportions étaient un peu plus élevées, respectivement 15 % et 39 %).

Parmi les femmes âgées de 17 à 20 ans, les principaux lieux de consultation lors de leur dernier test ITSS ont été : une clinique médicale (30 %), un CLSC dans une clinique jeunesse (27 %) et un CLSC en dehors d'une clinique jeunesse (13 %); parmi les hommes du même groupe d'âge, ces proportions ont été respectivement de 10 %, 26 % et 22 %. Jusqu'à 8 % des femmes et 10 % des hommes ont été vus par un service de santé disponible dans leur établissement scolaire. La dernière fois qu'ils ont passé des tests ITS, 19 % des hommes et 39 % des femmes de 17-20 ans (13 % des hommes et 39 % des femmes de 21-29 ans) ont été vus par le médecin qu'ils considèrent leur médecin de famille.

Tel que spécifié au tableau précédent, « passer des tests coûtait de l'argent » a été considéré comme une difficulté par une faible proportion des jeunes ayant cherché à passer des tests de détection des ITSS. En fait, parmi les personnes ayant passé des tests de détection des ITSS au cours des 12 derniers mois dans une clinique médicale ou une clinique de planification des naissances, 28 % rapportent avoir payé des frais (de moins de 25,00 \$ dans la grande majorité des cas); alors que parmi ceux qui ont eu ces tests en CLSC ou en milieu hospitalier, 4,0 % ont payé des frais (ces frais incluent le coût de la consultation, le coût des tests eux-mêmes et du matériel, le coût du transport des prélèvements au laboratoire).

Quel que soit le sexe et le groupe d'âge, la cote de satisfaction des services reçus lors du dernier test est élevée, de l'ordre de 8,7/10. Ce niveau d'appréciation porte notamment sur le fait que les réponses et les explications fournies par le médecin étaient compréhensibles, sur le respect de la confidentialité et sur le fait de ne pas s'être senti jugé négativement par rapport à sa vie sexuelle.

Tableau 16 Étude PIXEL : expérience vécue lors des derniers tests de détection des ITSS selon le groupe d'âge et le sexe des participants

<i>Parmi les participants sexuellement actifs qui ont déjà passé des tests pour les ITS dans leur vie</i>	Hommes		Femmes	
	17-20 ans (n = 64-96) M (E.T.)	21-29 ans (n = 95-134) M (E.T.)	17-20 ans (n = 281-434) M (E.T.)	21-29 ans (n = 258-383) M (E.T.)
(sur une échelle de 0 à 10; 0 étant pas du tout et 10 tout à fait)				
Lorsque vous avez posé des questions au médecin, avez-vous reçu des réponses que vous pouviez comprendre?	8,6 (2,6)	8,7 (2,3)	8,7 (2,3)	9,1 (1,6)
Le médecin vous a-t-il expliqué quel(s) test(s) vous aviez passés d'une manière que vous pouviez comprendre?	8,6 (2,5)	8,5 (2,7)	8,0 (2,7)	8,1 (2,8)
Avez-vous senti que votre consultation a été traitée de façon confidentielle à la réception et dans la salle d'attente?	8,7 (2,4)	9,0 (2,1)	9,1 (1,8)	9,1 (2,0)
Vous êtes-vous senti(e) jugé(e) négativement par le médecin ou l'infirmière par rapport à votre vie sexuelle?	9,0 (2,7)	8,7 (3,0)	8,6 (2,9)	8,6 (2,8)
<i>La réponse initiale à cette question a été inversée pour refléter le fait de NE PAS s'être senti(e) jugé(e) négativement.</i>				
L'ensemble des items	8,7 (1,8)	8,7 (1,7)	8,6 (1,8)	8,7 (1,7)

Commentaires

Les données de l'étude PIXEL présentées ici portent sur les participants âgés de 17 à 29 ans, recrutés en milieu scolaire dans différentes régions du Québec. La proportion des étudiants ayant déjà eu des relations sexuelles, le nombre de partenaires à vie et le recours au condom apparaissent du même ordre que ce qui avait été observé lors d'une étude menée en 2005-2006 auprès de cégépiens montréalais⁶⁰. De fait, des travaux comparatifs menés tant au Québec qu'au Canada⁶¹ montrent que l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels ainsi que l'usage des méthodes de protection n'auraient pas significativement changé au cours des dernières années. L'âge du partenaire, l'engagement dans la relation, la durée de la relation et la concomitance des

⁶⁰ Lambert G. et collab., *Je passe le test : enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydia sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal, rapport préliminaire*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, 30 p.

⁶¹ Rotermann, M., *Comportement sexuel et utilisation du condom chez les 15 à 24 ans en 2003 et en 2009-2010*, Rapports sur la santé, vol. 23, n° 1, mars 2012, p. 1-5.
Blais, M. et collab., *La sexualité des jeunes Québécois et Canadiens : Regard critique sur le concept d'hypersexualisation*, *Globe – revue internationale d'études québécoises*, vol. 12, n° 2, 2009, p. 23-46, [En ligne], < www.erudit.org/revue/globe/2009/v12/n2/1000705ar.pdf >.

partenaires représentent des facteurs qui modulent les conduites^{62, 63}. Ainsi, dans l'étude auprès de cégépiens montréalais⁶⁴, la proportion des relations protégées par un condom diminuait progressivement selon qu'il s'agissait de partenaires « d'un soir », de partenaires « occasionnels » ou de partenaires « régulier »⁶⁵. Un important déterminant de la transmission d'une ITS est la durée entre la fin d'une relation avec un partenaire sexuel et le début d'une relation avec un nouveau partenaire. Dans une situation de concomitance (les relations sexuelles avec un partenaire surviennent alors que la personne maintient des relations sexuelles avec un autre partenaire), les personnes impliquées sont plus à risque de contracter une ITS. Par ailleurs, plus une infection se répand, plus grande est la probabilité de rencontrer des partenaires infectés et de contracter l'infection, et ce, malgré un niveau global de prise de risque relativement stable.

Les données de l'étude PIXEL mettent à nouveau en lumière la grande différence entre les hommes et les femmes quant au recours au dépistage des ITS. Chez les jeunes adultes sexuellement actifs, la perception du risque d'attraper une ITS est faible (elle augmente légèrement, chez ceux qui ont davantage de comportements pouvant les exposer); il importe de proposer des outils permettant aux jeunes d'apprécier leur niveau de risque de contracter une ITSS.

Il importe également de tenir compte du malaise à discuter de ses activités sexuelles avec un médecin ou une infirmière et de la honte à passer des tests ITSS encore ressenti par une forte proportion de jeunes adultes de même que des craintes de devoir faire face à un résultat réactif à un test ITSS.

Le quart des répondants âgés de 17-20 ans (26 % des hommes et 27 % des femmes) ont consulté une clinique jeunesse en CLSC la dernière fois qu'ils ont passé des tests ITSS. Les cliniques jeunesse représentent toujours une importante porte d'accès aux services, une porte qu'il faut garder ouverte. Une faible proportion des étudiants ont passé un test de détection par l'intermédiaire d'un service de santé disponible dans leur établissement scolaire; l'offre en établissement scolaire apparaît restreinte, alors qu'elle pourrait permettre de contourner certaines des difficultés vécues notamment par les hommes.

Passer des tests ITSS demeure financièrement accessible au Québec, les coûts liés à la détection des ITSS ne semblent pas représenter un frein au dépistage. Toutefois, l'évolution de ces coûts est à suivre. Le niveau de satisfaction élevé quant aux services reçus lors du dernier test est encourageant; entre autres choses parce que ce qui a été vécu la dernière fois influence l'intérêt et la capacité à recourir à nouveau aux services.

⁶² Doherty, Padian, Marlow, & Aral(2005) Determinants and consequences of sexual networks as they affect the spread of sexually transmitted infections. *J Infect Dis.* 1;191 Suppl 1:S42-54.

⁶³ Liljeros, Edling, & Nunes Amaral, (2003) Sexual networks: implications for the transmission of sexually transmitted infections. *Microbes Infect.* 5(2):189-96.

⁶⁴ Lambert G, 2009 *op cit.*

⁶⁵ Foxman, B., Newman, M., Percha, B., Holmes, K. K., & Aral, S. O. (2006). Measures of sexual partnerships: lengths, gaps, overlaps, and sexually transmitted infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(4), 209-214.

12 Jeunes en difficulté

On estime qu'entre 4 000 et 5 000 jeunes âgés de plus de 14 ans transitent par des unités de vie et des foyers de groupe des centres jeunesse au cours d'une année au Québec⁶⁶. Le nombre de jeunes de la rue à Montréal était de l'ordre de 5 000 en 1996⁶⁷.

Des données recueillies récemment auprès de 186 jeunes de la rue de Montréal⁶⁸ âgés de 14 à 23 ans ont mis en lumière que pratiquement tous les jeunes de la rue (98 %) ont déjà eu au moins une relation sexuelle orale, vaginale ou anale volontaire; plusieurs ont eu des relations sexuelles avec des partenaires du même sexe (soit 28 % des hommes et 57 % des femmes); les deux tiers (67 %) ont été sous l'effet de drogues une fois ou plus au cours de leurs relations sexuelles des trois derniers mois; la moitié (49 %) d'entre eux n'ont pas utilisé de condom pendant leur dernière relation sexuelle vaginale; enfin, le cinquième (20 %) a reçu de l'argent en échange de relations sexuelles une fois ou plus dans sa vie.

