

Surveillance
des infections
transmissibles
sexuellement
et par le sang

FACTEURS DE RISQUE POUR L'HÉPATITE C : ANALYSE DES
ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES FAITES LORS DE LA DÉCLARATION
DES CAS D'INFECTION PAR LE VHC AU QUÉBEC

AVRIL 2002 À MARS 2004

Québec 

FACTEURS DE RISQUE POUR L'HÉPATITE C : ANALYSE DES
ENQUÊTES ÉPIDÉMIOLOGIQUES FAITES LORS DE LA DÉCLARATION
DES CAS D'INFECTION PAR LE VHC AU QUÉBEC

AVRIL 2002 À MARS 2004

Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels

mars 2008

AUTEURS

Pier-Raymond Allard, agent de recherche sociosanitaire
Institut national de santé publique du Québec

Raymond Parent, conseiller scientifique
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Lina Noël, agente de recherche sociosanitaire
Institut national de santé publique

Mélanie Tessier, technicienne de recherche
Institut national de santé publique du Québec

Sylfreed Minzunza, analyste en informatique
Bureau de surveillance et de vigie sanitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

ÉVALUATEURS EXTERNES

Michel Alary, épidémiologiste, médecin-conseil
Unité de recherche en santé des populations, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec

Louise Ringuette, agente de recherche sociosanitaire
Bureau de surveillance et de vigie sanitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux

Claude Laberge, médecin-conseil
Service des luttes contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ministère de la Santé et des Services sociaux

SECRETARIAT

Nicole Dubé, agente administrative
Institut national de santé publique du Québec

Cette étude a été confiée par le Bureau de surveillance et de vigie à l'Institut national de santé publique du Québec et sa réalisation a été financée par la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux 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 2008
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-54201-8 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-54202-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2008)

SOMMAIRE

Les résultats présentés dans ce document proviennent d'une enquête nationale sur l'épidémiologie du virus de l'hépatite C (VHC) réalisée à la suite d'un diagnostic transmis au registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO). Entre avril 2002 et mars 2004, les directions de santé publique se sont engagées à réaliser des entrevues auprès des personnes atteintes du VHC afin de cerner, entre autres, les facteurs de risque liés à la transmission de cette infection.

Durant la période à l'étude, 4 918 cas d'infection par le VHC ont été déclarés au registre MADO. De ce nombre, 2 482 ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique, pour un taux global de participation de 50 %.

Les personnes infectées par le VHC rapportent l'usage de drogues par injection ou par inhalation dans 78 % et 72 % des cas respectivement. L'usage de drogues est la cause la plus fréquemment identifiée comme source de transmission de leur infection. Les risques liés aux transfusions sanguines et aux transplantations d'organes ou de tissus sont mentionnés par 20 % des cas d'infection par le VHC. Ces derniers rapportent également l'usage de drogues par injection dans plus de la moitié des cas. Les autres facteurs de risque, tels le contact avec le sang par tatouage ou piercing, les relations sexuelles avec une personne infectée, les soins de santé à l'étranger ou les expositions accidentelles en milieu de travail, ne comptent que pour une fraction des personnes infectées et ne dépassent pas, de façon cumulative, les 10 % des cas d'infection par le VHC.

L'usage de drogues par injection ou par inhalation demeure actuellement le mode de transmission le plus fréquemment rapporté chez les cas infectés par le VHC. Les utilisateurs de drogues présentent, de plus, de multiples autres risques concomitants d'infection. Des interventions soutenues doivent être dirigées vers ces personnes pour limiter la propagation de l'épidémie.

Nous tenons à remercier les directions de santé publique pour leur collaboration ainsi que les nombreux intervenants de santé qui ont contribué à la collecte des données.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES.....	V
INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	3
1.1 Épidémiologie de l'hépatite C	3
1.2 Histoire naturelle de la maladie	5
2 MÉTHODOLOGIE	7
2.1 Collecte des données	7
2.2 Analyse des données	7
3 RÉSULTATS	9
3.1 Taux de participation et représentativité.....	9
3.2 Valeurs manquantes.....	12
3.3 Caractéristiques sociodémographiques des cas enquêtés	12
3.3.1 Sexe et âge.....	12
3.3.2 Distribution ethnoculturelle	13
3.4 Données cliniques	14
3.5 Distribution des facteurs de risque	15
3.5.1 Portrait global.....	15
3.5.2 Histoire d'usage de drogues	16
3.5.3 Transfusions sanguines et greffes.....	17
3.5.4 Autres contacts avec le sang.....	17
3.5.5 Relations sexuelles avec une personne infectée.....	18
3.5.6 Soins de santé à l'étranger	18
3.5.7 Exposition accidentelle au travail.....	19
3.5.8 Autres contextes à risque	19
4 LIMITES ET RÉSERVE	21
5 DISCUSSION	23
CONCLUSION	27
RÉFÉRENCES.....	29
ANNEXE 1 CONCOMITANCE DES RISQUES D'INFECTION PAR LE VHC	37
ANNEXE 2 FICHES DESCRIPTIVES DE DONNÉES PAR SEGMENTS DE CLIENTÈLES INFECTÉES	41

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de cas déclarés et enquêtés et pourcentage de réponses pour l'enquête épidémiologique des cas de VHC, selon la région de résidence, province de Québec, 1 ^{er} avril 2002 au 31 mars 2004.....	10
Tableau 2	Pays de provenance des individus infectés par le VHC d'origine autre que canadienne, province de Québec, 1 ^{er} avril 2002 au 31 mars 2004.....	14
Tableau 3	Fréquence des facteurs de risque des cas enquêtés de VHC, province de Québec, 1 ^{er} avril 2002 au 31 mars 2004.....	16

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre de cas déclarés d'infection par le VHC au Québec, 1990–2007.....	4
Figure 2	Taux de déclaration des cas d'hépatite C au Québec, 2001–2007.....	4
Figure 3	Proportion des cas déclarés et des cas enquêtés d'hépatite C, par sexe, province de Québec, 1 ^{er} avril 2002 au 31 mars 2004.....	11
Figure 4	Proportion des cas déclarés et des cas enquêtés d'hépatite C, par groupe d'âge, province de Québec, 1 ^{er} avril 2002 au 31 mars 2004.....	11
Figure 5	Distribution du nombre de cas enquêtés d'hépatite C, selon le sexe et l'âge, province de Québec, 1 ^{er} avril 2002 au 31 mars 2004.....	13

INTRODUCTION

Le nombre de nouveaux cas d'infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS) est en constante progression depuis les dix dernières années au Québec¹, exception faite des cas d'hépatite B pour lequel un programme d'immunisation existe². L'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) constitue quant à elle un problème de santé publique majeur depuis une décennie, tant au Québec³⁻⁶ qu'au Canada⁷⁻¹⁰ ou ailleurs dans le monde¹¹⁻¹⁶.

L'infection par le VHC est le plus souvent asymptomatique sur une longue période¹⁷ et une grande partie des porteurs du virus ne connaissent pas leur statut sérologique¹⁸. D'autre part, la chronicité de l'infection entraîne une morbidité sévère allant de la cirrhose au cancer du foie^{19, 20}, voire même jusqu'au décès de certaines personnes infectées^{21, 22}. La grande contagiosité de ce virus, en particulier dans les cas de contact parentéral avec du sang^{23, 24} permet au virus de provoquer des épidémies, même en situation de contrôle de l'incidence du VIH^{24, 25}. On compte, en effet, environ quatre à cinq fois plus de cas de VHC que de VIH²⁶.

Longtemps identifié comme virus de l'hépatite non-A non-B, le VHC a été caractérisé en 1989²⁷ et est considéré aujourd'hui comme la principale cause des maladies chroniques du foie (cirrhose, cancer) et la raison la plus fréquente de transplantation hépatique²⁸. La transmission hématogène du VHC favorise la co-infection par le virus de l'hépatite B (VHB) ou le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le délai d'apparition des complications est alors plus rapide²⁹⁻³¹ et les chances de succès des traitements sont compromises³².

La présente étude dresse le portrait des personnes infectées par le VHC au Québec et cherche à mieux caractériser les modes de transmission de cette infection. À ce jour, les informations sur les modes de transmission du VHC provenaient de certaines études internationales^{12, 13, 27, 33-40} mais aucune donnée n'était venue présenter le portrait de l'infection spécifiquement pour le Québec. Compte tenu de la méthodologie utilisée, nous ne mesurons pas dans ce qui suit la prévalence et l'incidence de l'infection par le VHC au Québec.

Cette analyse a été réalisée à la demande de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le mandat confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) visait à documenter les facteurs de risque associés à la transmission de l'infection et à caractériser les personnes ayant fait l'objet d'une déclaration d'infection par le VHC durant la période d'avril 2002 à mars 2004.

Les données proviennent des enquêtes réalisées durant cette période par les directions de santé publique de diverses régions sociosanitaires, lorsqu'un cas de VHC était déclaré au registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

L'analyse s'inscrit dans une série de travaux récents menés à l'INSPQ à propos de la situation du VHC au Québec. Ceci est en lien avec le plan national de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants.

1 CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

1.1 ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'HÉPATITE C

On estime aujourd'hui que jusqu'à 3 % de la population mondiale serait infectée par le VHC, soit l'équivalent de 170 à 200 millions de personnes et que 3 à 4 millions de personnes seraient nouvellement infectées à chaque année⁴¹. Aux États-Unis, on estime que 4 millions de personnes sont infectées^{12, 34} (prévalence à 1,8 %⁴²).

On supposait en 1998 qu'environ 240 000 canadiens étaient infectés par le VHC, pour une prévalence de 0,8 %⁴³. De nouvelles infections étant contractées chez 6 000 à 8 000 personnes chaque année⁴⁴ (étendue d'incidence de 10 à 20 par 100 000 personnes-année⁴⁵), ce serait actuellement entre 262 000 et 288 000 canadiens qui seraient infectés par le VHC, et ce en considérant un taux de mortalité incident de 1 à 2 % annuellement tel qu'observé au cours des dernières années.

Les calculs établis pour le Québec, tenant compte des taux de prévalence et d'incidence tirés des études sur le territoire^{18, 23, 43-50}, arrivent à des proportions semblables à celles du Canada, pour un nombre probable de cas de VHC oscillant entre 50 000 et 75 000 personnes⁵¹.

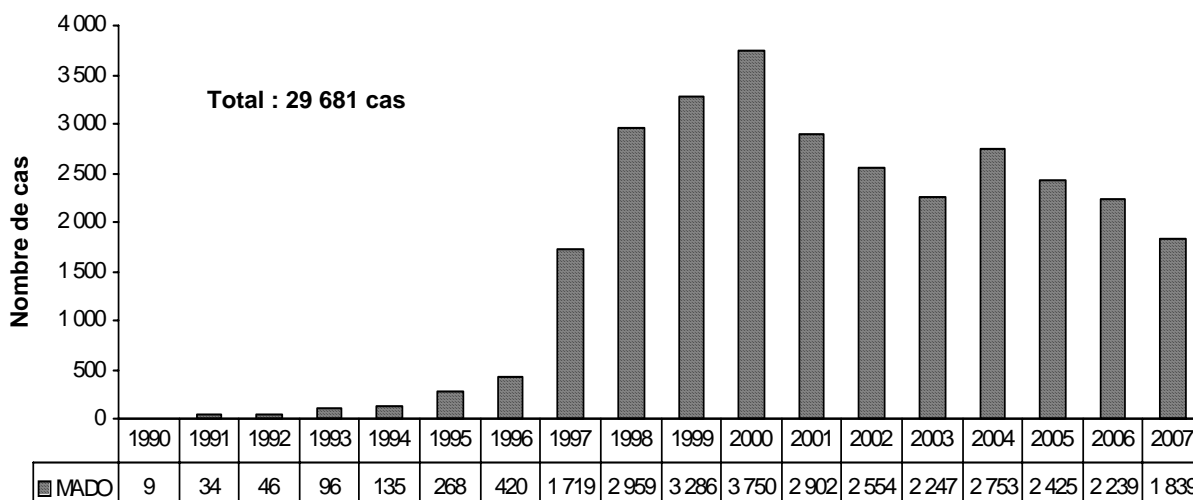
Le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) enregistre depuis 1990 des cas d'hépatite C dans le registre MADO, même si ce n'est qu'à partir de 1997 que celle-ci est officiellement inscrite à la liste des maladies à déclaration obligatoire par les médecins. Ce n'est que depuis avril 2002 que le VHC est à déclaration obligatoire conjointe par les laboratoires. De plus, le LSPQ agit depuis 1999 à titre de laboratoire de référence pour la confirmation des diagnostics. À ce jour, près de 30 000 cas de VHC ont été déclarés au Québec (Figure 1) au registre MADO.

Quoiqu'il y ait eu peu de déclarations avant 1997, il a été possible d'enregistrer un peu plus d'un millier de cas de VHC avant le début de la surveillance de cette maladie au registre MADO. Suite à l'introduction de l'infection au VHC à la liste des MADO, le nombre annuel de nouvelles déclarations a augmenté d'une façon importante jusqu'au début des années 2000 pour ensuite continuer à fluctuer entre 2 000 et 3 000 cas annuellement.

Depuis 2001, le nombre de nouveaux diagnostics de VHC, bien que toujours élevé, ne cesse de diminuer. Entre 2001 et 2007, on assiste à une baisse de 36,6 % du nombre de nouvelles déclarations (Figure 1), soit une diminution de 38,5 % du taux de déclaration par 100 000 personnes-année (Figure 2). Cette baisse s'explique probablement par le rattrapage, réalisé durant la période de 1997 à 2001, de la détection des anciens cas d'infection au VHC.