Par ailleurs, le quart des participants (24 %) s'étaient déjà injectés des drogues (20 % l'ont fait au cours des douze derniers mois). Cette proportion est nettement plus faible que celles qui ont été établies dans deux précédentes études de cohorte menées également auprès des jeunes de la rue de Montréal (soit 46 % et 47 %)⁶⁹. Toutefois, l'injection de médicaments sur ordonnance (pris à des fins non médicales) apparaît nettement plus élevée dans la présente étude : 55 % des jeunes s'étant déjà injectés ont rapporté utiliser du Dilaudid® alors qu'à leur entrée dans la cohorte, en 2004, 27 % des jeunes s'étant déjà injectés rapportaient utiliser des médicaments pour s'intoxiquer.

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

Les ITSS sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes en difficulté que chez les jeunes en général. En ce qui concerne les jeunes âgés de 14 à 17 ans hébergés dans les centres jeunesse (et ayant déjà eu des relations sexuelles), environ 18 % des filles et 3,4 % des garçons ont reçu au moins une fois un diagnostic d'ITSS au cours de leur vie⁷⁰; les proportions sont respectivement de 2 % et de 8 %

⁶⁶ Association des centres jeunesse du Québec, *Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse / directeurs provinciaux 2010*, Service des communications, Association des centres jeunesse du Québec, 2010, 49 p.

⁶⁷ Fournier, L. et Chevalier, S., *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-1997 – 2. Montréal : premiers résultats*, Québec, Santé Québec, 1998, 25 p.

⁶⁸ Leclerc P. et collab., *Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, ix, 49 p.

⁶⁹ Roy É et collab., *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue : Rapport d'étape n° 4*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, 38 p.

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

⁷⁰ Lambert, G. et collab., *Sexe, drogue et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, xiii, 85 p.

pour les cégépiens âgés de 18 ans ou moins⁷¹, et de 1,3 % et de 0,4 % pour les jeunes ayant entre 15 et 17 ans de l'ensemble de la population⁷². Jusqu'à six fois plus de jeunes admis dans un centre jeunesse présentent un problème évident de consommation abusive d'alcool ou de drogue nécessitant une intervention spécialisée (« feu rouge » selon la grille de dépistage DEP-ADO) par rapport aux jeunes Québécois en 5^e secondaire.

⁷¹ Lambert G. et collab., *Je passe le test : enquête sur la santé sexuelle et offre de dépistage de la chlamydie sur prélèvement urinaire auprès des étudiantes et étudiants des cégeps de Montréal, rapport préliminaire*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2009, 30 p.

⁷² Cazale, L. et Leclerc P., 2010 *op. cit.*

13 Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes

Selon l'EQSP 2008⁷³, 2,5 % des hommes québécois âgés de 15 ans ou plus actifs sexuellement ont eu des relations sexuelles avec des hommes au cours des douze derniers mois.



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

Le *Portrait 2012-2013* a fait état des résultats de diverses études portant sur les gais et autres HARSAH. Ce *Portrait 2014-2015* rappelle quelques données de la mouture 2013-2014 du Net Gay Baromètre (NGB).

13.1 Enquête Net Gay Baromètre

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

L'analyse présentée ici⁷⁴ porte sur des données recueillies en 2012-2013 auprès de 3 477 hommes gais et autres HARSAH québécois âgés de 16 ans et plus **et non infectés par le VIH (ou incertain de leur statut sérologique)**. L'âge moyen de ces participants était de 39 ans; 57 % d'entre eux résidaient dans la grande région métropolitaine de Montréal (régions de Montréal, Laval, Lanaudière, Montérégie et Laurentides); neuf sur dix étaient d'origine canadienne-française; un peu plus de la moitié (54 %) étaient célibataires, 77 % s'identifiaient comme gais (18 % comme bisexuels) et 38 % avaient terminé des études universitaires.

⁷³ Cazale, L. et Leclerc, P. « Comportements sexuels et usage de la contraception », dans L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, chapitre 9, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, p. 173-187. Compilation des renseignements fournis dans le cadre de la vigie rehaussée, octobre 2013.

⁷⁴ Net Gay Baromètre 2013-2014, analyses préliminaires de données recueillies auprès de participants québécois HIV-négatif ou incertains de leur statut; Communication personnelle auprès de A LEOBON, Chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique en France et professeur à la Chaire de recherche en éducation à la santé de l'Université du Québec à Montréal, leobon.alain@uqam.ca. Octobre 2014.

Comportements sexuels

Au cours des 12 derniers mois :

- 88 % des participants ont eu au moins un partenaire sexuel occasionnel (cette proportion était identique chez les 16-24 ans et chez les 25 ans et plus);
- Les jeunes HARSAH semblent plus enclins que les HARSAH âgés de 25 ans et plus à avoir investi une relation de couple avec un homme dans la dernière année (61 % vs 48 %). Jusqu'à 58 % des participants « en couple » ont eu un ou plusieurs partenaires occasionnels (31 % chez les 16-24 ans et 61 % chez les 25 ans et plus).
- le nombre moyen de partenaires sexuels occasionnels était de 7,1 (4,9 chez les 16-24 ans vs 7,9 chez les 25 ans et plus).

Parmi ceux ayant eu un partenaire occasionnel ou plus :

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

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

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

Spécifiquement, 1,2 % des 16-24 ans et 1,6 % des 25 ans et plus ont consommé du crystal meth une fois ou plus; 9 % des 16-24 ans et 7 % des 25 ans et plus ont consommé de la cocaïne une fois ou plus. Globalement la consommation de drogue par injection est peu fréquente (2,6 % vs 1,7 %),

Fréquence des ITSS et dépistage

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

Discrimination

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

Commentaires

- Le nombre de nouveaux diagnostics d'infection par le VIH déclarés a légèrement diminué au cours des dernières années chez les HARSAH, mais il demeure très élevé (le nombre annuel de cas de nouveaux diagnostics chez les HARSAH a oscillé entre un maximum de 258 en 2006 et un minimum de 172 en 2014)⁷⁵. On estime qu'au Québec, un peu plus de 400 hommes gais et autres HARSAH contractent le VIH chaque année⁷⁶. Selon l'étude ARGUS⁷⁷, environ 1 répondant sur 7 (13,6 %) était infecté par le VIH, soit une prévalence 56 fois plus élevée que celle qui est estimée pour l'ensemble de la population. La prévalence du VIH était de 24 % chez les répondants qui avaient déjà fait usage de drogues par injection dans leur vie.
- Au Québec, les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne. En outre, ils représentent vraisemblablement une proportion très importante des cas d'infection gonococcique. Plusieurs éclosions de maladies

⁷⁵ Bitera, R. et collab., 2015 *op. cit.*

⁷⁶ Agence de la santé publique du Canada, communication personnelle, novembre 2015.

⁷⁷ Lambert, G., et collab. *ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes : Rapport synthèse*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2012.

entériques (à *shigella*, *E. coli* et *C. jejuni* notamment) ont été rapportées au Québec parmi cette population⁷⁸.

- Divers facteurs autres que l'adoption ou non de comportements sexuels sécuritaires contribuent à la vulnérabilité des HARSAH à l'infection par le VIH. D'abord, puisque cette infection est beaucoup plus fréquente chez les HARSAH que dans l'ensemble de la population, la possibilité pour un HARSAH d'avoir des relations sexuelles avec un partenaire infecté est beaucoup plus grande. Ensuite, les relations **anales** réceptives comportent un risque de transmission dix-huit fois plus important que les relations **vaginales** réceptives. Enfin, le fait qu'une grande proportion d'hommes gais ait des relations anales réceptives (haut risque d'acquisition) **et** des relations anales insertives (haut risque de transmission) intensifie la propagation du VIH⁷⁹.
- Selon les données de l'étude ARGUS, un HARSAH non infecté par le VIH sur trois (32 %) a eu, une fois ou plus au cours des six derniers mois, une relation anale non protégée par un condom avec un partenaire d'un soir ou un partenaire dont le statut concernant le VIH était différent du sien (ou de statut inconnu). Un même niveau de cette prise de risque a été rapporté récemment par les participants du projet SPOT⁸⁰, ceux de l'étude « Appel aux hommes »⁸¹ et plus récemment ceux du NGB⁸². Le recours au condom est complexe, plusieurs facteurs l'influencent : la lassitude ponctuelle à l'égard de ce qui relève du VIH et du condom, la quête de sensations fortes sur le plan sexuel, la quête d'intimité, particulièrement si l'on est en amour avec son partenaire, le fait d'éprouver de la difficulté à faire connaître ses intentions quant à la protection, les présomptions sur le statut sérologique des partenaires, la question de l'accès au condom au bon moment et aussi la prise de drogues⁸³.
- Chez certains, les effets désinhibiteurs de l'alcool et des drogues altèrent de façon significative la motivation et la capacité à utiliser le condom de façon adéquate⁸⁴. Par ailleurs, le nitrite d'amyle et les médicaments pour la dysfonction érectile sont des vasodilatateurs; leur consommation favorise des activités sexuelles de plus longue durée et augmente le risque de lésions et de saignements au niveau de la région anale. Selon les données récemment colligées par le NGB, la consommation de méthamphétamine en cristaux par les hommes gais et autres HARSAH québécois est encore relativement limitée; compte tenu des prises de risque associées à ce type de drogue, il est important d'en prévenir l'extension.
- Au-delà de la transmission sexuelle, la consommation de drogues par injection constitue en soi un risque de transmission par voie sanguine du VIH et du VHC au sein de cette population. Bien que peu élevée, la proportion des répondants à l'étude ARGUS qui s'étaient injectés des drogues au

⁷⁸ Gaudreau, C., Helferty, M., Sylvestre, J.-L., Allard, R., Pilon, P. A., Poisson, M., & Bekal, S. (2013). Campylobacter coli outbreak in men who have sex with men, Quebec, Canada, 2010-2011. *Emerging Infectious Diseases*, 19(5), 764-767.

⁷⁹ Beyrer, c. et collab. Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men, *The Lancet*, vol. 380, no 9839, 28 juillet 2012, p. 367-377.

⁸⁰ Otis, J., Rodrigue, C. et Groupe de recherche SPOT. *Comparaison des caractéristiques et pratiques des participants de SPOT selon l'âge, 2013* (Communication personnelle).

⁸¹ Myers, T. et collab., *Male Call Canada Technical Report*, Draft avril 7, 2013, 70 p. [En ligne], <http://appelauxhommes.ca/> (Consulté le 22 octobre 2013).

⁸² Net Gay Baromètre 2013-2014. *op.cit.*

⁸³ Otis, J. Des quêtes et des hommes, *Fugues*, 26 septembre 2013, [En ligne], [http://fugues.com/main.cfm?l=fr&p=100_article&Article_ID=25436&rubrique_ID=272] (Consulté le 22 octobre 2013).

⁸⁴ Drumright, L. N., Patterson, T. L., & Strathdee, S. A. (2006). Club drugs as causal risk factors for HIV acquisition among men who have sex with men: a review. *Substance Use & Misuse*, 41(10-12), 1551-1601.

cours des six derniers mois était dix fois plus importante que la proportion estimée d'utilisateurs de drogues injectables à Montréal (3,4 % vs. 0,3 %) ⁸⁵.

- Les données récentes du NGB concernant le dépistage du VIH renforcent l'importance d'une promotion active et continue de celui-ci; un test de dépistage du VIH et des autres ITSS devrait être offert annuellement à tous les hommes gais et aux autres HARSAH actifs sexuellement. Les hommes qui ont plusieurs partenaires ou qui ont des pratiques à risque pourraient bénéficier d'une plus grande fréquence de ce test (de deux à quatre par année) ⁸⁶. Une détection accrue, à un stade précoce de l'infection, ainsi que la prise en charge des individus trouvés infectés, permettront de réduire la contagiosité et d'assurer une meilleure qualité de vie aux personnes atteintes.

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

⁸⁵ Leclerc, P. et collab., 2013 *op cit*

⁸⁶ Sous-comité Optimiser le dépistage du VIH, Comité sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Optimiser le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine : Avis, rédigé par M.C. Drouin, É. Fleury et M. Steben, [Montréal], Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2011, xxiv, 170 p., [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1324_OptimiserDepistageDiagnosticInfectionVIH.pdf] (Consulté le 4 novembre 2013).

14 Personnes consommant des drogues par injection

L'EQSP 2008 a documenté que 0,5 % des Québécois âgés de 15 ans ou plus ont consommé de la drogue par injection une fois ou plus au cours de leur vie (ce qui représente environ 30 900 personnes⁸⁷. Selon une étude récente, le nombre d'UDI résidant à Montréal se situerait entre 3 178 et 4 899⁸⁸.

Une réduction considérable de la taille de la population que forment les utilisateurs de drogues par injection (UDI) sur l'île de Montréal semble être survenue au cours des quinze dernières années. En effet, selon les estimations disponibles, cette population est passée de 11 700 personnes (IC à 95 % : 8 500 à 16 500) en 1996 à 3 908 personnes (IC à 95 % : 3 178 à 4 899) en 2009-2010, soit une réduction des deux tiers (67 %). Plusieurs phénomènes ou combinaisons de phénomènes pourraient expliquer cette diminution, notamment une baisse des taux d'initiation à l'injection, une hausse du taux d'abandon de l'injection, le déplacement des personnes UDI de Montréal vers d'autres régions et l'évolution du marché de la drogue ainsi que des modes de consommation⁸⁹.

14.1 Réseau SurvUDI⁹⁰

Depuis maintenant près de 20 ans, le réseau SurvUDI-I-Track permet de suivre de manière continue l'évolution de l'épidémiologie des infections par le VIH et par le VHC chez les personnes UDI au Québec. Pour participer à SurvUDI, une personne doit s'être injectée des substances dans les six mois précédents, être âgée de 14 ans ou plus, parler le français ou l'anglais et être en mesure de fournir un consentement éclairé. Environ 90 % des individus sont recrutés dans les centres d'accès au matériel d'injection stérile. Les participants répondent à un questionnaire administré par un intervieweur et fournissent un prélèvement oral pour la détection des anticorps contre le VIH et le VHC.

Au 31 mars 2014, 13 723 individus différents ont rempli 25 976 questionnaires. Les trois quarts des participants sont des hommes dont l'âge moyen est de 35,6 ans; l'âge moyen des femmes est de 30,7 ans. On remarque une baisse importante de la proportion de jeunes UDI âgés de 24 ans et moins recrutés dans le réseau au fil des années (elle est de 8,6 % pour la période 2011-2014). Les participants sont majoritairement nés au Canada (96 %), avec une proportion de 12 % déclarant une origine autochtone en 2011-2014. Un participant sur deux (50 %) a terminé son cours secondaire et près des deux tiers (61 %) ont un revenu mensuel habituel inférieur à 1 000 \$. Dans les six derniers mois, 40 % des participants ont vécu dans la rue, un squat, un refuge ou un foyer, et 13 % dans un centre de détention. À moins de mention contraire, tous les comportements mentionnés plus loin se rapportent aux six mois précédant l'entrevue.

⁸⁷ Cazale, L. et Leclerc, P. « Comportements sexuels et usage de la contraception », dans L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, chapitre 9, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, p. 173-187. Compilation des renseignements fournis dans le cadre de la vigie rehaussée, octobre 2013.

⁸⁸ Leclerc, P., Fall, A. et Morissette, C., *Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, 43 p.

⁸⁹ Leclerc et collab, 2013 *Loc. cit.*

⁹⁰ Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014*. Institut national de santé publique du Québec, 2015, 117 pages.

Comportements de consommation de drogues

- Le tiers des UDI (33 %) s'est injecté tous les jours pendant le dernier mois; un autre tiers s'est injecté au moins une fois par semaine (période 2003-2014). La proportion de participants au réseau SurvUDI qui se sont injectés quotidiennement au cours du dernier mois est en hausse dans tout le réseau.
- Chez les participants âgés de 25 ans et plus, 47 % déclarent que la cocaïne est la drogue qu'ils consomment le plus souvent alors que chez les 24 ans et moins, 56 % déclarent un médicament opioïde non prescrit comme drogue injectée le plus souvent (période 2009-2014). Une diminution statistiquement significative de l'usage de l'héroïne comme drogue injectée le plus souvent est observée dans le réseau. À Montréal et dans les sites de recrutements semi-urbains, l'usage de la cocaïne ou du crack a diminué significativement, alors que l'usage des médicaments opioïdes comme drogue injectée le plus souvent est en augmentation.
- Les principales drogues consommées autrement que par injection sont : le cannabis (74 %), l'alcool (68 %), le crack/freebase (64 %) et les médicaments opioïdes non prescrits (32%) (période 2009-2014).
- La proportion des participants ayant déclaré s'être injecté avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois a diminué de près de 60 % entre 1995 et 2013 (passant de 43 % à 17 %). La proportion des participants ayant déclaré avoir utilisé du matériel autre que des seringues déjà utilisé par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois a diminué entre 2010 et 2013 (passant de 30 % à 26 %).
- Un peu plus des deux tiers des UDI (69 %) qui ont rapporté avoir inhalé ou fumé des drogues ont déclaré avoir utilisé du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour le faire (période 2003-2014).

Comportements sexuels

- Près de 90 % des femmes (87 %) et 68 % des hommes rapportent avoir eu des relations sexuelles orales, vaginales ou anales dans les 6 derniers mois (période 2003-2014).
- Près du tiers des femmes (31 %) et 5,0 % des hommes rapportent avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autres choses en échange de « faveurs » sexuelles (partenaires sexuels clients (période 2003-2014).
- Une proportion élevée de femmes n'utilisent pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels occasionnels hommes (53 %). Cette proportion est également importante avec les partenaires masculins clients (29 %). Une proportion élevée d'hommes n'utilisent pas toujours le condom avec leurs partenaires sexuels occasionnels, soit 47 % avec leurs partenaires femmes et 41 % avec leurs partenaires hommes. Cette proportion est également importante avec les partenaires sexuels clients, soit 42 % avec les partenaires femmes et 31 % avec les partenaires hommes, (période 2003-2014).

Infection par le VIH et par le VHC

- **Infection par le VIH.** La prévalence du VIH est de 14,3 % sur l'ensemble de la période d'observation 2003-2014; environ 1 UDI sur 6 serait donc infecté par le VIH. La prévalence augmente avec l'âge pour atteindre un maximum chez les 40 ans et plus (21 %) et elle est plus élevée parmi les participants recrutés dans les programmes urbains (15 %) que parmi ceux recrutés dans les programmes semi-urbains (7,6 %).