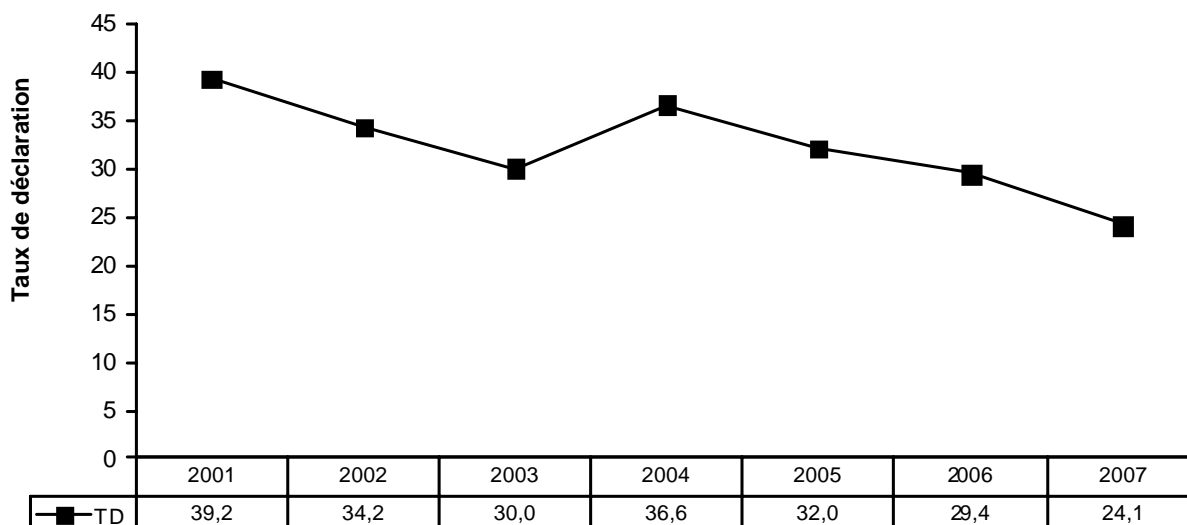
Le nombre élevé de cas déclarés entre 1997 et 2001 témoigne aussi de l'effet d'un dépistage intensifié⁴⁸ et la baisse observée depuis ne signifie pas que l'incidence ait nécessairement diminué. Elle reflète plutôt un ralentissement du rattrapage dans la détection des cas chroniques de VHC¹.

Figure 1 Nombre de cas déclarés d'infection par le VHC au Québec, 1990–2007



Source : Registre MADO, Maladies à déclaration obligatoire, LSPQ, en date du 14 février 2008*

Figure 2 Taux de déclaration des cas d'hépatite C au Québec, 2001–2007



TD : Taux de déclaration pour 100 000 personnes/année : les cas sont déclarés sans qu'il ne soit possible de déterminer s'il s'agit d'un cas aigu ou chronique, la mesure du taux donne ainsi une idée du rythme de détection de l'infection mais pas de son incidence.

Source : Registre MADO, Maladies à déclaration obligatoire, LSPQ, en date du 14 février 2008*.
 Dénominateur : population du Québec, DRI-MSSS, ISQ.

* Données provisoires pour 2007 puisque les directions de santé publique ont eu jusqu'au 30 avril 2008 pour terminer la saisie des cas. Les données pourraient légèrement varier.

1.2 HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE

Contrairement à l'hépatite B ou au VIH qui peuvent être transmis par la plupart des liquides biologiques, l'hépatite C se transmet essentiellement par l'exposition à du sang et à ses dérivés. Certaines voies montrent une plus grande infectiosité^{12, 34} et l'exposition percutanée directe avec le sang d'une personne contaminée présente le plus grand risque³⁶.

L'infection par le VHC évolue vers la chronicité dans 80 % à 85 % des cas^{52, 53}. Chez les personnes en phase aiguë (primo-infection récente), environ 15 % (voire davantage en fonction de certaines caractéristiques biologiques⁵⁴ ou comportementales⁵⁵) se débarrasseront du virus^{56, 57}. Dans les cas de persistance de la virémie, le développement de la maladie liée à l'hépatite chronique est lent et insidieux.

Parmi les individus atteints d'une infection chronique, les complications hépatiques, telle que la cirrhose, apparaissent en moyenne chez 20 % des sujets après 20 ans^{17, 19, 21}. Les facteurs liés à l'aggravation de l'atteinte hépatique sont entre autres, le sexe (masculin), l'âge (être plus vieux), la consommation d'alcool et la durée de l'infection^{17, 58}. Les manifestations de l'atteinte hépatique s'évaluent par des analyses sanguines où l'on mesure d'une part la charge virale de l'ARN* du VHC et l'augmentation des enzymes hépatiques (ALT† et AST‡), ainsi que la mesure de l'état de détérioration des cellules du foie, l'avancement de la fibrose et de la cirrhose.

On estime qu'environ 20 % des personnes atteintes d'hépatite C chronique qui développent une cirrhose seront affectées par un carcinome hépatocellulaire^{59, 60} (CHC : tumeur du foie). Selon le moment du début de l'infection, les délais pour l'apparition d'un CHC varient entre 10 et 50 ans, avec une médiane à 30 ans. Le délai de survenue du cancer par rapport à la date du diagnostic de la cirrhose varie de 4 à 13 ans et l'incidence annuelle est de 4 % chez les personnes déjà atteintes d'une cirrhose^{17, 21}.

La probabilité de survie chez les patients qui développent un CHC est très faible, pouvant être jusqu'à seulement 1 % après deux ans du diagnostic d'un CHC pour les personnes non traitées^{21, 61}. Le traitement à l'Interféron décroît le risque global de développement des complications hépatiques, de l'ordre de 48 % dans le cas du CHC⁶² et augmente les chances de survie à des taux de plus de 95 % pour les personnes atteintes de la maladie qui obtiennent une réponse virologique soutenue au traitement⁶³.

Les autorités dressent un pronostic plutôt sombre de l'évolution de la morbidité associée au VHC, soit 92 % à 100 % d'augmentation des cirrhoses et 70 % à 102 % d'augmentation des cas de cancer du foie pour la présente décennie au Canada^{64, 65}. Aux États-Unis, on prévoit que la mortalité liée à la cirrhose et au CHC devrait doubler ou tripler au cours des vingt prochaines années^{22, 66}. Ce scénario pourrait être le même pour le Canada⁴⁵.

* ARN : Acide ribonucléique.

† ALT : Alanine-amino-transférase.

‡ AST : Aspartate-amino-transférase.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 COLLECTE DES DONNÉES

Les résultats présentés ici reposent sur une collecte de données réalisée par 13 des 18 directions de santé publique (DSP) au Québec. Le protocole d'intervention pour les cas d'infection par le virus de l'hépatite C publié en 2002⁶⁷ contenait une procédure de déclaration des cas dans le registre MADO ainsi qu'un formulaire d'enquête épidémiologique destiné aux directions de santé publique.

Entre avril 2002 et mars 2004, les DSP étaient invitées à compléter les enquêtes auprès des cas déclarés de VHC et à transmettre les formulaires au MSSS via une plate-forme Lotus Notes* destinée à cette fin.

Les données recueillies permettent de caractériser les clientèles infectées selon les variables sociodémographiques habituelles (sexe, âge et région sociosanitaire) ainsi que pour les principaux facteurs de risque pour le VHC. Certaines variables cliniques ont également été incluses dans l'enquête. La DSP de la région de Montréal a, pour sa part, décidé de n'utiliser qu'une version abrégée du questionnaire original. Certaines des variables contenues dans le questionnaire provincial sont donc absentes pour cette région.

2.2 ANALYSE DES DONNÉES

Les cas d'infection par le VHC déclarés au registre MADO ont fait l'objet d'une procédure d'épuration de manière à éliminer les doublons possibles (individus dépistés dans deux régions différentes et déclarés en double au LSPQ durant la période de l'enquête). Conjointement avec le LSPQ, qui a fourni la liste des doublons identifiés dans le registre MADO, ce travail d'élimination des doublons a également été réalisé sur l'ensemble des questionnaires retournés par les DSP. Dans certaines circonstances, des questionnaires associés à des cas déclarés en double ont été récupérés, mais seulement si le questionnaire initial n'avait jamais été complété. Dans pareille situation, le questionnaire de cette deuxième déclaration a été affecté à la région d'où il a été transmis.

Le test d'association de Pearson (Khi-carré) a été utilisé pour la comparaison des catégories d'analyse et le T-test pour les différences de moyennes. Les données ont été analysées à l'aide du progiciel SAS (Statistical Analysis System, version 9.1).

* La SOGIQUE avait été mandatée par le MSSS pour le déploiement d'une plate-forme de saisie des formulaires d'enquête épidémiologique et pour la rendre disponible dans le réseau de la santé et des services sociaux, spécifiquement pour les CLSC et les DSP, par l'intermédiaire de Lotus Notes.

3 RÉSULTATS

Cette section présente les données recueillies à partir des enquêtes épidémiologiques réalisées dans les directions de santé publique de 13 régions sociosanitaires participantes. On retiendra que ce ne sont pas tous les cas déclarés de VHC qui font l'objet des résultats finaux, puisque certaines régions sont absentes du portrait et que plusieurs personnes de d'autres régions n'ont pu être rejointes aux fins de l'enquête.

Néanmoins, compte tenu de la taille de l'échantillon final ($n = 2\,482$), ce portrait demeure selon nous représentatif de la situation provinciale. Les objectifs initiaux de cette collecte de données étant d'identifier les facteurs de risque des personnes diagnostiquées positives au VHC, on retrouvera donc une analyse de toutes les possibilités mentionnées dans les formulaires d'enquête relevant les axes de transmission de l'infection, après avoir dressé, dans un premier temps, le profil des personnes infectées. Toutes les informations présentées dans la section qui suit se retrouvent dans les fiches détaillées par segment d'analyse des clientèles infectées à la fin du document (Annexe 2).

3.1 TAUX DE PARTICIPATION ET REPRÉSENTATIVITÉ

La déclaration initiale a été transmise aux régions par le laboratoire dans 98,2 % des cas et par 1,1 % des médecins. Les questionnaires ont été complétés par un professionnel de la DSP ou du CLSC des régions dans 70,0 % des cas et ce, directement auprès du patient pour 69,2 % des enquêtes.

Certaines régions n'ont transmis aucun formulaire d'enquête et ne font donc pas partie du portrait, ni provincial ni régional. C'est le cas des régions du Bas-St-Laurent, de la Mauricie et Centre-du-Québec, de l'Outaouais, du Nord-du-Québec et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine; ces régions comptent pour 11,1 % des cas déclarés (545 cas) d'hépatite C pour la période de l'étude (Tableau 1).

Les données obtenues des autres régions, sur un total de 2 482 cas enquêtés de VHC, amèneraient un intervalle de confiance¹ (marge d'erreur relative) de 1,4 %, pour un niveau de confiance de 95 %, et ce pour l'ensemble de la province. Pour la région de Montréal, avec un taux de réponse relativement plus bas, l'intervalle de confiance se situerait à 3,0 %, tenant compte de la taille de l'échantillon de 698 enquêtes pour 2 088 cas déclarés de VHC.

Aucune différence significative ($p > 0,05$) n'est observée entre les données de déclaration et celles des cas enquêtés dans la répartition par sexe (Figure 3) et également dans la distribution selon l'âge des individus (Figure 4).

¹L'intervalle de confiance est donné par l'expression suivante :

$$E_p = Z \sqrt{\frac{P \times (1-P)}{n}} \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et enquêtés et pourcentage de réponses pour l'enquête épidémiologique des cas de VHC, selon la région de résidence, province de Québec, 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004

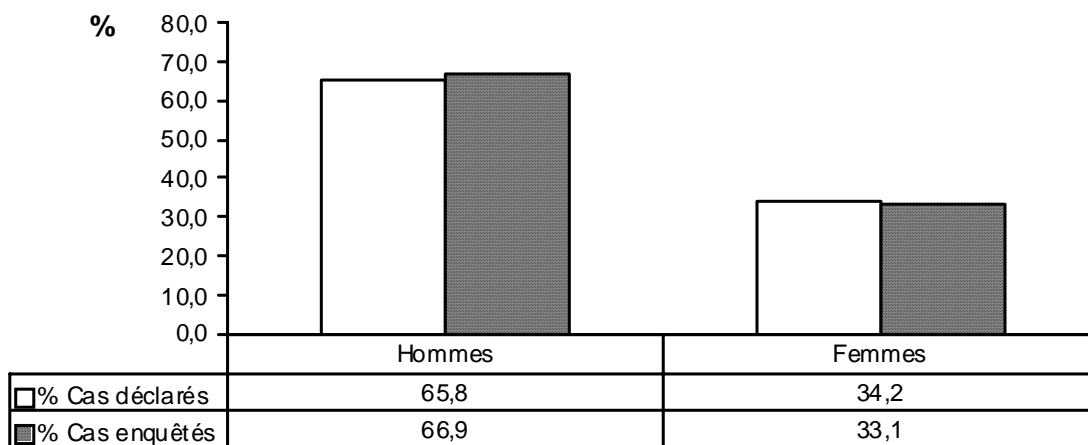
RSS	N cas déclarés ¹	N cas enquêtés ²	Taux de réponse ³
01-Bas-Saint-Laurent	48	0	0,0 %
02-Saguenay—Lac-Saint-Jean	61	36	59,0 %
03-Québec	350	360	102,9 %
04-Mauricie et Centre-du-Québec	242	0	0,0 %
05-Estrie	144	175	121,5 %
06-Montréal	2 088	698	33,4 %
07-Outaouais	226	0	0,0 %
08-Abitibi-Témiscamingue	77	52	67,5 %
09-Côte-Nord	26	19	73,1 %
10-Nord-du-Québec	5	0	0,0 %
11-Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	24	0	0,0 %
12-Chaudière-Appalaches	93	91	97,8 %
13-Laval	188	151	80,3 %
14-Lanaudière	139	116	83,5 %
15-Laurentides	422	362	85,8 %
16-Montérégie	770	413	53,6 %
17-Nunavik	8	8	100,0 %
18-Terres-Cries-de-la-Baie-James	5	1	20,0 %
Inconnue	2	0	--
Province de Québec	4 918	2 482	50,5 %

¹ Source : Registre MADO, LSPQ, 8 septembre 2006.

² Source : Bureau de surveillance et de vigie sanitaire, 22 juin 2006.

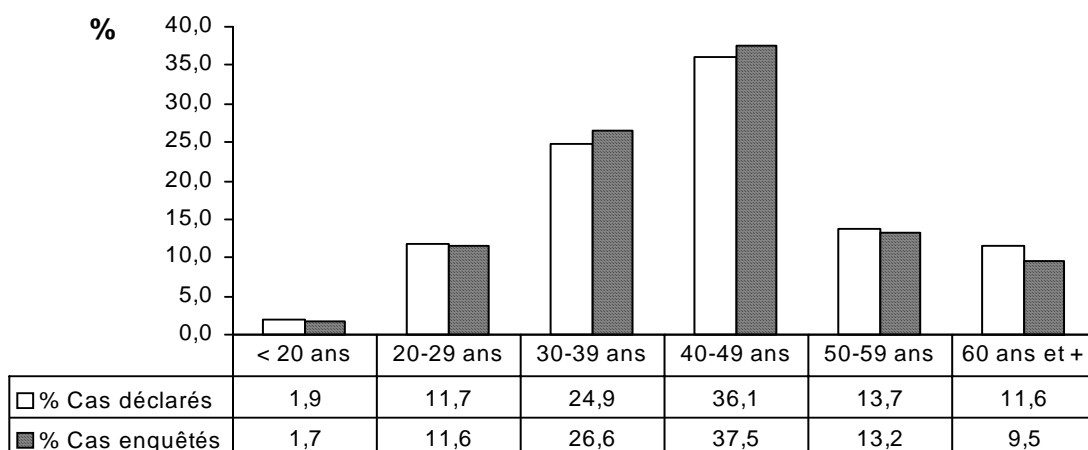
³ Certaines régions excèdent 100 % parce que des questionnaires d'enquête ont été récupérés et affectés à la région de l'enquête plutôt qu'à la région de déclaration.

Figure 3 Proportion des cas déclarés et des cas enquêtés d'hépatite C, par sexe, province de Québec, 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004



Source : Registre MAD0, Maladies à déclaration obligatoire, LSPQ (N = 4 918).
Base de données des enquêtes épidémiologiques, DSI-MSSS (n = 2 482).

Figure 4 Proportion des cas déclarés et des cas enquêtés d'hépatite C, par groupe d'âge, province de Québec, 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004



Source : Registre MAD0, Maladies à déclaration obligatoire, LSPQ (N = 4 918).
Base de données des enquêtes épidémiologiques, DSI-MSSS (n = 2 482).

3.2 VALEURS MANQUANTES

Respectivement 2,4 % et 1,0 % des informations sont manquantes quant à l'âge et au sexe des personnes atteintes. Pour les autres variables, le quart des données manquantes est attribuable au questionnaire utilisé par la région de Montréal qui ne permettait de recueillir qu'une partie des variables.

Les informations principales sur les facteurs de risque sont présentes dans près de 75 % des cas. Pour les deux risques les plus reconnus d'infection, soit l'usage de drogues (injection et inhalation) et les transfusions ou transplantations^{12, 13, 27, 33-38}, les données sont absentes pour 10,7 et 14,8 % des questionnaires recueillis respectivement.

L'information sur le moment probable de la contamination (séroconversion) n'est toutefois pas disponible, d'où l'impossibilité de déterminer la durée de l'infection, l'ampleur de l'atteinte hépatique ainsi que de pouvoir estimer l'incidence réelle sur une base annuelle.

Les informations cliniques ne sont présentes que dans 5 à 21 % des cas, sauf pour les données sur la vaccination pour le VHB qui sont présentes dans 70 % des cas.

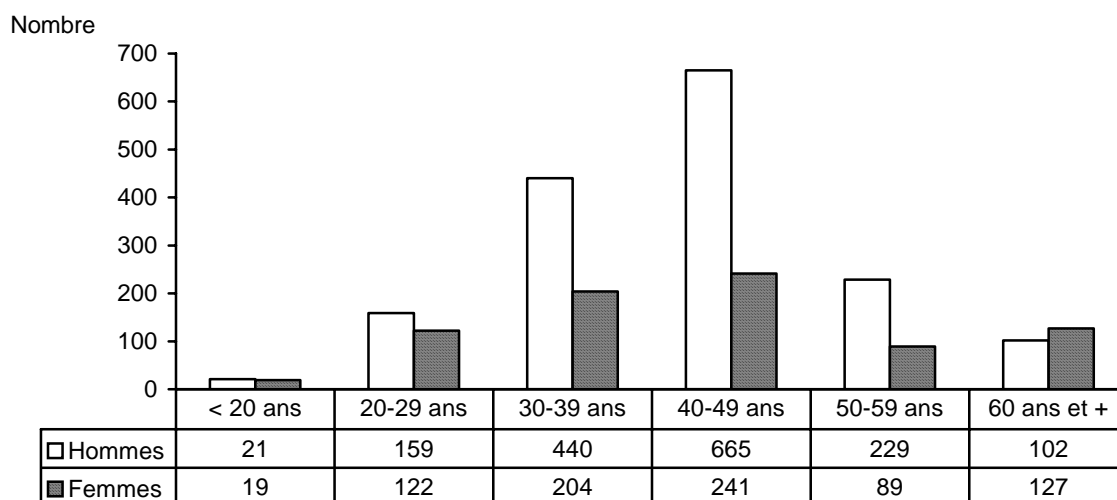
3.3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES CAS ENQUÊTÉS

3.3.1 Sexe et âge

Les deux tiers des cas de VHC sont des hommes (66,9 %). Les femmes comptent pour 33,1 % des cas enquêtés, soit un ratio de deux hommes pour une femme (2,02/1; 1 642/814). Les données sur le sexe étaient manquantes pour 26 personnes.

Le groupe d'âge le plus touché se situe au sein des personnes âgées entre 30 et 49 ans (Figure 5). L'âge moyen est de 43,3 ans pour l'ensemble des cas enquêtés (43,9 et 42,9 ans chez les femmes et les hommes respectivement). Le ratio initial homme/femme de 2,0/1 est plus bas chez les jeunes âgés entre 20 et 29 ans(1,3/1) et est inversé à 0,8 chez les 60 ans et plus.

Figure 5 Distribution du nombre de cas enquêtés d'hépatite C, selon le sexe et l'âge des répondants, province de Québec, 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004



Source : Base de données des enquêtes épidémiologiques, DSI-MSSS, INSPQ.

3.3.2 Distribution ethnoculturelle

La majorité des individus sont canadiens de naissance (87,6 %; 1 974/2 253). Seulement 279 personnes (12,4 %) rapportent être nées ailleurs qu'au Canada. Parmi les cas enquêtés et nés au Canada, 17 se disent autochtones, ce qui correspond à 3,4 % de ceux pour lesquels l'information est disponible (17/499). Cette proportion est d'environ 1 % dans l'ensemble de la population québécoise⁶⁸.

La majorité des 279 personnes VHC originaires d'un autre pays que le Canada, (78,7 %) sont arrivées avant l'an 2000 (38,0 % avant 1980 et 40,7 % entre 1980 et 2000). Seulement 21,3 % des nouveaux immigrants étaient au pays depuis moins de cinq ans au moment des enquêtes.

Au Québec, les tests de criblage des banques de sang sont effectués de manière systématique depuis 1992. Deux tiers (67,0 %) des personnes d'origine étrangère sont arrivés au Canada avant cette date. Les autres sont donc moins susceptibles d'avoir été infectées par cette voie sur le territoire, à moins qu'elles ne fussent déjà infectées à leur arrivée au pays.

Nous avons reproduit la classification des pays d'origine des immigrants utilisée à l'Institut de la statistique du Québec au Tableau 2. La proportion d'immigrants dans la population québécoise était de 9,9 % en 2001⁶⁹, alors qu'elle représente 12,4 % des cas de VHC.

Tableau 2 Pays de provenance des individus infectés par le VHC d'origine autre que canadienne, province de Québec, 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004

Continent et région de naissance	N	%
Afrique	57	20,7
Afrique du Nord	26	(9,5)
Amériques	49	17,6
Antilles	21	(7,6)
Asie	82	29,8
Moyen-Orient	10	(3,6)
Asie orientale	10	(3,6)
Asie du Sud	62	(22,5)
Europe	84	30,5
Europe occidentale	59	(21,5)
Europe orientale	25	(9,1)
Océanie et autres pays	3	1,1
Total	275	100,0

Source : Base de données des enquêtes épidémiologiques, DSI-MSSS, INSPQ.

3.4 DONNÉES CLINIQUES

Plus de la moitié des cas enquêtés de VHC (58,8 %), pour lesquels l'information est présente (15,3 %), montrent des taux d'ALT et d'AST qui sont au-dessus de la normale (Annexe 2, fiche 1); ces cas relèvent de l'infection chronique et témoignent d'une atteinte hépatique avancée. Sinon, il pourrait s'agir de cas aigus d'infection (les enzymes augmentant à ce moment, pour revenir à la normale par la suite), mais la précision des observations cliniques disponibles ne permet pas d'établir ce constat avec assurance.

Malgré le nombre élevé de données cliniques manquantes, on constate que :

- 1) Chez 9,9 % des cas documentés (52/527) on détecte un ou plusieurs marqueurs de l'infection par l'hépatite B : 5,2 % sont porteurs de l'antigène de surface HBsAg, indiquant la phase aiguë ou chronique de la maladie (27/520) et 23,7 % ont un marqueur sérologique Anti-HBc IgM positif, indiquant la phase aiguë ou la réactivation virémique chez les cas chroniques (32/135). Une proportion similaire de co-infection par le VHB a été observée dans les données hospitalières⁵¹ soit environ 10 % parmi les cas d'hospitalisation avec un diagnostic de VHC.
- 2) 3,8 % des cas documentés sont porteurs de l'antigène de l'hépatite A (7/186).
- 3) La majorité des cas enquêtés, pour lesquels l'information est disponible, ont été vaccinés contre le VHA (88,3 %; 288/326) et le VHB (88,7 %; 1 536/1 732).

Les informations cliniques sont disponibles pour une faible partie de l'échantillon seulement. Elles ne donnent ainsi qu'un portrait très partiel de l'état clinique des personnes interrogées. Ces données n'étaient probablement pas encore recueillies lorsque les enquêtes ont été réalisées ou n'ont tout simplement pas fait l'objet d'une investigation médicale.

3.5 DISTRIBUTION DES FACTEURS DE RISQUE

Six risques principaux ont été documentés :

- 1) l'usage de drogues par injection ou par inhalation;
- 2) la transfusion sanguine ou la greffe d'organes ou de tissus;
- 3) les autres contacts avec le sang tels que le tatouage ou le piercing, l'acupuncture ou l'électrolyse;
- 4) les soins de santé à l'étranger;
- 5) les expositions accidentelles au travail;
- 6) les relations sexuelles avec une personne infectée.

On documentait aussi des éléments contextuels qui augmentent la probabilité d'une personne d'être infectée, à savoir le fait d'avoir séjourné en milieu carcéral, d'avoir des antécédents d'ITSS et d'avoir partagé le domicile d'une personne porteuse du virus.

Avant 1992, la transmission du virus lors de transfusion sanguine était le risque principal connu pour l'infection par le VHC. L'introduction des tests universels de dépistage du matériel sanguin, depuis les recommandations de la commission Krever⁷⁰ est venue réduire à moins de 1/100 000 le risque résiduel de transmission du VHC lors des transfusions sanguines³⁴. Depuis lors, le partage de matériel de consommation de drogues est devenu la principale voie connue de transmission du virus^{7-10, 12, 14-16, 23, 24, 26, 33-38}.

3.5.1 Portrait global

Une majorité de personnes ont présenté plus d'un facteur de risque (Tableau 3). L'usage de drogues par injection est le facteur de risque le plus fréquemment rapporté, 77,8 % des cas enquêtés en faisaient mention (86 % de ceux-ci rapportent avoir déjà partagé le matériel d'injection). Ce facteur de risque est également présent chez plusieurs personnes identifiant d'autres modes possibles de transmission. Selon les études récentes et depuis l'avènement des tests de criblage des dons de sang, de tissus et d'organes, le partage du matériel pour l'usage de drogues par injection est la principale cause des nouvelles infections par le VHC.

Parmi les personnes ayant déclaré avoir fait usage de drogues, 77,8 % rapportent également avoir eu d'autres contacts avec le sang, tels tatouage ou piercing, acupuncture ou électrolyse, et 12,3 % rapportent avoir eu une ou des transfusions sanguines ou des greffes d'organes. L'Annexe 1 de ce document présente un tableau détaillé de la concomitance des risques évoquant toutes les possibilités de croisements entre les six principales voies retenues pour la transmission du virus. L'Annexe 2 présente les fiches descriptives des résultats pour chaque segment de sous-populations en fonction des facteurs de risque.

Tableau 3 Fréquence des facteurs de risque des cas enquêtés de VHC, province de Québec, 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2004

Modes de transmission	Facteurs rapportés		Données manquantes	
	%	n/N	%	n/N
Drogues par injection*	77,8	1363/1 752	29,4	730/2 482
Drogues par inhalation**	72,2	1154/1 598	35,6	884/2 482
Tatouage	51,0	845/1 657	33,2	825/2 482
Piercing	31,7	517/1 629	34,4	853/2 482
Transfusions sanguines (greffes et hémodialyse)	20,5	434/2 116	14,8	366/2 482
Partenaires sexuels infectés	19,9	273/1 371	44,8	1 111/2 482
Soins de santé à l'étranger	13,8	262/1 892	23,8	590/2 482
Acupuncture, électrolyse	19,9	237/1 191	52,0	1 291/2 482
Exposition accidentelle	7,7	144/1 869	24,7	613/2 482

*Partage du matériel d'injection (p. ex. : seringues, filtres) 85,6 %.

**Partage du matériel d'inhalation (p. ex. : pailles, pipes) 81,5 %.

L'usage de drogues par injection est le facteur de risque le plus fréquemment mentionné parmi les cas enquêtés : près de quatre personnes sur cinq (77,8 %) rapportent ce risque de transmission. Les transfusions sanguines ou les greffes d'organes ou de tissus sont mentionnées par une personne sur cinq (20,5 %), parmi lesquelles 60,8 % (135/222) ont rapporté avoir fait l'usage de drogues par injection et 69,7 % par inhalation (152/218).