- Après une diminution observée entre 1995 et 2002, le taux d'incidence du VIH est maintenant relativement stable (figure 24). Au cours des cinq dernières années disponibles pour l'analyse de tendance (2008 à 2012), il s'est maintenu entre 0,7 et 1,1 par 100 personnes-années (ce qui signifie que, en moyenne, parmi les personnes UDI n'ayant pas le VIH au début d'une année, près de 1 % le contracteront au cours des douze mois qui suivront). Cette incidence est élevée comparativement à celles observées chez les UDI de plusieurs autres pays industrialisés, notamment l'Australie.
- Les facteurs suivants sont associés à l'incidence du VIH durant la période 1995-2014 : l'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre et la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent. Une nouvelle association est apparue à partir de 2003 avec le fait d'avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autres choses en échange de faveurs sexuelles.
- **Infection par le VHC**⁹¹. La prévalence du VHC est de 63 % sur l'ensemble de la période d'observation 2003-2014; ceci signifie qu'environ les deux tiers des participants ont des anticorps contre ce virus. La prévalence augmente avec l'âge, mais elle est déjà de 42 % chez les 20 à 24 ans. La prévalence du VHC est de 65 % dans les régions urbaines et de 5 % dans les régions semi-urbaines.
- Le taux d'incidence du VHC a fluctué à des niveaux très élevés entre 2008 et 2012, soit entre 12,8 et 23,9 par 100 personnes-années, et une diminution statistiquement significative est observée sur l'ensemble de la période.
- L'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent, le fait de s'injecter une fois par jour et le fait d'avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autres choses en échange de faveurs sexuelles sont associés significativement à l'incidence du VHC durant la période 1997-2014.
- **Co-infections.** Globalement, 12 % des participants sont infectés par le VIH et ont également des anticorps contre le VHC. Parmi les UDI infectés par le VIH, 85 % avaient aussi des anticorps contre le VHC. Parmi les UDI ayant des anticorps contre le VHC, 19 % étaient aussi infectés par le VIH.

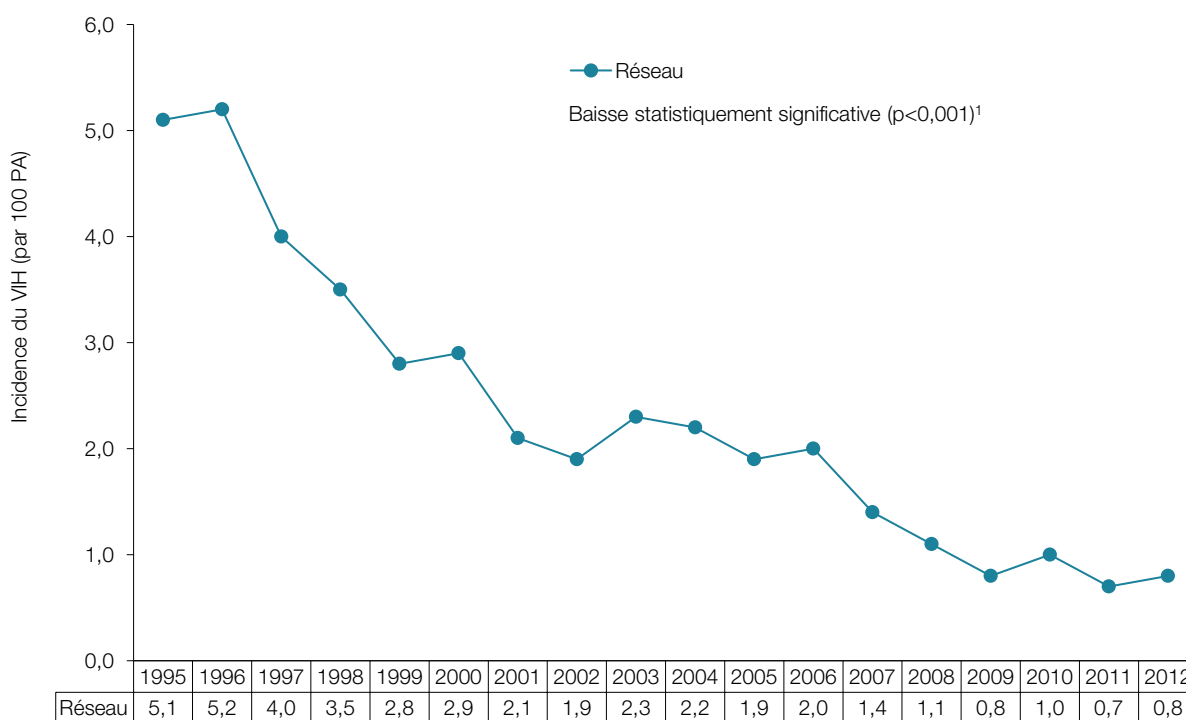
Dépistage et prise en charge médicale

- La proportion de participants ayant déjà eu au moins une fois dans leur vie un test de dépistage du VIH ou du VHC a augmenté significativement entre 2003 et 2013, et a atteint plus de 95 % en 2013. La proportion de participants ayant eu un test de dépistage du VIH ou du VHC au cours la dernière année a également augmenté significativement entre 2003 et 2013, et a atteint 65,8 % pour le VHC et 72,0 % pour le VIH en 2013.
- L'ignorance du statut d'infection a également diminué de façon importante et statistiquement significative entre 2003 et 2013. En 2003, 23 % des participants infectés par le VIH l'ignoraient, alors que cette proportion était seulement de 9 % en 2013. Pour le VHC, cette proportion a diminué de 28 % à 16 % entre 2003 et 2013.

⁹¹ Il est possible de se débarrasser du virus de l'hépatite C comme il est possible de contracter l'infection à nouveau. Les données du réseau SurvUDI sont basées sur la détection d'anticorps contre l'hépatite C, ce qui permet de dire si la personne a déjà acquis l'infection, mais ne permet pas de dire s'il s'agit d'une infection encore présente ou résolue ou encore d'une réinfection.

- Globalement, la consultation d'un médecin pour le VIH est demeurée stable entre 2004 et 2013, (fluctuant environ de 84 % à 94 % selon les années) alors que celle d'un médecin pour le VHC a diminué significativement. Pour toute la période, les proportions observées sont moins élevées chez les participants infectés seulement par le VHC comparativement à ceux co-infectés par le VIH et le VHC. En 2013, 37 % des participants infectés seulement par le VHC ont consulté un médecin pour le VHC dans les 6 derniers mois, comparativement à 57 % pour les participants ayant des anticorps contre les deux virus.
- La prise de médicaments actuelle pour le VIH a augmenté significativement entre 2003 et 2013. La prise de médicaments à vie pour le VHC a également augmenté de façon statistiquement significative entre 2006 et 2013 (l'information sur la prise de médicaments à vie est disponible seulement depuis 2006). La proportion de participants rapportant la prise actuelle de médicaments pour le VIH est toujours beaucoup plus élevée que la proportion de participants rapportant la prise à vie de médicaments pour le VHC.

Figure 24 Tendances de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2012



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

Commentaires

Les données les plus récentes du réseau SurvUDI (au 31 mars 2014) indiquent que l'injection quotidienne est en augmentation et que la cocaïne demeure la drogue injectée par la plus grande proportion des participants, suivie par les médicaments opioïdes, l'héroïne et le crack/freebase. L'injection de cocaïne ou de crack a diminué au cours des dernières années, alors que l'injection de Dilaudid® a augmenté de façon importante. L'injection de médicaments opioïdes est maintenant fréquente, surtout chez les jeunes de 24 ans et moins. Cette hausse est inquiétante, car le risque de dépendance aux médicaments opioïdes est très important, une grande proportion des consommateurs se les injectent et la consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et donc le risque d'infection par le

VIH et le VHC⁹². L'injection de médicaments opioïdes était un prédicteur indépendant de la transmission du VHC dans une analyse réalisée dans la cohorte St-Luc d'UDI montréalais⁹³. Cette tendance doit être surveillée attentivement; du matériel adapté à l'injection de ces substances doit être rendu disponible.

Chez les UDI, le partage de matériel d'injection est le principal facteur de risque d'infection par le VIH et par le VHC. La proportion de participants qui déclarent avoir utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre est en constante diminution et à son plus bas en 2013, mais encore 16,9 % des participants l'ont fait au moins une fois dans les six mois précédents. Les efforts doivent être poursuivis pour que l'objectif consistant en l'absence de partage de seringues puisse être atteint. De plus, la proportion de participants ayant utilisé au moins un item de matériel (autre qu'une seringue) déjà utilisé par quelqu'un d'autre est plus élevée que pour les seringues, soit autour de 30 %. Cette proportion a diminué entre 2010 et 2013.

Les personnes UDI sont aussi exposées à un risque élevé de transmission sexuelle du VIH, en plus du risque lié à l'injection. Le travail du sexe est associé à l'incidence du VIH (depuis 2003 chez les deux sexes combinés) et à l'incidence du développement d'anticorps contre le VHC chez les femmes. Les relations anales avec les partenaires sexuels masculins occasionnels et clients sont fréquentes et souvent non protégées. Les interventions auprès de cette population devraient idéalement inclure du counselling sur la réduction des risques sexuels.