L'usage de drogues par injection est aussi présent chez 27,5 % des personnes nées à l'étranger et chez 47,5 % de celles qui ont reçu des soins de santé à l'étranger. Ces deux groupes d'individus ne représentent cependant qu'environ 10 % des cas enquêtés de VHC.

En excluant l'usage de drogues par injection, les autres risques d'infection pris isolément sont peu fréquents parmi les 2 482 cas enquêtés (Annexe 2, fiches 6b, 7b, 8b, 9b, 10b : soins de santé à l'étranger : 3,1 %; autres contacts avec le sang tels que tatouage/piercing ou acupuncture/électrolyse : 3 %; transfusions sanguines ou greffes : 2,7 %; relations sexuelles avec une personne infectée : 0,7 % ; expositions accidentelles au travail : 0,3 %).

3.5.2 Histoire d'usage de drogues

La consommation de drogues par injection ou par inhalation est rapportée par 1 602 personnes, soit 64,5 % de tous les cas (Annexe 2, fiche 5) et 72,3 % de ceux dont l'information est disponible (1 602/2 217). La majorité des cas sont des hommes (72,7 %). L'âge moyen est de 40,3 ans et 72,4 % des cas sont âgés entre 30 et 49 ans.

Le recours à l'injection et à l'inhalation pour la consommation a été rapporté respectivement par 87,5 % et 81,7 % des usagers de drogues. Ces personnes présentent aussi d'autres facteurs de risques concomitants. Les autres contacts avec le sang, tels tatouage ou piercing, acupuncture ou électrolyse, sont mentionnés par 77,8 % des individus ayant fait

usage de drogues, tandis que 12,3 % identifient les transfusions sanguines ou les greffes d'organes ou de tissus comme sources possibles d'acquisition de leur infection.

Les autres facteurs de risques identifiés par les personnes ayant fait usage de drogues sont : relations sexuelles avec une personne infectée (25,5 %); expositions accidentelles au travail (8,2 %) et soins de santé à l'étranger (6,8 %).

Des facteurs indirects sont également mentionnés tel un séjour en milieu carcéral pour 64,6 % (la plus forte proportion comparativement aux autres segments de clientèle infectées), des antécédents d'ITSS pour 40,1 % et le partage du domicile avec une personne infectée pour 20,0 % des cas enquêtés.

3.5.3 Transfusions sanguines et greffes

Les personnes rapportant avoir eu des transfusions sanguines ou des greffes de tissus ou d'organes comptent pour 20,5 % des cas enquêtés pour lesquels on possède l'information (Tableau 3). Au total, elles représentent 17,5 % de l'échantillon de l'enquête (Annexe 2, fiche 6). Par rapport aux autres cas de cette enquête, les individus qui rapportent ce facteur de risque sont plus âgés (âge moyen de 49,4 ans vs 42,1 ans, $p < 0,01$) et sont plus souvent des femmes (39,7 % vs 32,4 %, $p < 0,01$).

On ne sait ni à quel moment les transfusions ou les transplantations ont eu lieu, ni si elles ont été faites au Québec, au Canada ou ailleurs. Un nombre important de personnes de ce groupe disent avoir déjà fait l'usage de drogues par injection (60,8 %) ou par inhalation (69,7 %) ou encore avoir eu d'autres contacts avec le sang, par tatouage ou piercing, acupuncture ou électrolyse (78,0 %). Ils sont aussi 17,4 % à mentionner avoir reçu des soins de santé à l'étranger. De plus, 34,0 % ont déjà fait un séjour en milieu carcéral.

Ce ne sont donc évidemment pas 20 % des personnes enquêtées qui ont été infectées par transfusion ou lors de greffes. Compte tenu des autres facteurs de risque présents, la proportion de personnes effectivement infectées ne devrait pas dépasser les 10 % de tous les cas de VHC. Cette proportion rencontrerait également les paramètres proposés sur le nombre de personnes potentiellement infectées par voie transfusionnelle⁴³. D'ailleurs, si on exclut les autres facteurs de risque (Annexe 2, fiche 6b), la proportion des cas avec mention de transfusions sanguines se situe à 2,7 %.

3.5.4 Autres contacts avec le sang

Une asepsie déficiente lors de tatouage ou de piercing peut entraîner la transmission du VHC⁷¹⁻⁷³. Le tatouage est rapporté par 845 personnes et le piercing par 517, soit respectivement 61,9 % et 38,8 % de ceux qui ont eu ce type d'exposition (Annexe 2, fiche 7). Près des deux tiers des personnes tatouées (61,7 %) disent que leur tatouage n'a pas été réalisé dans un salon professionnel et 33,3 % mentionnent avoir été tatouées en milieu carcéral. Les valeurs correspondantes dans le cas de piercing sont de 48,8 % et de 4,9 % (données non présentées).

Les autres contacts possibles avec le sang incluent également le fait d'avoir déjà eu des séances d'acupuncture ou d'électrolyse. L'acupuncture est rapportée par 15,4 % et l'électrolyse par 7,0 % des personnes de cette catégorie d'exposition.

On constate également une plus grande proportion de ces individus qui rapportent avoir fait l'usage de drogues comme autre voie possible de contamination (79,6 % vs 54,4 %, $p < 0,01$) ou avoir séjourné en milieu carcéral (57,6 % vs 30,6 %, $p < 0,01$) comparativement aux autres cas enquêtés sans contacts avec le sang de cet ordre.

3.5.5 Relations sexuelles avec une personne infectée

On compte 273 personnes qui mentionnent avoir déjà eu des relations sexuelles avec un partenaire infecté par le VHC (Annexe 2, fiche 8), ce qui représente 11,0 % de l'ensemble des cas enquêtés. On retrouve dans ce groupe une plus grande proportion de femmes comparativement à l'ensemble des cas enquêtés (42,9 % vs 33,1 %; $p < 0,01$). La moyenne d'âge est également plus jeune, soit de 38,4 ans comparativement à 43,2 ans pour le reste des cas enquêtés ($p < 0,01$). Les relations sexuelles entre partenaires de même sexe sont rapportées par 10,5 % des hommes et 9,5 % des femmes.

Ces personnes rapportent d'autres risques plus significatifs au plan de la transmission du virus. Ainsi l'usage de drogues par injection ou par inhalation est rapporté par 88,5 % des personnes de cette catégorie et 74,8 % font état d'avoir eu des contacts avec le sang par tatouage ou piercing, acupuncture ou électrolyse et 10,6 % mentionnent avoir également eu des transfusions sanguines ou des greffes d'organes ou de tissus. Ces trois derniers facteurs présentent un risque de transmission nettement plus élevé que celui qui est associé aux relations sexuelles. En effet, certaines études ont démontré que ce risque était très faible tant dans les relations hétérosexuelles^{74, 75} qu'homosexuelles^{76, 77}.

On sait maintenant que des pratiques sexuelles à haut risque d'infection ont été documentées et impliquent le contact avec le sang. Bien que les dernières études à ce sujet ne concordent pas toutes pour juger de l'importance des niveaux de risque lors des activités sexuelles, on mentionne que le fait d'être infecté par le VIH, d'avoir des ulcérations dues à des antécédents d'ITS et de pratiquer des activités entraînant des saignements peuvent permettre la transmission du virus. À tout le moins, si le risque n'est pas nul, il ne devrait pas dépasser 1 à 3 % et pourrait être associé le plus souvent à d'autres causes, tel le partage des accessoires d'hygiène personnelle⁷⁸.

Lorsque prise isolément, sans autre facteur de risque présent, la voie sexuelle de transmission probable du virus n'est présente que pour 0,7 % de tous les cas enquêtés.

3.5.6 Soins de santé à l'étranger

Cette catégorie d'exposition (Annexe 2, fiche 9) englobe autant les personnes d'origine canadienne ou étrangère, qui auraient pu obtenir au cours de leur vie des soins de santé à l'étranger. La proportion de personnes originaires d'autres pays parmi ce groupe est d'ailleurs de 56,8 %.

Les cas enquêtés rapportant cette catégorie d'exposition sont généralement plus âgés (âge moyen de 49,7 ans, $p < 0,01$), et les femmes sont également plus nombreuses (45,4 %, $p < 0,01$) par rapport aux autres cas enquêtés.

Encore une fois, ce mode de transmission n'est pas le seul rapporté : parmi ces personnes possiblement exposées au VHC lors de soins de santé à l'étranger, 47,5 % des cas rapportent avoir fait l'usage de drogues par injection et de 48,7 % par inhalation.

3.5.7 Exposition accidentelle au travail

Les accidents de travail impliquant un contact direct avec du sang sont rapportés par 5,8 % de tous les cas enquêtés (Annexe 2, fiche 10). Parmi ces personnes, 77,8 % sont des hommes, comparativement à 66,9 % pour l'ensemble des répondants ($p < 0,01$). Les autres catégories d'exposition pour le VHC, telles que rapportées chez ces individus, sont l'usage de drogues dans 76,9 % des cas (injection 76,1 % et inhalation 80,9 %) et les autres contacts avec le sang par tatouage ou piercing, acupuncture ou électrolyse dans 83,2 % des cas. Les transfusions sanguines ou les greffes sont toutefois moins présentes (13,4 % comparativement à 20,5 % pour les autres cas enquêtés; $p < 0,05$), bien qu'un nombre plus élevé d'individu rapporte un séjour en milieu carcéral (59,7 % comparativement à 51,9 % parmi les autres cas; $p < 0,05$).

En excluant tous les autres facteurs de risque, cette catégorie d'exposition n'est présente que chez 0,3 % des cas enquêtés.

3.5.8 Autres contextes à risque

Certains facteurs contextuels ou environnementaux augmentent la probabilité de transmission du VHC. Le fait d'avoir séjourné en milieu carcéral, avoir des antécédents d'ITSS ou avoir partagé le domicile avec une personne infectée font partie de ces contextes.

Séjour en milieu carcéral

Bien qu'indirectement lié à la transmission du VHC, le fait d'avoir été incarcéré est un indicateur de risque accru, souvent précédé ou accompagné de comportements à risque, de partage de matériel pour la consommation des drogues par injection ou par inhalation, ou de tatouage et de piercing réalisés sans mesure d'asepsie adéquate. Que ces comportements à risque de transmission du VHC aient eu lieu à l'intérieur du milieu de détention ou antérieurement à l'extérieur par les personnes incarcérées, on sait que la prévalence du VHC au sein de la population carcérale est élevée⁷⁹.

Le séjour en milieu carcéral (Annexe 2, fiche 4) est rapporté par 917 personnes, soit 37,0 % de tous les cas enquêtés. L'usage de drogues est mentionné par 94,1 % des cas (injection 86,0 % et inhalation 84,0 %) et les autres contacts avec le sang par tatouage ou piercing, acupuncture ou électrolyse par 85,8 % des personnes de cette catégorie d'exposition. Les cas rapportant un séjour en milieu carcéral sont des hommes dans une proportion de 83,8 % et la moyenne d'âge est de 40,6 ans, soit légèrement inférieure à la moyenne d'âge des autres cas enquêtés ($p < 0,01$).

Antécédents d'ITSS

On compte une proportion de 34,5 % des cas enquêtés de VHC (481/1 395) qui rapportent des antécédents d'ITSS (Annexe 2, fiche 1). Cette proportion est plus élevée chez ceux qui ont déjà fait usage de drogues par injection ou inhalation (40,1 %), qui ont eu des relations sexuelles avec une personne infectée ou qui ont séjourné dans un établissement de détention (40,3 %) ainsi que chez les populations autochtones (46,7 %). Les femmes (33,5 %) qui rapportent des antécédents d'ITSS ne sont pas en surreprésentation, tel qu'observé dans d'autres programmes de surveillance^{80, 81}.

Partage du domicile avec une personne infectée par le VHC

Le partage du domicile avec une personne infectée par le VHC est rapporté par 16,7 % des cas enquêtés (216/1 292) pour lesquels l'information était disponible. Les deux tiers sont des hommes (64,8 %) soit des proportions semblables à celles des autres cas enquêtés. Le facteur de risque prédominant au sein de ce groupe est d'avoir eu des relations sexuelles avec une personne infectée (42,1 %). Les autres risques d'exposition rapportés par ce groupe de personnes sont d'avoir fait un séjour en prison (20,5 %), l'usage de drogues (20,0 %) et l'exposition accidentelle en milieu de travail (18,4 %).

4 LIMITES ET RÉSERVE

Certaines régions ne font pas partie du portrait provincial. Néanmoins, l'absence de cinq régions a peu d'impact sur le portrait global puisqu'un nombre peu élevé de cas (11,1 %) ont été déclarés par ces régions. La région de Montréal n'a complété qu'un sous-échantillon de tous ses cas et la collecte des données n'a été faite qu'à la deuxième année de la période d'étude, en plus de n'enquêter qu'une partie des variables demandées.

Plusieurs variables contenues dans le questionnaire initial recommandé pour les régions n'ont pas été complétées, ne fournissant qu'un portrait partiel et limitant les possibilités d'analyse pour certaines questions ou volet de l'étude. La décision par la région de Montréal, d'utiliser un questionnaire abrégé ne comprenant qu'une partie des variables principales, vient soustraire d'autres données au portrait global.

Compte tenu du caractère asymptomatique de l'infection par le VHC, une majorité d'individus sont dépistés plusieurs années après avoir contracté le virus, de sorte qu'il est impossible de déterminer le moment précis de la séroconversion et ainsi d'estimer les taux annuels d'incidence de l'infection à partir de la déclaration des cas. De plus, les formulaires d'enquête épidémiologique ne contiennent pas cette information, à savoir le moment probable de la contamination. Ainsi les données de déclaration des cas diagnostiqués reflètent davantage le résultat des activités de dépistage plutôt que l'influence de l'épidémie sur le nombre d'infections prévalentes et incidentes. Jusqu'à maintenant, les meilleures estimations de la prévalence et de l'incidence du VHC sont issues des systèmes de surveillance de seconde génération, tels que les projets SurvUDI (auprès des utilisateurs de drogues par injection) ou Argus (auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes).

Il est fort possible que certains facteurs soient sous-déclarés par les personnes interrogées, tels que l'usage de drogues par injection ou par inhalation, puisque ces comportements sont mal vus socialement. D'autre part, les enquêtes auprès des UDI sont plus difficiles à réaliser et il est fort probable que l'échantillon final ait tendance à sous-représenter cette catégorie d'individus.

Pour le facteur de risque d'infection lié aux transfusions sanguines et aux greffes d'organes ou de tissus, la mention de l'année et du lieu où ces interventions auraient été posées n'est pas disponible. On ne peut donc pas discriminer ce risque d'infection selon le fait, par exemple, qu'il ait eu lieu avant ou après 1992, date de l'application des règles sur la sécurité des banques de sang et d'organes⁶.

La multiplicité des facteurs de risque rapportés empêche la possibilité de procéder à une hiérarchisation des causes effectives de l'infection pour ainsi préciser, par exemple, le nombre réel de cas liés aux transfusions. D'autre part, puisque cette étude n'incluait pas de sujets séronégatifs au VHC, il y a donc impossibilité de poursuivre des analyses approfondies sur les facteurs de risque pour le VHC.

5 DISCUSSION

L'usage de drogues par injection ou par inhalation est le facteur de risque le plus fréquemment rapporté chez les cas enquêtés d'hépatite C déclarés entre 2002 et 2004. Près de quatre personnes sur cinq rapportent cette catégorie d'exposition parmi toutes les autres voies possibles de transmission. Cette observation concorde avec les données actuellement disponibles sur les taux d'infection par le VHC : les utilisateurs de drogues par injection sont le groupe vulnérable^{3,4} chez lequel on retrouve la prévalence la plus élevée, se situant à près de 65 %⁸². Au près des autres groupes présentant une vulnérabilité* aux ITSS, la prévalence du VHC est de 18,5 % chez les populations carcérales en établissements provinciaux⁷⁹ et jusqu'à 5,4 % auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH de Montréal)^{77,83}. Ces taux d'infection impliquent toutefois dans tous les cas l'usage de drogues par injection; en l'absence de ce facteur de risque, la prévalence dans les groupes vulnérables est la même que dans la population générale. Ainsi, au sein des populations carcérales, les personnes rapportant l'usage de drogues par injection présentent un taux de prévalence du VHC de 55,6 %⁷⁹, alors que chez les HARSAH, il est de 55,8 % pour ceux rapportant ce même facteur de risque⁸⁴. L'usage de drogues par injection est donc présent chez une très grande majorité de personnes infectées par l'hépatite C, même lorsqu'elles mentionnent d'autres facteurs de risque confondants. Ces observations propres au Québec concordent avec celles issues des autres études internationales^{12, 13, 27, 33-38}.

Les personnes qui auraient reçu des transfusions sanguines ou des greffes d'organes ou de tissus comptent pour près d'une personne sur cinq des cas enquêtés d'infection au VHC. Parmi celles-ci, plus de la moitié rapportent également l'usage de drogues par injection ou d'autres facteurs de risque tels les tatouages ou piercings ou encore des soins de santé à l'étranger. Tout au plus, la proportion de personnes infectées par voie transfusionnelle ne devrait pas dépasser 10 % des cas d'infection par le VHC, cette proportion ayant déjà été rapportée antérieurement⁴³. Les estimations sur le nombre de patients potentiellement infectés lors de transfusions sanguines réalisées entre 1980 et 1992⁸⁵ indiquaient qu'un total de 34 790 personnes étaient porteuses au Canada (étendue 26 600 - 45 400), pour un nombre de 5 290 personnes au Québec, soit un taux global de près de 0,7/1 000 personnes pour la province. Relativement au nombre de personnes potentiellement infectées par le VHC au Québec⁵¹, les cas d'infection par transfusions sanguines oscilleraient donc vraisemblablement entre 7 % et 10 %.

Pour certains cas d'infection par le VHC, les pratiques de tatouage ou de piercing ont été documentées comme un des facteurs de transmission du virus⁷¹⁻⁷³. Dans le groupe de personnes enquêtées, plus d'une personne sur deux rapportent avoir déjà été tatouées, les

* Les populations les plus à risque d'ITSS se retrouvent parmi les jeunes de 12 à 24 ans, les personnes qui appartiennent à des groupes vulnérables socialement et les personnes atteintes d'une ITSS, leurs partenaires sexuels et celles ayant un ou des comportements à risque. Les groupes présentant une vulnérabilité aux ITSS sont : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), les personnes qui utilisent des substances psychoactives dont les personnes faisant usage de drogues par injection, les personnes originaires de régions où les ITSS sont endémiques, les personnes détenues en milieu carcéral, les jeunes en difficulté, les femmes en difficulté et les autochtones (communication personnelle MSSS, mise à jour 2008 du *Programme national de santé publique*⁴, à paraître).

deux tiers dans des conditions non-professionnelles, dont un tiers lors d'un séjour en détention. Toutefois, ces personnes sont particulièrement nombreuses (4 sur 5 en moyenne) à avoir déjà fait usage de drogues par injection, facteur associé à un risque plus élevé que le tatouage ou le piercing. En excluant tous les autres facteurs de risque possibles, les personnes qui identifient le tatouage ou le piercing (acupuncture ou électrolyse regroupée dans cette catégorie) comme l'unique voie de transmission du virus représente 3 % ou moins de tous les cas de VHC enquêtés.

La transmission du VHC par voie sexuelle est aussi relativement rare bien qu'une controverse existe quant à l'importance de ce mode de transmission^{86, 87}. Il importe de bien cerner les facteurs de risque pour déterminer les possibilités réelles d'infection par le VHC lors des relations sexuelles avec une personne infectée. Les variables habituellement utilisées pour mesurer les comportements sexuels à risque, telles que l'orientation sexuelle, le nombre de partenaires, l'échange d'argent contre des relations sexuelles et les antécédents d'ITS, ne sont généralement pas associées à l'infection par le VHC^{74-78, 88}, même en absence d'usage de drogues par injection⁸⁹ qui est le plus souvent le facteur prépondérant.

Dans certaines études, les comportements sexuels identifiés pour la transmission du VHC induisent un effet de confusion⁹⁰ puisqu'il est prouvé que les utilisateurs de drogues ont plus tendance à adopter des pratiques sexuelles à risque⁹¹. Si le risque sexuel demeure non nul, c'est parce que certaines autres conditions favorisent probablement la transmission du virus, notamment le fait d'être VIH positif^{90, 92}, mais aussi lorsque les muqueuses vaginales ou anales sont ulcérées par des pratiques entraînant des saignements^{93, 94} ou par l'application de drogues anales⁹⁵⁻⁹⁷. L'association entre les relations sexuelles et la transmission du VHC doit donc être interprétée avec une grande réserve. Cet aspect devra faire l'objet d'une attention particulière dans les études ultérieures.

Les autres risques plus rarement associés à la transmission du VHC, tels que le partage des articles d'hygiène personnelle (rasoir, brosse à dents, coupe-ongles), demeurent encore peu documentés^{98, 99}. Des mises en garde existent toutefois à cet égard^{6, 7} pour les personnes atteintes du VHC. La présence de l'ARN du VHC dans des échantillons de salive^{100, 101} pourrait peut-être expliquer certains cas de transmission non-parentérale ou sans autres facteurs de risque connus, à l'exception des contacts intrafamiliaux via les articles d'hygiène personnelle. Ces aspects nécessiteront d'être vérifiés, notamment lorsque des cas aigus d'infection (séroconversion récente) ne pourront pas être associés ni à l'usage de drogues ou aux transfusions, ni aux contacts avec le sang par des instruments de tatouage ou de piercing non stériles.

Le dépistage accru des cas de VHC réalisé jusqu'à maintenant aura permis d'identifier, le plus souvent, d'anciens cas d'infection. Moins de 1 % des nouveaux cas déclarés annuellement, à partir du registre MADO, sont effectivement des infections aiguës de VHC, même si certaines études indiquent qu'un utilisateur de drogues par injection sur quatre sera infecté par le VHC annuellement (taux d'incidence de 27,5 par 100 personnes-année parmi le groupe suivi dans le réseau SurvUDI⁸²). Cela souligne l'importance de documenter davantage les cas aigus lorsqu'ils sont identifiés adéquatement, ce qui exige une attention

accrue de la part des médecins lors des étapes d'investigation⁹⁴, dans le but de mieux préciser la cause véritable de l'infection dans le spectre des facteurs de risque.

Le nombre croissant de cas de co-infection VIH/VHC a aussi amené un groupe d'experts, mis sur pied par Santé Canada, à recommander le dépistage systématique auprès des personnes infectées par le VHC ou le VIH nouvellement diagnostiquées¹⁰², en fonction de la présence des facteurs de risque (usage de drogues injectables ou relations sexuelles avec plusieurs partenaires). Ainsi, tous les patients porteurs du VIH devraient subir un test de détection des anticorps du VHC et les patients porteurs du VHC devraient subir des tests de dépistage du VIH. Ce dépistage devrait donc être effectué chez tous les patients, dès que le diagnostic d'infection par le VHC ou par le VIH est confirmé. Le dépistage systématique de l'infection par le VHC lors d'un test de confirmation pour le VHC devrait également être recommandé¹⁰³. De telles pratiques de dépistage systématique en fonction des facteurs de risque sont actuellement en vigueur pour d'autres infections transmissibles sexuellement¹⁰⁴⁻¹⁰⁵. De plus, l'apparition récente du SARM communautaire* chez les utilisateurs de drogues¹⁰⁶ rappelle la problématique de la co-infection chez les personnes ayant de multiples comportements à risque.

Le registre de déclaration des cas de VHC, dont le LSPQ est dépositaire, permet d'obtenir des informations sur les individus (sexe, âge et région sociosanitaire) et de suivre le nombre de nouveaux cas transmis annuellement par les directions de santé publique. De plus, le LSPQ, à titre de laboratoire de référence, dispose des résultats de tous les tests de confirmation qui lui sont acheminés, ainsi que les tests pour la charge virale et le génotypage. Ces informations devraient être mises à profit, de manière à mieux renseigner sur l'accès au suivi pour les personnes infectées. Les besoins futurs en surveillance du VHC devraient justement s'attarder à ces aspects de la prise en charge des personnes atteintes du VHC.

Il n'existe actuellement pas de test permettant de distinguer une infection aiguë d'une infection chronique par le VHC. En absence d'une investigation plus poussée lors du diagnostic et de sa déclaration dans le registre MADDO, il est impossible d'obtenir de mesure de l'incidence réelle de l'infection. La meilleure mesure à l'heure actuelle pour juger de l'incidence du VHC, tenant compte de la prédominance des modes de transmission, est celle produite à partir des études de cohorte avec les utilisateurs de drogues par injection. C'est le sous-groupe de population le plus touché par l'infection, pour lequel des efforts au plan des initiatives de prévention doivent être soutenus et des activités de surveillance poursuivies.

* Le SRAM communautaire ou acquis dans la communauté (SARM-AC) est une souche de *Staphylococcus aureus* ayant développé des résistances à certains antibiotiques. Il diffère du SARM acquis à l'hôpital (SARM-AH) par l'absence des facteurs de risque habituels et par un profil de résistance différent.

CONCLUSION

Les activités de dépistage et la déclaration des cas de VHC diagnostiqués au cours des dix dernières années ont permis de mesurer l'ampleur du phénomène. Le VHC est aujourd'hui un problème de santé publique majeur : près d'un pourcent de la population est touché; la majorité ignore leur statut sérologique; le virus se propage au sein de groupes spécifiques restreints; les conséquences à long terme d'une infection chronique non traitée, en termes de morbidité et de mortalité, sont sérieuses. Ces constats sont suffisamment importants pour justifier des interventions de santé publique.

Avant 1992, la transmission du VHC était attribuable principalement aux transfusions sanguines et aux greffes de tissus ou d'organes. L'infection se concentre maintenant parmi les utilisateurs de drogues et se transmet surtout lors du partage de matériel pour la consommation par injection (seringues, aiguilles, filtres, contenants) et possiblement, dans une moindre mesure, par inhalation (paille, pipe). Les données recueillies dans le cadre de la présente étude montrent en effet que parmi les cas de VHC enquêtés, près de quatre personnes sur cinq ont fait usage de drogues. Le fait que les utilisateurs de drogues soient la principale population cible affectée par la transmission du virus pose un défi de santé publique. D'une part, cette clientèle présente différents problèmes de comorbidité, tels que la co-infection par le VIH, le VHB ou l'infection par le SARM-communautaire et, d'autre part, le mode de vie marginalisé des utilisateurs de drogues et la dépendance aux drogues les éloignent des services de santé. La capacité de suivi des personnes atteintes du VHC et la prise en charge thérapeutique, considérées comme des actions de prévention limitant la transmission d'un point de vue de santé publique, s'en trouvent largement compromises. Ainsi des activités de surveillance de l'accès aux services de santé pour les personnes touchées par le VHC et présentant des problématiques de toxicomanie devraient être entreprises.

La transmission du virus lors de transfusions sanguines ou de transplantations d'organes ou de tissus est pour ainsi dire presque impossible de nos jours, avec les mesures de protection mises en place. Les autres modes de transmission par contre, tels les tatouages ou piercing lorsque réalisés dans des conditions non stériles, ou les pratiques sexuelles à haut risque, devraient faire l'objet de procédures de surveillance particulières.

Les résultats issus de cette analyse visaient à faire le point sur la situation de l'infection par le VHC au Québec, en caractérisant les clientèles infectées ainsi que les principaux modes de transmission du virus. Ce rapport, comme d'autres publiés récemment, permettra d'améliorer nos connaissances de cette problématique pour mieux envisager des solutions d'intervention limitant la propagation de cette infection endémique. La situation est loin d'être sous contrôle.