Le nombre annuel de cas féminins et masculins de nouveaux diagnostics chez des UDI enregistrés au Programme de surveillance de l'infection par le VIH a diminué respectivement de 40 % et 46 % entre les périodes 2005-2009 et 2010-2014. Parmi les participants au réseau SurvUDI, le taux d'incidence du VIH est maintenant plutôt stable, après avoir connu une diminution importante entre 1995 et 2008. Parmi les participants à la cohorte St-Luc, l'incidence du VIH a diminué de manière accélérée après l'an 2000⁹⁴. L'incidence du VHC a diminué, mais continue à osciller à des niveaux très élevés (entre 13 et 24 séroconversions par 100 personnes-années au cours des 5 dernières années disponibles). Un peu plus des trois-quarts (79 %) des cas d'hépatite C aigus déclarés entre 2006 et 2013 à Montréal et pour lesquels une enquête a pu être complétée, se rapportaient à des personnes ayant consommé de la drogue par injection au cours des six derniers mois⁹⁵. Au Québec, autant l'incidence de l'infection par le VIH que celle de l'infection par le VHC sont considérées élevées comparativement à ce qui est observé chez les UDI de plusieurs pays développés.

En 2013, 9,0 % des participants infectés par le VIH, de même que 15,5 % de ceux ayant des anticorps contre le VHC l'ignorent. Il est primordial de continuer à promouvoir le dépistage régulier du VIH et du VHC auprès de cette population. Des approches et stratégies adaptées, innovantes et intégrant divers problèmes de santé (toxicomanie, santé mentale/itinérance, infections, etc.) sont plus que jamais nécessaires. Les résultats d'une étude auprès des participants à la cohorte St-Luc suggèrent que chez les UDI devenus séropositifs au VHC, la connaissance de leur statut était

⁹² Roy, E., Arruda, N., Vaillancourt, E., et collab. (2012) Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal. *Drug Alcohol Rev*, 31(1), 72-80.

⁹³ Bruneau, J., Roy, E., Arruda, N., et collab. (2012) The rising prevalence of prescription opioid injection and its association with hepatitis C incidence among street-drug users. *Addiction*, 107(7), 1318-27.

⁹⁴ Bruneau, J., Daniel, M., Abrahamowicz, M., et collab. (2011) Trends in human immunodeficiency virus incidence and risk behavior among injection drug users in montreal, Canada: a 16-year longitudinal study. *American journal of epidemiology*, 173(9), 1049-58.

⁹⁵ Cox, J. et collab., « Facteurs d'exposition des cas d'hépatite C », dans *Risques infectieux et environnementaux : Montréal 2004-2010*, Montréal, Secteur Vigie et protection, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Mise à jour octobre 2014, Communication personnelle.

associée à une diminution de la consommation par injection, alors que le fait de demeurer séronégatif pour le VHC n'était pas associé à un changement soutenu des comportements à risque⁹⁶.

La prise en charge et le traitement se sont améliorés de façon importante pour le VIH, mais très peu pour le VHC. Toutefois, pour le VHC, les résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu du fait qu'il n'est pas indiqué de traiter d'emblée toutes les infections. Le suivi médical des patients infectés par le VHC se simplifie et les traitements disponibles s'améliorent constamment. Les nouveaux traitements causent moins d'effets secondaires, guérissent davantage de patients et en moins de temps qu'auparavant. Des stratégies doivent être mises en place afin de traiter les personnes infectées par le VHC et éviter qu'elles développent les complications associées à l'infection chronique (cirrhose et carcinome hépatocellulaire).

Au-delà d'être associée à l'acquisition d'ITSS, la consommation de drogue peut entraîner d'autres effets indésirables importants comme la surdose. Un nombre particulièrement élevé de surdoses sévères observées en mai et juin 2014 a fait l'objet d'une enquête par la direction de santé publique(DSP) de Montréal. Entre le 1^{er} mai et le 26 août 2014, la DSP de Montréal, avec la contribution de nombreux partenaires, a identifié 79 cas de surdoses sévères liées à une drogue autre que l'alcool, le cannabis ou les drogues de synthèse. Parmi ceux-ci, on comptait 28 décès. De l'information sur le mode de consommation était disponible pour 49 des cas de surdoses sévères; 80 % d'entre eux rapportaient s'être injectés.

Cet épisode de surdoses sévères et de décès a mené au développement d'un plan régional de prévention des surdoses. Les services d'injection supervisée (SIS) sont un des éléments essentiels de ce plan. Un projet de SIS, approuvé par le MSSS, a fait l'objet d'une demande d'exemption à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* auprès de Santé Canada en mai 2015. Un autre élément essentiel du plan régional est l'accessibilité à la naloxone, un antidote aux surdoses d'opioïdes, dans la communauté. Depuis juin 2015, une ordonnance collective signée par le directeur régional de santé publique de Montréal permet à des pharmaciens communautaires de remettre de la naloxone à des personnes ayant suivi une formation accréditée. Des formations sont présentement offertes à des consommateurs d'opioïdes et à leurs proches (formation PROFAN) et à des intervenants communautaires (formation offerte par la direction régionale de santé publique). À la fin de septembre 2015, 100 personnes avaient été formées, 68 trousseaux de naloxone distribués, et la naloxone avait été utilisée avec succès lors de quatre surdoses sévères.

Les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) représentent l'un des groupes les plus vulnérables aux infections par le virus de l'immunodéficience humaine et le virus de l'hépatite C. Les efforts visant à augmenter l'utilisation de matériel d'injection stérile, (en tenant compte des changements dans les drogues consommées), le dépistage régulier du VIH et du VHC ainsi que la prise en charge médicale des personnes infectées doivent se poursuivre intensivement.

⁹⁶ Bruneau, J., Zang, G., Abrahamowicz, M., et collab. (2014) Sustained drug use changes after hepatitis C screening and counseling among recently infected persons who inject drugs: a longitudinal study. *Clin Infect Dis*, 58(6), 755-61.

15 Personnes incarcérées

En 2012-2013, 42 720 personnes ont été admises dans le système carcéral québécois, pour une population moyenne présente à chaque jour de 5 031 individus⁹⁷. Il y a de plus en plus d'individus incarcérés dans les centres de détention québécois. Lors de la dernière étude de prévalence du VIH et du VHC en milieu carcéral menée en 2003-2004⁹⁸, il y avait en moyenne 3 757 individus incarcérés dans le système québécois, ce qui représente une augmentation de 34 % depuis la dernière étude. La durée moyenne de séjour en détention est de 67,3 jours, la médiane est de 25 jours⁹⁹.

15.1 Personnes incarcérées dans les établissements provinciaux au Québec

L'Étude de prévalence du virus de l'immunodéficience humaine et du virus de l'hépatite C chez les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux au Québec¹⁰⁰ est une étude descriptive transversale mesurant la prévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque dans la population carcérale d'établissements de détention provinciaux québécois. Des 17 établissements de détention du réseau québécois, sept ont été inclus dans la présente étude; ces sites hébergent environ 40 % des individus incarcérés dans le réseau québécois; quatre sont situés en milieu urbain et 3 en milieux semi-urbains. Tous les individus présents au centre de détention lors de la visite de l'équipe de recherche et répondant aux critères de sélection ont été invités à participer. Compte tenu du nombre limité de détenues dans les centres de détention pour femmes, trois visites à deux mois d'écart ont été effectuées dans ces centres pour obtenir un nombre suffisant de sujets féminins.

Entre mai 2014 et mars 2015, 1 321 hommes et 258 femmes ont participé. Similaire chez les hommes et les femmes, l'âge moyen des répondants est de 36,8 ans. Environ les trois quarts des répondants (77 % des hommes et 75 % des femmes) s'identifient comme canadiens français. La proportion d'Autochtones est de 5,9 %, chez les hommes et de 9,2 % chez les femmes. Près de la moitié des répondants (55 % des hommes et 50 % des femmes) n'ont pas complété leur secondaire. Une plus faible proportion d'hommes que de femmes rapportent être incarcérés pour un crime lié à la drogue (45 % vs 58 %).

Consommation de drogue, tatouage et comportement sexuels

À l'extérieur d'une prison

- Les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à s'être injecté de la drogue, que ce soit à vie (29 % vs 20 %) ou dans les six mois précédant l'incarcération (13 % vs 6 %). Parmi les UDI s'étant injectés au cours des six mois précédant l'incarcération, le partage des seringues est rapporté par 32 % des femmes et 22 % des hommes.
- Une très importante proportion des participants rapporte avoir « sniffé » de la cocaïne/héroïne ou fumé du crack à vie (79 % des femmes et 81 % des hommes).

⁹⁷ MSPQ. Tableau - Statistiques correctionnelles du Québec 2012-2013: Ministère de la Sécurité publique du Québec.

⁹⁸ Poulin C, Alary M, Lambert G, Godin G, Landry S, Gagnon H, et collab. Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. CMAJ. 2007;177(3):252-6.

⁹⁹ Giroux L. Profil correctionnel 2007-2008: La population correctionnelle du Québec. Services correctionnels, Ministère de la Sécurité publique; 2011.

¹⁰⁰ Courtemanche Y., Étude de prévalence du virus de l'immunodéficience humaine et du virus de l'hépatite C chez les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux du Québec. Mémoire de maîtrise en épidémiologie sous la direction du Dr Michel Alary, Université Laval, 2015.