Des efforts doivent être consentis afin de contrer l'épidémie d'infections par le VHC. La limitation de la transmission du virus par des activités de prévention auprès des utilisateurs de drogues, mais aussi un meilleur accès aux services (dépistage, suivi et traitement) pour les personnes atteintes de la maladie, doivent devenir une priorité au plan de la santé publique au Québec.

RÉFÉRENCES

1. Lambert G, Markowski F, Minzunza S. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, année 2005 (et projections 2006)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006, 62 p.
2. Duval B, Gîlca V. *La prévention de l'hépatite B par l'immunisation au Québec*. Institut national de santé publique du Québec, 2005, 72 p.
3. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement, orientations 2003-2009*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, 56 p.
4. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Programme national de Santé publique 2003-2012*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 133 p.
5. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Le programme d'intervention auprès des personnes infectées par l'hépatite C, En bref (extrait de MSSS, 99-0118)*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000, 7 p.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Information à l'intention des médecins : l'hépatite C*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 1999, 40 p.
7. Sherman M, Bain V, Villeneuve JP et al. *Prise en charge des hépatites virales : Conférence canadienne de consensus 2003/2004*. Santé Canada, 2004, 39 p., Cat. H39-4/39-2004.
8. Medical Research Council of Canada. *Identification of a research agenda for the diagnosis, care and prevention of hepatitis C in Canada*. Report to the minister of Health, 1999, 39 p.
9. Santé Canada. *Prévention de l'hépatite C : un consensus en santé publique. Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1999, Vol. 25S2, 25 p.
10. Santé Canada. *Lignes directrices et recommandations relatives à la prévention et la lutte contre l'hépatite C. Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, Vol. 21S2, 21 p.
11. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville (1999). *Programme national de lutte contre l'hépatite C, dossier de presse*. Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, France, Feuilles + annexes.
12. Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nainan OV et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *New England Journal of Medicine*, 1999, Vol. 314, p. 556-562.
13. Lowe D, Cotton R. *Hepatitis C: a review of Australia's response*. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Age Care, 1999, 213 p.
14. Wodak A. Injecting nation: achieving control of hepatitis C. *Australia. Drug Alcohol Rev*, 1997, Vol. 16, No. 3, p. 275-284.
15. Crofts N. Hepatitis C infection among injecting drug users : where do we go from here ? *Addiction*, 1997, Vol. 92, No. 8, p. 999-1005.

16. Wodak A. Once more unto the breach: controlling hepatitis C in injecting drug users. *Addiction*, 1996, Vol. 91, No. 2, p. 181-184.
17. De Lédighen V. Histoire naturelle de l'infection par le virus de l'hépatite C. *Gastroentérologie clinique & biologique*, 2002, Vol. 29, p. 9-22.
18. Zou S, Zhang J, Tepper M, Giulivi A *et al.* Enhanced surveillance of acute hepatitis B and C in four health regions in Canada, 1998 to 1999. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 2001, Vol. 12, No. 6, p. 357-363.
19. Freeman AJ, Dore GJ, Law MG, Thorpe M *et al.* Estimating Progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection. *Hepatology*, 2001, Vol. 34, p. 809-816.
20. Khan MH, Farrell GC, Byth K, Lin R *et al.* Which patients with hepatitis C develop liver complications? *Hepatology*, 2000, Vol. 31, p. 513-520.
21. McHutchison JG. Understanding Hepatitis C. *The American Journal of Managed Care*, 2004, Vol. 10, No. 2 (Suppl.), p. S21-S29.
22. Kim WR. The burden of hepatitis C in the United States. *Hepatology*, 2002, Vol. 36 (Suppl. 1), p. S30-S34.
23. Patrick DM, Tyndall MW, Cornelisse PGA *et al.* Incidence of hepatitis C virus infection among injection drug users during an outbreak of HIV infection, *Canadian Medical Association Journal*, 2001, Vol. 165, p. 889-895.
24. Leonard L, Navarro C, Pelude L, Forrester L. L'efficacité des stratégies de réduction des méfaits de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada, *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2001, Vol. 27, N° S3, p. 59-62.
25. Alary M, Hankins C, Parent R, *et al.* «Decrease in needle sharing and HIV incidence among injection drug users in the province of Quebec and Ottawa», 12th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS Research, Halifax, Canada, April 10 – April 13, *Canadian Journal of Infectious Disease*, 2003 (suppl. A), Abstract 213.
26. Frankish J, Moulton G, Kwan B *et al.* *Prévention de l'hépatite C : examen de la preuve internationale actuelle*. Santé Canada, 2002, 60 p.
27. Chou QL, Kuo G, Weiner AJ *et al.* Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome. *Science*, 1989, Vol. 244, p. 359-362.
28. Marleau D. La transplantation hépatique : bilan et perspectives. *Les sélections de médecine/sciences*, 2004, No. 29, p. 2-4.
29. Sagnelli E, Coppola N, Messina V *et al.* HBV superinfection in hepatitis C virus chronic carriers, viral interaction, and clinical course. *Hepatology*, 2002, Vol. 35, p. 1285-1291.
30. Benhamou Y, Bochet M, Di Martino V *et al.* Liver fibrosis progression in human immunodeficiency virus and hepatitis C virus coinfecting patients. The Multivirc Group. *Hepatology*, 1999, Vol. 30, p. 1054-1058.
31. Soto B, Sanchez-Quijano A, Rodrigo L *et al.* Human immunodeficiency virus infection modifies the natural history of chronic parenterally-acquired hepatitis C with an unusually rapid progression to cirrhosis. *Journal of Hepatology*, 1997, Vol. 26, p. 1-5.
32. Bica I, McGovern B, Dhar R *et al.* Increasing mortality due to end-stage liver disease in patients with human immunodeficiency virus infection. *Clinical Infectious Diseases*, 2001, Vol. 32, p. 492-497.

33. Alter MJ. Prevention of spread of hepatitis C. *Hepatology*, 2002, Vol. 36 (suppl.), p. S93-S98.
34. Pradat P, Trépo C. HCV : epidemiology, modes of transmission and prevention of spread. *Baillière's Clinical Gastroenterology*, 2000, Vol. 4, No. 2, p. 201-210.
35. Crofts N, Thompson S, Kaldor J. Epidemiology of the hepatitis C virus, *Communicable Diseases Intelligence Technical Report Series*, No. 3, Commonwealth of Australia, 1999, 193 p.
36. National Institutes of Health (NIH). Management of hepatitis C. *Consensus Statement*, 1997, Vol. 15, No. 3, p. 1-41.
37. Heintges T, Wands JR. Hepatitis C virus : Epidemiology and transmission. *Hepatology*, 1997, Vol. 26, p. 521-526.
38. Zeuzem S, Teuber G, Lee JH *et al.* Risk factors for the transmission of hepatitis C. *Journal of Hepatology*, 1996, Vol. 24, p. 3-10.
39. Serfaty L. Non-transfusional and non-intravenous drug addiction related transmission of hepatitis C virus. *Presse médicale*, 1999, Vol. 28, p. 1135-1140.
40. Brusaferrero S, Barbone F, Andrian P *et al.* A study on the role of the family and others risk factors in HCV transmission. *European Journal of Epidemiology*, 1999, Vol. 15, p. 125-132.
41. Organisation mondiale de la santé. *Feuillelet d'information No. 164*, 2000, référence électronique : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/fr/index.html>.
42. National Institutes of Health (NIH). Consensus Statement Publication : Management of Hepatitis C. *Hepatology*, 2002, Vol. 36 (suppl. 1), p. S3-S20.
43. Remis RS. *Estimating the number of blood transfusion recipients infected by hepatitis C in Canada 1960-85 and 1990-92*. Health Canada, 1998, 52 p.
44. Zou S, ElSaadany S, Forrester L *et al.* Estimating the incidence of new hepatitis C virus infection in Canada. *American Journal of Epidemiology*, 2001, Vol. 153, No. 11, p. S214.
45. Zou S, Forrester L, Giulivi A. Hepatitis C update. *Canadian Journal of Public Health*, 2003, Vol. 94, No. 2, p. 127-129.
46. Joly J, Alary M, Delage G, Bernier F. Communication personnelle, 1998. Dans Remis (1988) et MSSS (1999).
47. Zou S, Tepper M, Giulivi A. L'hépatite C au Canada. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2001, Vol. 27S3, p. 14-16.
48. Zou S, Tepper ML, Giulivi A. Current status of hepatitis C in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 2000, Vol. 91, p. S10-S15.
49. Remis RS. *Estimating the number of persons co-infected with hepatitis C and human immunodeficiency in Canada*. Health Canada, 2001, 49 p.
50. Santé Canada. *Rapport Hebdomadaire des maladies du Canada, Résumé des maladies à déclaration obligatoire de Santé Canada (1999)*, Santé Canada, 2001.
51. Allard PR, Noël L. *Portrait de situation de l'hépatite C au Québec, 1990-2004*. Institut national de santé publique du Québec, 2006, 156 p.
52. Seeff LB. Natural history of hepatitis C. *Hepatology*, 1997, Vol. 26 (suppl. 1), p. S21-S28.

53. Puoti M, Zonaro A, Ravaggi A *et al.* Hepatitis C virus RNA and antibody response in the clinical course of acute hepatitis C virus infection. *Hepatology*, 1992, Vol. 16, p. 877-881.
54. Lehmann M, Meyer MF, Monazahian M *et al.* High rate of spontaneous clearance of acute hepatitis C virus genotype 3 infection. *Journal of Medical Virology*, 2004, Vol. 73, No. 3, p. 387-391.
55. Wawrzynowicz-Syczewska M, Kubicka J, Lewandowski Z *et al.* Natural history of acute symptomatic hepatitis type C. *Infection*, 2004, Vol. 32, No. 3, p 138-143.
56. Barrett S, Goh J, Coughlan B *et al.* The natural course of hepatitis C virus infection after 22 years in a unique homogenous cohort : spontaneous viral clearance and chronic HCV infection. *Gut*, 2001, Vol. 49, p. 423-430.
57. Gerlach JT, Diepolder HM, Gruener NH *et al.* Natural course of symptomatic acute hepatitis C. *Journal of Hepatology*, 1999, Vol. 30 (suppl. 1), p. 120.
58. Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in patients with chronic hepatitis C. *Lancet*, 1997, Vol. 349, p. 825-832.
59. Benvegnù L, Gios M, Boccato S, Alberti A. Natural history of compensated viral cirrhosis : a prospective study on the incidence and hierarchy of major complications. *Gut*, 2004, Vol. 53, p. 744-749.
60. Chiamonte M, Stroffolini T, Vian A *et al.* Rate of incidence of hepatocellular carcinoma in patients with compensated viral cirrhosis. *Cancer*, 1999, Vol. 85, No. 10, p. 2132-2137.
61. Gebo KA, Chandler G, Jenckes ME *et al.* Screening tests for hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis C : a systematic review. *Hepatology*, 2002, Vol. 36 (suppl. 1), p. S84-S92.
62. Tanaka H, Tsukuma H, Kasahara A *et al.* Effect of interferon therapy on the incidence of hepatocellular carcinoma and mortality of patients with chronic hepatitis C : a retrospective cohort study of 738 patients. *International Journal of Cancer*, 2000, Vol. 87, p. 741-749.
63. Ikeda M, Fujiyama S, Tanaka M *et al.* Risk factors for development of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis C after sustained response to interferon. *Journal of Gastroenterology*, 2005, Vol. 40, p. 220-222.
64. Zou S, Tepper M, El Saadany S. Prediction of hepatitis C burden in Canada. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2000, Vol. 14, No. 7, p. 571-572.
65. Medical Research Council of Canada. *Identification of a research agenda for the diagnosis care and prevention of hepatitis C in Canada*. Report to the minister of Health, MRCC, 1999, 39 p.
66. Armstrong GL, Alter MJ, McQuillan, Margolis HS. The past incidence of hepatitis C virus infection : implications for the future burden of chronic liver disease in the United States. *Hepatology*, 2000, Vol. 31, p. 777-782.
67. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. *Protocole d'intervention : Hépatite C*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 31 p.

68. Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. *Guide des collectivités indiennes et inuites du Québec, 2003*. Gouvernement du Canada, 2002, 146 p.
69. Institut de la statistique du Québec. *Proportion d'immigrants, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2001*. Source de Statistique Canada. *Indicateurs de santé*. Vol. 2005, N. 1, Recensement de 2001, 1f.
70. Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada. *Rapport final de l'honorable juge Horace Krever*. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1997, 3 volumes, 1285 p.
71. Nishioka SA, Gyorkos TW. Tattooing as risk factors for transfusion-transmitted diseases. *International Journal of Infectious Diseases*, 2001, Vol. 5, No. 1, p. 27-34.
72. Haley RW, Fischer RP. Commercial tattooing as a potentially important source of hepatitis C infection. Clinical epidemiology of 626 consecutive patients unaware of their hepatitis C serologic status. *Medicine*, 2001, Vol. 80, No. 2, p. 134-151.
73. Ko YC, Ho MS, Chiang TA *et al.* Tattooing as a risk of hepatitis C virus infection. *Journal of Medical Virology*, 1992, Vol. 38, p. 288-291.
74. Vandelli C, Renzo F, Romanò L *et al.* Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples: results of a 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Gastroenterology*, 2004, Vol. 99, No. 5, p. 855-859.
75. Neumayr G, Propst A, Schwaighofer H *et al.* Lack of evidence for the heterosexual transmission of hepatitis C. *Quarterly Journal of Medicine*, 1999, Vol. 92, p. 505-508.
76. Buffington J, Murray PJ, Schlanger K *et al.* Low prevalence of hepatitis C virus antibody in men who have sex with men who do not inject drugs. *Public Health Reports*, 2007, Vol. 122 (Suppl. 2), p. 63-67.
77. Alary M, Joly JR, Vincelette J *et al.* Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C virus in prospective cohort study of men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 2005, Vol. 95, No. 3, p. 502-505.
78. Cavalheiro NP. Review : Sexual transmission of hepatitis C. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 2007, Vol. 49, No. 5, p. 271-277.
79. Poulin C, Alary M, Lambert G *et al.* Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons. *CMAJ*. 2007, Vol. 177, No. 3, p. 252-256.
80. Parent R. *Analyse des cas déclarés d'infection génitale à chlamydia trachomatis, d'infection gonococcique et de syphilis au Québec par année civile 2001-2006*. Institut national de santé publique du Québec, 2007, 255 p.
81. Parent R, Alary M, Venne S *et al.* *Analyse des cas d'infection génitale à Chlamydia Trachomatis, de gonorrhée, d'hépatite B et de syphilis déclarés au Québec, par année civile, 1997-2001*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003, 18 p. et annexes techniques.
82. Parent R, Alary M, Morissette C *et al.* *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2006 - Épidémiologie du VHC de 2003-2006*. Institut national de santé publique, 2007, 55 p.

83. Lambert G, Cox J, Tremblay F *et al.* *Argus 2005 : Sommaire de l'enquête sur l'infection au VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que sur les comportements à risques associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH)*. Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence canadienne de santé publique, 2006, 4p.
84. Lambert G, Cox J, Tremblay F *et al.* Enquête sur l'infection au VIH et les autres ITSS ainsi que sur les comportements associés chez les hommes de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, 10^{ème} Journées annuelles de santé publique (JASP), Montréal, Octobre 2006, 30 p.
85. Remis RS. Epidemiology of hepatitis C infection in Canada. 1st Canadian Conference on Hepatitis C, Montreal, Quebec, May 2001, 27f.
86. Clarke A, Kulasegaram R. Hepatitis C transmission – where are we now? *International Journal of STD & AIDS*, 2006, Vol. 17, No. 2, p. 74-80.
87. Gross JB. Hepatitis C : A sexually transmitted disease? *American Journal of Gastroenterology*, 2001 Vol. 96, p. 3051-3053.
88. Villano SA, Vlahov D, Nelson KE *et al.* Incidence and risk factors for hepatitis C among injection drug users in Baltimore, Maryland. *Journal of Clinical Microbiology*, 1997, Vol. 35, No. 12, p. 3274-3277.
89. Hammer GP, Kellogg TA, McFarland WC *et al.* Low incidence and prevalence of hepatitis C virus infection among sexually active non-intravenous drug-using adults, San Francisco, 1997-2000. *Sexually Transmitted Diseases*, 2003, Vol. 30, No. 12, p. 919-924.
90. Terrault NA. Sexual activity as a risk factor for hepatitis C. *Hepatology*, 2002, Vol. 36 (suppl. 1), p. S99-S105.
91. Sharma AK, Aggarwal OP, Dubey KK. Sexual behaviour of drug-users : Is it different? *Preventive Medicine*, 2002, Vol. 34, p. 512-515.
92. Bollepalli S, Mathieson K, Bay C *et al.* (2007). Prevalence of risk factors for hepatitis C virus in HIV-infected and HIV/hepatitis C virus-co-infected patients. *Sexually Transmitted Diseases*, Vol. 34, No. 6, p. 367-370.
93. van de Laar TJW, van der Bij AK, Prins M *et al.* Increase in HCV incidence among men who have sex with men in Amsterdam most likely caused by sexual transmission. *Journal of Infectious Diseases*, 2007, Vol. 196, p. 230-238.
94. Danta M, Brown D, Bhagani S *et al.* Sex, drugs, and hepatitis C virus in men who have sex with men : Evidence for permucosal transmission. *Gastroenterology*, 2007, Vol. 133, No. 5, p. 1734-1736.
95. Danta M, Brown D, Bhagani S *et al.* Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to high-risk sexual behaviours. *AIDS*, 2007, Vol. 21, p. 983-991.
96. Purcell DW, Moss S, Remien RH *et al.* Illicit substance use, sexual risk, and HIV-positive gay and bisexual men : differences by serostatus of casual partners. *AIDS*, 2005, Vol. 19 (suppl. 1), p. S37-S47.



97. Cohen CE, Giles A, Nelson M. Sexual trauma associated with fisting and recreational drugs. *Sexually Transmitted Infection*, 2004, Vol. 80, p. 469-470.
98. Lock G, Dirscherl M, Obermeier F *et al.* Hepatitis C – contamination of toothbrushes : myth or reality ? *Journal of Viral Hepatitis*, 2006, Vol. 13, No. 9, p. 571-573.
99. Howe CJ, Fuller CM, Ompad DC *et al.* Association of sex, hygiene and drug equipment sharing with hepatitis C virus infection among non-injecting drug users in New York City. *Drug and Alcohol Dependence*, 2005, Vol. 79, No. 3, p. 389-395.
100. Wang CC, Morishima C, Chung M *et al.* High serum hepatitis C virus (HCV) RNA load predicts the presence of HCV RNA in saliva from individuals with chronic and acute HCV infection. *Journal of Infectious Diseases*, 2006, Vol. 193, No. 5, p. 672-676.
101. Lins L, Almeida H, Vitvisk L *et al.* Detection of hepatitis C virus RNA in saliva is not related to oral health status or viral load. *Journal of Medical Virology*, 2005, Vol. 77, No. 2, p. 216-220.
102. Walmsley S, Heathcote J. Dépistage des cas de co-infection : Lignes de conduite relatives à la prise en charge des adultes co-infectés par le VHC et le VIH : recommandations d'un groupe pluridisciplinaire d'experts. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 2001, Vol. 12 (suppl. A), p. 22A-40A.
103. Sherman M, Shanfran, Burak K *et al.* Management of chronic hepatitis B : Consensus guidelines. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2007, Vol. 21 (suppl. C), pp. 5C-24C.
104. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Complément québécois. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Édition 2006.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, 29 p.
105. Agence de santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Édition 2006.* Agence de santé publique du Canada, 2006, 426 p.
106. Villeneuve J, Tétrault I. (Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale) Le SRAC communautaire : La surveillance se poursuit. *INFO-MADO*, janvier 2008, Vol. 4, No. 1, 1 p.

ANNEXE 1

CONCOMITANCE DES RISQUES D'INFECTION PAR LE VHC

Tableau A : Concomitance des risques d'infection par le VHC tels que rapportés dans les enquêtes épidémiologiques, Québec, avril 2002 à mars 2004

Transfusions sanguines et greffes	Usage de drogues (injection ou inhalation)	Exposition accidentelle (travail)	Autre exposition au sang (tatouage, piercing,...)	Relation sexuelle avec une personne infectée	Soins de santé à l'étranger	Nombre d'individus	Proportion %
						655	26,39 %
						417	16,80 %
						140	5,64 %
						123	4,96 %
						118	4,75 %
						76	3,06 %
						75	3,02 %
						68	2,74 %
						60	2,42 %
						46	1,85 %
						42	1,69 %
						28	1,13 %
						26	1,05 %
						24	0,97 %
						19	0,77 %
						17	0,68 %
						17	0,68 %
						11	0,44 %
						10	0,40 %
						10	0,40 %
						10	0,40 %
						10	0,40 %
						10	0,40 %
						10	0,40 %
						9	0,36 %
						8	0,32 %
						8	0,32 %
						7	0,28 %
						6	0,24 %
						5	0,20 %
						4	0,16 %
						3	0,12 %
						3	0,12 %
						3	0,12 %
						3	0,12 %
						3	0,12 %
						2	0,08 %
						2	0,08 %
						2	0,08 %
						2	0,08 %
						2	0,08 %
						1	0,04 %
						1	0,04 %
						1	0,04 %
						1	0,04 %
Total						2 482	100 %

 Indique la présence du risque
 Indique l'absence du risque

ANNEXE 2

FICHES DESCRIPTIVES DE DONNÉES PAR SEGMENTS DE CLIENTÈLES INFECTÉES

COMMENT LIRE LES DONNÉES DANS LES FICHES DESCRIPTIVES

Les pages suivantes contiennent les fiches descriptives de données en fonction de segments particuliers de clientèles infectées. Les données sont présentées par types de risques de contaminations et pour chaque région sociosanitaire sous la forme d'un tableau-synthèse qui regroupe les données globales.

La figure reproduite ci-dessous détaille les sections du tableau et une légende explicative est attachée à chaque section pour définir les variables incluses. Les données provinciales pour tous les facteurs de risques confondus (tous les cas enquêtés) sont présentées dans la première fiche descriptive à titre de paramètres, pour permettre de juger de la situation dans chacun des segments de clientèles infectées.

SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON DANS CETTE FICHE →		TOUS LES ENQUÊTÉS	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n	%
$\frac{\text{Nombre de cas positifs}}{N}$		2 482 / 2 482	100
CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS			
Sexe		n	%
Femmes		1 532	62,9
Hommes		950	38,1
Groupe d'âge (moyenne : 43,3ans)		n	%
Moins de 20 ans		40	1,6
De 20-29 ans		281	11,6
De 30-39 ans		644	26,6
De 40-49 ans		999	37,9
De 50-59 ans		379	15,2
60 ans et +		229	9,4
Distribution régionale		n	%
Bas-Saint-Laurent		36	1,4
Capitale-Nationale		360	14,5
Estrie		175	7,0
Montreal-Centre		698	28,1
Abitibi-Témiscamingue		52	2,1
Côte-Nord		19	0,8
Chaudière-Appalaches		91	3,7
Laval		151	6,1
Lanaudière		116	4,7
Laurentides		352	14,6
Montréal		413	16,6
FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS			
Histoire d'usage de drogues		n / N	%
Drogue par INJECTION		1 602 / 2 217	72,3
Drogue par INHALATION		1 363 / 1 752	77,8
Autres contacts avec le sang		1 374 / 1 949	70,5
Tatouage		849 / 1 657	51,0
Piercing		517 / 1 629	31,7
Acupuncture		184 / 1 195	15,4
Électrolyse		83 / 1 194	7,0
Transfusions sanguines et greffes		434 / 2 116	20,5
Relations sexuelles avec une personne infectée		273 / 1 371	19,9
Soins de santé à l'étranger		262 / 1 892	13,8
Exposition accidentelle (travail)		144 / 1 869	7,7
Autres facteurs de risques		n / N	%
Séjour en milieu carcéral		907 / 1 766	51,3
Antécédents d'ITSS		481 / 1 395	34,5
Partage domicile avec personne VHC		216 / 1 292	16,7
DONNÉES CLINIQUES			
n / N		%	
ALY augmenté		221 / 376	58,8
AST augmenté		171 / 306	55,9
Anti-VHA positif		7 / 186	3,8
Anti-HBc IgM positif		32 / 135	23,7
HbsAg positif		27 / 520	5,2
Vaccination VHA		288 / 326	88,3
Vaccination VHB		1 536 / 1 732	88,7

1 Identification du segment de l'échantillon dans cette fiche. Nombre de cas dans ce segment (n), par rapport au total de cas enquêtés (N).

2 Distribution selon le sexe et le groupe d'âge (et âge moyen) du segment de l'échantillon dans cette fiche. Nombre de cas (n) et pourcentage (%).

3 Distribution des cas de ce segment de l'échantillon selon la région sociosanitaire. Nombre de cas (n) et pourcentage (%).

4 Les facteurs de risque précisent : Nombre de cas positifs (n) sur le nombre ayant répondu (N) et pourcentage de ce facteurs (%) dans le segment.

5 Informations sur les données cliniques recueillies auprès du segment de l'échantillon. Nombre de cas positifs (n) sur le nombre ayant répondu (N) et pourcentage (%).

FICHE 1 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		TOUS LES CAS ENQUÊTÉS	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		2 482/2 482	100

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	1 642	66,9
	Femmes	814	33,1
Groupe d'âge (moyenne : 43,2 ans)	Moins de 20 ans	40	1,6
	De 20-29 ans	281	11,6
	De 30-39 ans	644	26,6
	De 40-49 ans	909	37,5
	De 50-59 ans	319	13,2
	60 ans et +	229	9,4
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	36	1,4
	Capitale-Nationale	360	14,5
	Estrie	175	7,0
	Montréal-Centre	698	28,1
	Abitibi-Témiscamingue	52	2,1
	Côte-Nord	19	0,8
	Chaudière-Appalaches	91	3,7
	Laval	151	6,1
	Lanaudière	116	4,7
	Laurentides	362	14,6
	Montérégie	413	16,6
	Nunavik	8	0,3
	Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	0,0

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		1 602/2 217	72,3
	Drogues par INJECTION	1 363/1 752	77,8
	Drogues par INHALATION	1 154/1 598	72,2
Transfusions sanguines et greffes		434/2 116	20,5
Autres contacts avec le sang		1 374/1 949	70,5
	Tatouage	845/1 657	51,0
	Piercing	517/1 629	31,7
	Acupuncture	184/1 195	15,4
	Électrolyse	83/1 194	7,0
Relations sexuelles avec une personne infectée		273/1 371	19,9
Soins de santé à l'étranger		262/1 892	13,8
Exposition accidentelle (travail)		144/1 869	7,7
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	917/1 766	51,9
	Antécédents d'ITSS	481/1 395	34,5
	Partage domicile avec personne VHC	216/1 292	16,7

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	221/376	58,8
	AST augmenté	171/306	55,9
	Anti-VHA positif	7/186	3,8
	Anti-HBc IgM positif	32/135	23,7
	HbsAg positif	27/520	5,2
	Vaccination VHA	288/326	88,3
	Vaccination VHB	1 536/1 732	88,7

FICHE 2 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		PERSONNES NÉES À L'ÉTRANGER	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		279/2 482	11,2

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	143	51,6
	Femmes	134	48,4
Groupe d'âge (moyenne : 51,1 ans)	Moins de 20 ans	1	0,4
	De 20-29 ans	17	6,1
	De 30-39 ans	46	16,5
	De 40-49 ans	83	29,8
	De 50-59 ans	54	19,4
	60 ans et +	78	28,0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	0	0
	Capitale-Nationale	15	5,4
	Estrie	9	3,2
	Montréal-Centre	155	55,6
	Abitibi-Témiscamingue	1	0,4
	Côte-Nord	0	0
	Chaudière-Appalaches	2	0,7
	Laval	35	12,5
	Lanaudière	3	1,1
	Laurentides	24	8,6
	Montréal	35	12,5
	Nunavik	0	0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		53/268	19,8
	Drogues par INJECTION	47/171	27,5
	Drogues par INHALATION	37/166	22,3
Transfusions sanguines et greffes		59/266	22,2
Autres contacts avec le sang		89/236	37,7
	Tatouage	36/196	18,4
	Piercing	28/196	14,3
	Acupuncture	19/69	27,5
	Électrolyse	5/68	7,4
Relations sexuelles avec une personne infectée		13/172	7,6
Soins de santé à l'étranger		147/221	66,5
Exposition accidentelle (travail)		14/222	6,3
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	32/173	18,5
	Antécédents d'ITSS	12/91	13,2
	Partage domicile avec personne VHC	7/84	8,3