- Le tatouage à vie est significativement plus fréquent chez les femmes (69 % vs 54 %); l'utilisation de matériel de tatouage non-stérile est rapportée par 7 % des femmes et 6 % des hommes.
- Les femmes rapportent plus souvent que les hommes des relations sexuelles avec un UDI (28 % des femmes et 21 % des hommes), de la prostitution orale (47 % des femmes et 2,2 % des hommes) ou encore de la prostitution anale/vaginale (70 % des femmes et 0,09 % des hommes).
- 7 % des hommes rapportent avoir déjà eu des relations sexuelles avec un autre homme, que cette relation soit anale ou orale.
- Les relations sexuelles non protégées sont fréquemment rapportées, particulièrement pour les relations vaginales (89,6 % des hommes et 93,3 % des femmes font un usage inconsistant du condom). Ces proportions d'utilisation inconsistante du condom sont moins élevées lors des relations vaginales avec un/une UDI (69 % des hommes et 75 % des femmes) ou encore lors des relations sexuelles anales entre hommes (78 %).

À l'intérieur d'une prison (centre de détention provincial ou fédéral)

- Les comportements à risque sont beaucoup moins fréquemment rapportés en prison qu'à l'extérieur.
- Il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à l'injection de drogue en prison, que ce soit au cours des incarcérations à vie (1,2 % des femmes et 2,2 % des hommes) ou au cours de l'incarcération présente (0,8 % des femmes et 0,2 % des hommes). Une importante proportion de ceux qui se sont injectés à vie en prison ne se sont pas injectés pendant leur incarcération présente (particulièrement les hommes).
- Les hommes sont plus nombreux à avoir « sniffé » de la cocaïne/héroïne ou fumé du crack en prison à vie (14 % des femmes et 24 % des hommes) ou pendant l'incarcération présente (7,3 % des femmes et 11 % des hommes).
- Les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à se faire tatouer en prison (4 % des femmes et 37 % des hommes) et le font moins souvent que les femmes avec du matériel non-stérile.
- Les relations sexuelles en échange de biens/faveurs en prison sont rapportées par une très faible proportion des participants (de l'ordre de 0,5 %, chez les hommes comme chez les femmes).

Dépistage

- Sept hommes sur dix (69 %) et les trois quarts des femmes (74 %) ont déjà passé un test de détection du VIH au cours de leur vie alors que 65 % des hommes et 63 % des femmes ont déjà passé un test de détection du VHC.
- En moyenne, le temps écoulé depuis le dernier test de détection est de 43 mois dans le cas du VIH et de 41 mois dans le cas du VHC. Ce délai ne varie pas selon que le sujet est un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) ou non. Le temps écoulé depuis le dernier test de détection du VHC est significativement plus long chez les UDI que les non-UDI (51 mois versus 37 mois).

Infection par le VIH et par le VHC

- Vingt-quatre hommes et deux femmes ayant participé à cette étude étaient infectés par le VIH, ce qui représente une prévalence de 1,8 % chez les hommes et 0,8 % chez les femmes. Parmi les UDI (avec antécédent d'injection à vie), ces prévalences sont respectivement de 6,7 % et de 2,9 %. Les UDI qui ont des relations sexuelles avec d'autres UDI sont plus à risque d'être infectés par le VIH, ainsi que les UDI d'origine autochtone.
- La prévalence des anticorps contre le VHC est de 11,9 % pour les hommes et 19,2 % pour les femmes. Parmi les UDI à vie, ces prévalences sont respectivement de 51 % et de 61 %. Le tatouage en prison est significativement associé avec le VHC chez les personnes non-UDI.

Connaissance de son statut sérologique et prise en charge médicale

- Pratiquement le tiers (31 %) des individus infectés par le VIH ignoraient leur statut au moment de l'étude. Cette proportion est plus élevée parmi les non UDI: six des sept non-UDI infectés ignoraient leur statut. Environ un participant infecté par le VHC sur sept (12,3 %) ignorait son statut, et comme pour le VIH, cette proportion est plus élevée chez les non UDI. Aucune différence significative dans la proportion d'individus ignorant leur statut n'a été observée entre les HARSAH et les non-HARSAH, tant pour le VIH que pour le VHC.
- Pratiquement neuf individus infectés par le VIH sur dix (89 %) ont rencontré leur médecin dans les 6 mois précédant leur incarcération, alors que 27 % des personnes infectées par le VHC l'ont fait. Parmi les individus infectés par le VIH connaissant leur statut, les trois quarts (77 %) étaient sous traitement lors de la présente incarcération tandis que seulement 2,6 % des personnes infectées par le VHC l'étaient (présentement infectées : présence d'anti-VHC et ne pas rapporter être guéri ou avoir complété les traitements).

Comparaison avec les données d'une étude menée en 2003¹⁰¹ dans les mêmes centres de détention, selon les mêmes modalités de recrutement et avec une taille d'échantillon similaire

- Globalement, les comportements à risque sont moins fréquents en 2014 qu'en 2003. L'injection de drogue à vie est significativement moins fréquente en 2014 qu'en 2003 chez les hommes (20 % vs 28 %) et chez les femmes (29 % vs 43 %). La consommation de cocaïne/héroïne inhalée ou crack fumé est semblable entre 2003 et 2014, quoique les hommes partagent moins le matériel en 2014 qu'en 2003. Le tatouage à vie rapporté en 2014 est légèrement plus fréquent qu'en 2003 mais l'utilisation de matériel de tatouage non-stérile est nettement moindre. Il n'y a aucune différence dans les comportements sexuels en prison rapportés entre 2003 et 2014.
- La prévalence du VIH est moins élevée en 2014 qu'en 2003, chez les hommes (1,8 % vs 2,4 %, baisse non statistiquement significative) et chez les femmes (0,8 % vs 8,8 %). La prévalence du VHC est elle aussi moins élevée en 2014 qu'en 2003, chez les hommes (12 % vs 17 %) et chez les femmes (19 % vs 29 %). Cependant, lorsque l'on compare les prévalences à l'intérieur de la strate des UDI puis de la strate des non-UDI, on n'observe pas de différence significative entre 2014 et 2003 (sauf en ce qui concerne la prévalence du VIH chez les femmes UDI, celle-ci étant passée de 21 % en 2003 à 2,9 % en 2014).

¹⁰¹ Poulin C, et collab., 2007. *op cit.*

Commentaires

Une plus grande proportion de femmes que d'hommes incarcérés rapportent s'être déjà injecté de la drogue au cours de leur vie (comme en 2003). C'est l'inverse de ce qui est observé dans la communauté, où les hommes sont plus que deux fois plus nombreux à s'injecter que les femmes^{102,103}. La proportion d'UDI dans la population carcérale est plus faible en 2014 qu'en 2003, chez les femmes comme chez les hommes. La population d'UDI sur l'île de Montréal semble aussi diminuer au fil du temps¹⁰⁴. En prison, les comportements à risque sont beaucoup moins présents qu'à l'extérieur de la prison, principalement parce qu'il est beaucoup plus difficile d'avoir accès aux substances/matériel (consommation de drogue) ou aux personnes (relations sexuelles) en milieu carcéral. Toutefois, environ 10 % des participants rapportent avoir consommé pendant leur incarcération présente (majoritairement cocaïne/héroïne inhalée ou crack fumé). Le matériel pour consommer la drogue - particulièrement pour l'injection - est souvent partagé en prison. Le matériel d'injection étant difficile à obtenir, il est possible qu'il soit partagé plus longtemps et par un plus grand nombre de personnes. Combiné aux prévalences très élevées de VIH et de VHC retrouvées chez les UDI en prison, ces derniers s'exposent à d'importants risques.

Les prévalences du VIH et du VHC dans la population carcérale sont beaucoup plus élevées que dans la population générale. Lorsqu'on stratifie en fonction de l'utilisation de drogues injectables, on observe que les prévalences de VIH/VHC ne sont élevées que chez les UDI. Les prévalences globales du VIH et du VHC sont plus basses en 2014 qu'en 2003 pour les deux sexes. Cependant, les prévalences stratifiées selon l'utilisation de drogues injectables n'ont pas changé entre 2003 et 2014, sauf en ce qui concerne le VIH chez les femmes. Les prévalences plus basses s'expliquent donc surtout par une diminution de la proportion d'UDI dans la population carcérale plutôt que par une réelle diminution de la prévalence. Une méta-analyse sur le VHC en prison a conclu que la proportion d'UDI dans la population carcérale était le facteur qui expliquait le mieux les différences de prévalence observées entre les études¹⁰⁵.

Près du tiers des participants infectés par le VIH et 12 % de ceux infectés par le VHC ignorent qu'ils le sont. Ces proportions sont particulièrement élevées parmi les non-UDI. Les individus non-UDI se perçoivent peut-être comme n'étant pas à risque, et leurs opportunités de dépistage sont moindres que pour les UDI qui sont en contact fréquent avec des organismes communautaires, surtout pour leur approvisionnement en seringues et aiguilles stériles.

Parmi ceux se sachant infectés par le VHC, une très faible proportion ont rencontré un médecin ou pris des médicaments avant l'incarcération, et moins de 3 % sont traités en prison. Plusieurs études ont démontré que le traitement des individus infectés par le VHC est possible et réaliste dans le milieu carcéral canadien¹⁰⁶.

¹⁰² Leclerc P, Roy, É., Morissette, C et collab. . Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection. Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2014.

¹⁰³ Adalf EM, Begin, P., Sawka, E. Canadian Addiction Survey (CAS): A national survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harms: details report. Ottawa: 2005.