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	12/24	50,0
	AST augmenté	10/17	58,8
	Anti-VHA positif	0/11	0
	Anti-HBc IgM positif	0/7	0
	HbsAg positif	4/27	14,8
	Vaccination VHA	62/73	84,9
	Vaccination VHB	149/170	87,6

FICHE 3 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		POPULATIONS AUTOCHTONES	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		17/2 482	0,7

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		N	%
Sexe	Hommes	8	47,1
	Femmes	9	52,9
Groupe d'âge (moyenne : 37,7 ans)	Moins de 20 ans	2	11,8
	De 20-29 ans	0	0
	De 30-39 ans	6	35,3
	De 40-49 ans	7	41,2
	De 50-59 ans	2	11,8
	60 ans et +	0	0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	2	11,8
	Capitale-Nationale	2	11,8
	Estrie	0	0
	Montréal-Centre	0	0
	Abitibi-Témiscamingue	6	35,3
	Côte-Nord	0	0
	Chaudière-Appalaches	0	0
	Laval	0	0
	Lanaudière	1	5,9
	Laurentides	0	0
	Montérégie	0	0
	Nunavik	5	29,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	5,9	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		13/15	86,7
	Drogues par INJECTION	11/13	84,6
	Drogues par INHALATION	9/12	75,0
Transfusions sanguines et greffes		3/15	20,0
Autres contacts avec le sang		8/15	53,3
	Tatouage	5/8	62,5
	Piercing	3/7	42,9
	Acupuncture	0/7	0
	Électrolyse	0/7	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		3/8	37,5
Soins de santé à l'étranger		0/13	0
Exposition accidentelle (travail)		2/14	14,3
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	7/14	50,0
	Antécédents d'ITSS	7/15	46,7
	Partage domicile avec personne VHC	3/14	21,4

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	7/9	77,8
	AST augmenté	5/9	55,6
	Anti-VHA positif	0/4	0
	Anti-HBc IgM positif	0/2	0
	HbsAg positif	1/7	14,3
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	8/12	66,7

FICHE 4 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		SÉJOUR EN MILIEU CARCÉRAL	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		917/2 482	37,0

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	762	83,8
	Femmes	147	16,2
Groupe d'âge (moyenne : 40,6 ans)	Moins de 20 ans	3	0,3
	De 20-29 ans	111	12,4
	De 30-39 ans	298	33,2
	De 40-49 ans	376	41,9
	De 50-59 ans	92	10,3
	60 ans et +	17	1,9
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	10	1,1
	Capitale-Nationale	148	16,1
	Estrie	81	8,8
	Montréal-Centre	101	11,0
	Abitibi-Témiscamingue	21	2,3
	Côte-Nord	8	0,9
	Chaudière-Appalaches	48	5,2
	Laval	50	5,4
	Lanaudière	60	6,5
	Laurentides	232	25,3
	Montérégie	155	16,9
	Nunavik	3	0,3
	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		836/888	94,1
	Drogues par INJECTION	714/830	86,0
	Drogues par INHALATION	682/812	84,0
Transfusions sanguines et greffes		125/878	14,2
Autres contacts avec le sang		736/858	85,8
	Tatouage	562/765	73,5
	Piercing	271/750	36,1
	Acupuncture	75/665	11,3
	Électrolyse	26/664	3,9
Relations sexuelles avec une personne infectée		146/585	25,0
Soins de santé à l'étranger		54/835	6,5
Exposition accidentelle (travail)		77/803	9,6
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	917/917	100
	Antécédents d'ITSS	298/739	40,3
	Partage domicile avec personne VHC	136/664	20,5

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	121/218	55,5
	AST augmenté	89/178	50,0
	Anti-VHA positif	4/84	4,8
	Anti-HBc IgM positif	28/76	36,8
	HbsAg positif	18/258	7,0
	Vaccination VHA	68/71	95,8
	Vaccination VHB	688/785	87,6

FICHE 5 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		USAGE DE DROGUES	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		1 602/2 482	64,5

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	1 152	72,7
	Femmes	432	27,3
Groupe d'âge (moyenne : 40,3 ans)	Moins de 20 ans	21	1,4
	De 20-29 ans	205	13,1
	De 30-39 ans	484	31,0
	De 40-49 ans	646	41,4
	De 50-59 ans	178	11,4
	60 ans et +	26	1,7
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	27	1,7
	Capitale-Nationale	249	15,5
	Estrie	103	6,4
	Montréal-Centre	349	21,8
	Abitibi-Témiscamingue	43	2,7
	Côte-Nord	14	0,9
	Chaudière-Appalaches	76	4,7
	Laval	75	4,7
	Lanaudière	84	5,2
	Laurentides	308	19,2
	Montérégie	267	16,7
	Nunavik	6	0,4
	Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	0,1

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		1602/1602	100
	Drogues par INJECTION	1363/1558	87,5
	Drogues par INHALATION	1154/1412	81,7
Transfusions sanguines et greffes		185/1501	12,3
Autres contacts avec le sang		1088/1399	77,8
	Tatouage	764/1214	62,9
	Piercing	420/1192	35,2
	Acupuncture	135/946	14,3
	Électrolyse	53/945	5,6
Relations sexuelles avec une personne infectée		239/938	25,5
Soins de santé à l'étranger		93/1375	6,8
Exposition accidentelle (travail)		110/1341	8,2
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	836/1294	64,6
	Antécédents d'ITSS	435/1084	40,1
	Partage domicile avec personne VHC	196/981	20,0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	182/309	58,9
	AST augmenté	140/256	54,7
	Anti-VHA positif	6/144	4,2
	Anti-HBc IgM positif	27/107	25,2
	HbsAg positif	18/398	4,5
	Vaccination VHA	197/216	91,2
	Vaccination VHB	1155/1301	88,8

FICHE 5b : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		USAGE DE DROGUES (EXCLUSIF)	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		417/2 482	16,8

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	282	70,2
	Femmes	120	29,8
Groupe d'âge (moyenne : 40,8 ans)	Moins de 20 ans	7	1,8
	De 20-29 ans	44	11,3
	De 30-39 ans	119	30,5
	De 40-49 ans	163	41,8
	De 50-59 ans	49	12,6
	60 ans et +	8	2,0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	9	2,2
	Capitale-Nationale	46	11,0
	Estrie	28	6,7
	Montréal-Centre	213	51,1
	Abitibi-Témiscamingue	8	1,9
	Côte-Nord	2	0,5
	Chaudière-Appalaches	10	2,4
	Laval	19	4,6
	Lanaudière	9	2,2
	Laurentides	25	6,0
	Montréal	47	11,3
Nunavik	0	0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	0,2	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		417/417	100
	Drogues par INJECTION	365/389	93,8
	Drogues par INHALATION	208/282	73,8
Transfusions sanguines et greffes		0/333	0
Autres contacts avec le sang		0/234	0
	Tatouage	0/111	0
	Piercing	0/116	0
	Acupuncture	0/0	0
	Électrolyse	0/0	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		0/136	0
Soins de santé à l'étranger		0/261	0
Exposition accidentelle (travail)		0/264	0
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	104/213	48,8
	Antécédents d'ITSS	46/112	41,1
	Partage domicile avec personne VHC	13/105	12,4

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	29/47	61,7
	AST augmenté	22/42	52,4
	Anti-VHA positif	0/23	0
	Anti-HBc IgM positif	6/14	42,9
	HbsAg positif	2/61	3,3
	Vaccination VHA	104/117	88,9
	Vaccination VHB	237/264	89,8

FICHE 6 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →	TRANSFUSIONS SANGUINES ET GREFFES	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie	n/N	%
Nombre de cette catégorie = n Total des cas VHC enquêtés = N	434/2 482	17,5

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	261	60,3
	Femmes	172	39,7
Groupe d'âge (moyenne : 49,4 ans)	Moins de 20 ans	12	2,8
	De 20-29 ans	14	3,3
	De 30-39 ans	78	18,1
	De 40-49 ans	159	37,0
	De 50-59 ans	70	16,3
	60 ans et +	97	22,6
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	4	0,9
	Capitale-Nationale	55	12,7
	Estrie	23	5,3
	Montréal-Centre	67	15,4
	Abitibi-Témiscamingue	4	0,9
	Côte-Nord	5	1,2
	Chaudière-Appalaches	17	3,9
	Laval	36	8,3
	Lanaudière	29	6,7
	Laurentides	68	15,7
	Montérégie	124	28,6
Nunavik	2	0,5	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		185/425	43,5
	Drogues par INJECTION	135/222	60,8
	Drogues par INHALATION	152/218	69,7
Transfusions sanguines et greffes		434/434	100
Autres contacts avec le sang		319/409	78,0
	Tatouage	126/355	35,5
	Piercing	113/348	32,5
	Acupuncture	43/291	14,8
	Électrolyse	18/289	6,2
Relations sexuelles avec une personne infectée		28/343	8,2
Soins de santé à l'étranger		71/408	17,4
Exposition accidentelle (travail)		19/396	4,8
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	125/368	34,0
	Antécédents d'ITSS	68/325	20,9
	Partage domicile avec personne VHC	24/317	7,6

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	28/64	43,8
	AST augmenté	26/49	53,1
	Anti-VHA positif	2/36	5,6
	Anti-HBc IgM positif	6/28	21,4
	HbsAg positif	6/96	6,2
	Vaccination VHA	28/34	82,3
	Vaccination VHB	291/336	86,6

FICHE 6b : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		TRANSFUSIONS SANGUINES ET GREFFES (EXCLUSIF)	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		68/2 482	2,7

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	43	63,2
	Femmes	25	36,8
Groupe d'âge (moyenne : 52,8 ans)	Moins de 20 ans	6	9,1
	De 20-29 ans	1	1,5
	De 30-39 ans	6	9,1
	De 40-49 ans	19	28,8
	De 50-59 ans	8	12,1
	60 ans et +	26	39,4
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	2	2,9
	Capitale-Nationale	2	2,9
	Estrie	0	0
	Montréal-Centre	29	42,7
	Abitibi-Témiscamingue	0	0
	Côte-Nord	1	1,5
	Chaudière-Appalaches	3	4,4
	Laval	10	14,7
	Lanaudière	3	4,4
	Laurentides	5	7,4
	Montérégie	13	19,1
	Nunavik	0	0
	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		0/62	0
	Drogues par INJECTION	0/22	0
	Drogues par INHALATION	0/22	0
Transfusions sanguines et greffes		68/68	100
Autres contacts avec le sang		0/53	0
	Tatouage	0/23	0
	Piercing	0/21	0
	Acupuncture	0/0	0
	Électrolyse	0/0	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		0/47	0
Soins de santé à l'étranger		0/53	0
Exposition accidentelle (travail)		0/55	0
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	2/44	4,6
	Antécédents d'ITSS	0/27	0
	Partage domicile avec personne VHC	0/28	0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	2/4	50,0
	AST augmenté	2/3	66,7
	Anti-VHA positif	0/3	0
	Anti-HBc IgM positif	0/4	0
	HbsAg positif	0/6	0
	Vaccination VHA	9/14	64,3
	Vaccination VHB	37/46	80,4

FICHE 7 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →	AUTRES CONTACTS AVEC LE SANG	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie	n/N	%
Nombre de cette catégorie = n Total des cas VHC enquêtés = N	1374/2 482	55,4

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	939	68,5
	Femmes	432	31,5
Groupe d'âge (moyenne : 42,3 ans)	Moins de 20 ans	15	1,1
	De 20-29 ans	171	12,6
	De 30-39 ans	382	28,1
	De 40-49 ans	530	39,0
	De 50-59 ans	168	12,4
	60 ans et +	94	6,9
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	18	1,3
	Capitale-Nationale	230	16,7
	Estrie	89	6,5
	Montréal-Centre	133	9,7
	Abitibi-Témiscamingue	34	2,5
	Côte-Nord	16	1,2
	Chaudière-Appalaches	71	5,2
	Laval	68	5,0
	Lanaudière	93	6,8
	Laurentides	305	22,2
	Montérégie	311	22,6
	Nunavik	6	0,4
	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		1088/1366	79,6
	Drogues par INJECTION	910/1097	83,0
	Drogues par INHALATION	881/1068	82,5
Transfusions sanguines et greffes		319/1364	23,4
Autres contacts avec le sang		1374/1374	100
	Tatouage	845/1365	61,9
	Piercing	517/1331	38,8
	Acupuncture	184/1195	15,4
	Électrolyse	83/1194	7,0
Relations sexuelles avec une personne infectée		196/955	20,5
Soins de santé à l'étranger		138/1304	10,6
Exposition accidentelle (travail)		114/1261	9,0
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	736/1278	57,6
	Antécédents d'ITSS	405/1155	35,1
	Partage domicile avec personne VHC	184/1056	17,4

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	166/285	58,2
	AST augmenté	128/228	56,1
	Anti-VHA positif	7/135	5,2
	Anti-HBc IgM positif	26/104	25,0
	HbsAg positif	18/376	4,8
	Vaccination VHA	86/92	93,5
	Vaccination VHB	1053/1186	88,8

FICHE 7b : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		AUTRES CONTACTS AVEC LE SANG (EXCLUSIF)	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		75/2 482	3,0

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	43	57,3
	Femmes	32	42,7
Groupe d'âge (moyenne : 48,1 ans)	Moins de 20 ans	1	1,3
	De 20-29 ans	8	10,7
	De 30-39 ans	15	20,0
	De 40-49 ans	19	25,3
	De 50-59 ans	18	24,0
	60 ans et +	14	18,7