¹⁰⁴ Leclerc, P., Fall, A. et Morissette, C., Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, 43 p.

¹⁰⁵ Vescio MF, Longo B, Babudieri S, et collab. Correlates of hepatitis C virus seropositivity in prison inmates: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62(4):305-13.

¹⁰⁶ Farley J, Vasdev S, Fischer B, et collab. Feasibility and outcome of HCV treatment in a Canadian federal prison population. *Am J Public Health*. 2005;95(10):1737-9.

Les personnes en détention doivent avoir :

i) un accès au matériel de prévention

La distribution d'eau de javel pour nettoyer le matériel d'injection ou de tatouage n'est pas équivalente à un accès à du matériel stérile. Pour qu'elle soit efficace, la distribution de condoms/digues dentaires ainsi que tout autre outil de prévention doit être universelle et continue. La réduction des méfaits liée aux pratiques de tatouages en prison devrait être une priorité (dans le cadre de la présente étude, le tatouage en prison était associé à la présence d'anticorps contre le VHC).

ii) un accès au dépistage des ITSS

Les individus ignorant leur statut ne peuvent bénéficier des traitements et sont plus à risques de transmettre l'infection. Le dépistage devrait être offert systématiquement et non pas sur la base d'une évaluation des facteurs de risque, car plusieurs individus infectés ne rapportent pas de facteur de risque¹⁰⁷.

iii) un accès aux traitements

Tant pour le VIH que pour le VHC, on observe moins d'individus sous traitement pour leur infection en détention que dans la communauté. L'effet des traitements est important tant au niveau individuel (guérison/ralentissement de la progression) qu'au niveau populationnel (diminution du risque de transmission). Lors de l'incarcération, le système carcéral devrait assurer la continuité des traitements et les amorcer lorsque nécessaire.

Le dépistage des ITSS et la prise en charge médicale des personnes infectées ne sont pas réalisables ou nécessitent d'importants ajustements lorsque la durée d'incarcération est très brève, ce qui est souvent le cas. Par ailleurs, plusieurs individus seront incarcérés à de multiples reprises au cours de leur vie, le lien entre les services dans la communauté et le milieu carcéral est donc primordial.

¹⁰⁷ Begier EM, Bennani Y, Forgione L, et collab. Undiagnosed HIV infection among New York City jail entrants, 2006: results of a blinded serosurvey. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010;54(1):93-101.

16 Québécois originaires de régions où le VIH est fortement endémique

16.1 Montréalais originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones

Ces deux communautés représentent respectivement 4,3 % (24 300/560 380) et 2,9 % (16 040/560 380) des résidents de l'île de Montréal âgés de 15-49 ans¹⁰⁸.

Le *Portrait 2011-2012* a présenté les données d'une étude menée auprès de la population montréalaise originaire d'Haïti. Ce *Portrait 2014-2015* rend compte d'observations colligées auprès de Montréalais originaires d'Afrique subsaharienne (MASS) et des Caraïbes anglophones (MCAR).

L'enquête de surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne (MASS) et des Caraïbes anglophones (MCAR)¹⁰⁹ a été menée sur l'île de Montréal, de juin 2013 à février 2014. Pendant la période d'étude, l'enquête a rejoint 1 602 participants âgés de 15-49 ans dont 1 105 MASS et 497 MCAR.

L'âge moyen de l'ensemble des participants était de 30,8 ans; respectivement 61 % des MASS et 46 % des MCAR étaient des hommes. Les dates d'immigration étaient postérieures à l'année 2000 pour 86 % des MASS et 50 % des MCAR. Jusqu'à 70 % des MASS et 38 % des MCAR avaient terminé un niveau supérieur ou égal aux études secondaires. Une plus grande proportion de MCAR que de MASS n'étaient pas en couple (61 % vs 51 %) ou étaient en couple non cohabitant (18 % vs 15 %). La grande majorité des hommes MASS étaient circoncis, soit 91 % vs 35 % des MCAR. La majorité des participants se disaient hétérosexuels, soit 98 % des MASS vs 95 % des MCAR.

Comportements sexuels

- Environ un participant sur 10 (11 %) a déclaré n'avoir jamais eu de relation sexuelle au cours de sa vie (13 % des MASS comparativement à 7 % des MCAR).
- Un peu plus de la moitié (58 %) des MASS et le tiers (32 %) des MCAR n'avaient eu que des partenaires sexuels originaires d'Afrique subsaharienne ou des Caraïbes au cours de leur vie. La grande majorité (84,5 %) des 15-49 ans actifs sexuellement ont déclaré avoir eu des relations sexuelles au cours de la dernière année; un peu plus du tiers d'entre eux (37 %) avaient eu deux partenaires sexuels ou plus. Pendant cette période, 33 % des MASS comparativement à 47 % des MCAR avaient eu au moins un partenaire sexuel occasionnel.
- Jusqu'à 40 % des femmes comparativement à 19 % des hommes MASS, de même que 45 % des femmes par rapport à 23 % des hommes MCAR n'avaient pas utilisé de condom lors du dernier rapport sexuel avec leurs partenaires sexuels occasionnels.
- Parmi les participants qui avaient effectué un voyage au cours des cinq dernières années dans un pays à forte endémicité pour le VIH, 34 % des MASS et 27 % des MCAR y avaient eu des rapports sexuels avec un partenaire habitant dans l'un de ces pays; parmi ceux-ci, un peu plus de

¹⁰⁸ Recensement 2006.

¹⁰⁹ Fall, A., Adrien, A., Leclerc P., et collab. *Surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones*. Montréal, Canada : Direction de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2014. (en production).

la moitié (56 %) n'avait pas toujours utilisé un condom durant les rapports sexuels avec ce partenaire.

- Au total, 4,5 % des participants ont dit avoir donné de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles au cours de la dernière année (chez les MASS 6,3 % des hommes comparativement à 0,4 % des femmes et, parmi les MCAR, 8,4 % des hommes par rapport à 2,1 % des femmes).
- Par ailleurs, 2,0 % des participants ont déclaré avoir reçu de l'argent, des drogues ou d'autres biens ou services en échange de relations sexuelles au cours de la dernière année (4,2 % des MCAR comparativement à 0,9 % des MASS; et parmi les MCAR, 6,8 % des hommes comparativement à 1,6 % des femmes).

Comportements de consommation de drogue

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

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

- Au total, 61 % des participants recrutés dans les deux communautés n'avaient pas de médecin de famille ou de fournisseur de soins de santé primaire (soit 67 % des MASS et 47 % des MCAR).
- Parmi les MCAR, 12 % ont déclaré un antécédent à vie de chlamydia, de gonorrhée ou de syphilis par rapport à 3,4 % des MASS.
- Au total, 80 % des MASS comparativement à 61 % des MCAR avaient déjà passé un test de dépistage du VIH au cours de leur vie; les deux tiers de ceux-ci (68 % des MASS et 69 % des MCAR) avaient passé leur dernier test au cours des deux années précédentes.

Résultats des prélèvements biologiques

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

Commentaires

Les Québécois originaires d'un pays où le VIH est fortement endémique (essentiellement Haïti, et les pays de l'Afrique subsaharienne) représentent 18 % des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH déclarés au Québec en 2014 et un peu plus de la moitié (55 %) de ceux qui se rapportent aux femmes¹¹⁰. Au Québec, les deux tiers des cas d'infections par voie hétérosexuelle sont originaires des Caraïbes (essentiellement d'Haïti) ou d'Afrique subsaharienne¹¹¹. Les Africaines représentent 59 % et les Haïtiennes/Antillaises 22 % de l'ensemble des femmes (n = 49) ayant consulté au Centre maternel et infantile sur le sida en 2013¹¹².

La prévalence du VIH pour l'ensemble des participants à l'étude auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones était de 1,4 %, soit une prévalence similaire à celle de 1,3 % mise en évidence dans la communauté haïtienne entre 1994-1996¹¹³ et environ sept fois plus élevée que celle estimée dans la population générale (0,24 %).

Parmi ceux qui ont obtenu un résultat positif pour le VIH, la proportion de ceux qui ignoraient qu'ils étaient séropositifs était beaucoup plus élevée (68 %) que celle observée dans d'autres populations : selon l'Agence de la santé publique du Canada, les proportions estimées des personnes vivant avec le VIH qui ne connaissent pas leur statut sont de 18 % pour les HARSAH, de 20 % pour les UDI et de 28 % pour les hétérosexuels¹¹⁴. Un biais de désirabilité sociale (ne pas reconnaître que l'on est infecté lorsque l'on répond au questionnaire) pourrait expliquer cette différence; de même que le fait qu'un grand nombre de répondants n'avaient pas de médecin de famille ou de fournisseur de soins de santé primaire (soit 67 % des Africains subsahariens par rapport à 46,5 % des Caribéens anglophones), comparativement à l'enquête TOPO réalisée en 2012 où cette proportion était de 35 % pour l'ensemble des Montréalais¹¹⁵.

L'Enquête a permis de constater une fréquence non négligeable des relations sexuelles non protégées chez certains participants lors d'un voyage récent dans un pays où le VIH est endémique. Ce résultat avait été précédemment observé dans la communauté haïtienne vivant à Montréal¹¹⁶. Des messages de sensibilisation mettant en garde les voyageurs et des trousseaux de prévention devraient être distribués à des points de services stratégiques afin de favoriser le changement des comportements.

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

¹¹⁰ Bitera, R. et collab., 2014 *op. cit.*

¹¹¹ Bitera, R. et collab., 2014 *op. cit.*

¹¹² Lapointe, N., Samson, J. et Boucet, M. *Programme d'intervention sur l'infection par le VIH et la grossesse 2013*, Montréal, Centre maternel et infantile sur le sida, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, 2014, 7 p.

¹¹³ Adrien, A., et collab. 2004, *Les Montréalais d'origine haïtienne et l'infection au VIH : Prévalence de l'infection au VIH, situations et comportements associés*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998, 85 p.

¹¹⁴ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, communication personnelle, novembre 2015.

¹¹⁵ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants, 2012.

¹¹⁶ Adrien A, Cox J, Leclerc P, et collab. Behavioral Risks for HIV Infection Among Quebec Residents of Haitian Origin. *J Immigrant Minority Health* 2010; 12:894-899.

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

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

17 Autochtones

Au Québec, les membres des Premières Nations (82 653 personnes) sont répartis en dix nations; environ 72 % d'entre eux résident toujours dans l'une ou l'autre de leurs 41 communautés. Les quelque 10 000 Inuits résidant au Québec sont dispersés au sein de 14 villages situés le long du littoral de la baie d'Hudson, du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava¹¹⁷.

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

En 2014, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James affichent des taux de cas déclarés de chlamydie respectivement quatorze et sept fois supérieurs à celui de l'ensemble du Québec ainsi que des taux de cas déclarés d'infection gonococcique respectivement 36 fois et 6 fois plus élevés que celui de la province. Par contre, la syphilis infectieuse, l'hépatite C, l'hépatite B aiguë et l'infection par le VIH sont des infections rarement rapportées dans ces régions.

Hors des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, la situation épidémiologique des Premières Nations au regard des ITSS demeure relativement peu connue. Aucune étude représentative de la population des Premières Nations n'a encore été effectuée au Québec concernant la prévalence des ITSS.

Près des deux tiers de la population autochtone du Québec ont moins de 30 ans¹¹⁸. Comme dans toutes les populations, les jeunes ont davantage de comportements à risque. Il importe donc de concevoir des programmes de prévention adaptés à leur réalité.

Plus d'un participant au réseau SurvUDI sur dix rapporte une origine autochtone en 2011-2014. Il s'agit d'une surreprésentation importante considérant que les Autochtones représentaient seulement 1,2 % de la population québécoise en 2010 (91 680 Amérindiens et Inuits/7 880 927 habitants)¹¹⁹.

Lors d'une étude récente auprès de 990 hommes et femmes autochtones âgés de 18 à 60 ans **recrutés dans diverses communautés** des Premières Nations de la région du Québec, 14 % des hommes et 19 % des femmes ont rapporté s'être injectés de la cocaïne une fois ou plus au cours des 12 derniers mois¹²⁰. Par ailleurs, la moitié des participants (53 % des hommes et 47 % des femmes) à une étude menée auprès d'Autochtones résidants **en milieu urbain**, soit à Regina en Saskatchewan, ont signalé avoir utilisé, à un moment dans leur vie, des drogues injectables; près d'un tiers (30 %) de tous les participants avaient utilisé des drogues injectables pendant les six mois précédant l'entrevue¹²¹. Des efforts particuliers, s'intégrant dans une perspective de santé globale des populations autochtones, doivent être entrepris à l'égard de la consommation de drogues.

¹¹⁷ Secrétariat aux affaires autochtones, *Statistiques des populations autochtones du Québec 2011*, Québec, Secrétariat aux affaires autochtones, 2011, [En ligne], [<http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/population.htm>].

¹¹⁸ Disant, M.J. et collab., *Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé*, Carnet-synthèse n° 4, Montréal, Réseau de recherche en santé des populations du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 11 p.

¹¹⁹ Gaudreault, D. (2011) *Amérindiens et Inuits - Portrait des nations autochtones du Québec - 2e édition*, Québec, Secrétariat aux affaires autochtones, 59 p.

¹²⁰ Laghdir et collab., *Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des Premières Nations : Région du Québec*, [Wendake (Québec)], Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2011, 155 p.

¹²¹ Résumé des principaux résultats de l'enquête pilote A-track (2011-2012)

18 Travailleuses et travailleurs du sexe

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

Annexe 1

**Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de
certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2014**

Tableau 17 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les hommes, Québec, 2014

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ^a		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ^d	Tx ^e
< 1 an	3	6,6	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,4	0	0,0
1-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,0	0	0,0	0	0,0
10-14	8	4,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	5	2,5	0	0,0	0	0,0
15-19	1 106	483,8	129	56,2	0	0,0	12	5,0	13	5,5	5	2,2	3	1,3
20-24	2 954	1 069,1	576	208,5	2	0,7	67	24,3	25	8,9	24	8,5	19	7,0
25-29	1 752	656,0	535	200,2	8	3,0	78	29,0	47	17,6	56	20,8	30	11,7
30-34	999	341,3	357	121,8	12	4,1	94	32,1	87	29,7	49	16,6	32	11,2
35-39	550	191,1	241	83,7	10	3,5	61	21,2	99	34,2	66	22,9	34	12,0
40-44	286	107,3	170	63,9	6,5	2,4	52	19,5	76	28,6	67	25,2	31	11,8
45-49	249	86,7	138	48,1	8	2,8	68	23,7	42	14,5	99	34,5	27	9,4
50-54	149	45,7	118	36,1	6	1,8	58	17,8	42	12,9	105	32,1	30	9,2
55-64	130	22,5	91	15,7	7	1,2	51	8,7	61	10,5	194	33,4	16	2,8
65 et +	24	3,8	18	2,9	1	0,2	13	2,0	41	6,5	50	7,9	5	0,8
Inconnu	8		0		0		0		0		5		0	
Total	8 216	201,0	2 373	58,1	61	1,5	552	13,5	539	13,2	719	17,6	227	5,6

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

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

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

^c Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

^d Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enregistrés en 2014 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2015.

^e Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

Tableau 18 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les femmes, Québec, 2014

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ^a		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ^d	Tx ^e
< 1 an	2	4,6	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	1	0,3	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,3	0	0,0
10-14	137	71,1	11	5,7	0	0,0	0	0,0	2	1,0	2	0,0	1	0,5
15-19	4 636	2 097,0	211	95,4	0	0,0	5	2,3	7	3,2	9	2,9	0	0,0
20-24	5 929	2 175,6	330	120,9	1	0,4	8	2,9	29	10,6	27	8,1	5	1,9
25-29	2 265	875,0	169	65,1	0	0,0	9	3,5	67	25,9	26	11,8	6	2,4
30-34	1 006	357,7	81	28,6	0	0,0	6	2,1	98	34,8	25	15,0	6	2,2
35-39	504	182,0	36	13,0	0	0,0	2	0,7	51	18,4	24	11,7	4	1,5
40-44	231	90,7	28	11,0	0	0,0	0	0,0	23	9,0	28	21,0	10	4,0
45-49	95	34,0	21	7,6	0	0,0	0	0,0	16	5,6	39	17,7	2	0,7
50-54	55	17,0	8	2,5	0	0,0	2	0,6	23	7,2	48	17,8	6	1,9
55-64	32	5,6	5	0,9	0	0,0	1	0,2	35	6,0	55	13,3	9	1,5
65 et +	8	1,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	38	4,9	61	5,8	2	0,3
Inconnu	11		0		0		0		1		3		0	
Total	14 910	360,4	903	21,8	1	0,0	33	0,8	391	9,5	347	8,4	51	1,2

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

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

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

^c Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

^d Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enregistrés en 2014 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2015.

^e Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

Tableau 19 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2014

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ^a		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ^d	Tx ^e
< 1 an	5	5,6	2	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0	0	0,0
1-9	1	0,1	2	0,3	0	0,0	0	0,0	6	0,8	0	0,4	0	0,0
10-14	145	36,7	12	3,0	0	0,0	0	0,0	7	1,8	2	0,2	1	0,3
15-19	5 745	1 277,8	341	75,7	0	0,0	17	3,7	20	4,3	14	2,0	3	0,7
20-24	8 890	1 619,9	908	165,4	3	0,5	75	13,7	54	9,7	50	9,7	24	4,5
25-29	4 022	764,7	706	134,3	8	1,5	87	16,4	114	21,7	82	14,6	36	7,1
30-34	2 006	349,5	439	76,5	12	2,1	100	17,4	185	32,2	74	18,3	38	6,7
35-39	1 055	186,8	278	49,2	10	1,8	63	11,2	150	26,5	90	23,1	38	6,9
40-44	518	99,4	199	38,2	6,5	1,2	52	10,0	99	19,0	95	30,0	41	8,0
45-49	344	60,8	159	28,2	8	1,4	69	12,2	57	10,1	138	34,0	29	5,2
50-54	204	31,5	126	19,4	6	0,9	60	9,3	65	10,1	153	35,3	36	5,6
55-64	162	14,0	96	8,3	7	0,6	52	4,5	95	8,2	250	20,7	25	2,2
65 et +	32	2,3	19	1,4	1	0,1	13	0,9	79	5,6	111	8,3	7	0,5
Inconnu	73		6		0		0		2		58		0	
Total	23 198	282,1	3 292	40,0	62	0,7	586	7,1	931	11,3	1 116	13,6	278	3,4

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

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

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

^c Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

^d Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enregistrés en 2014 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2015.

^e Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca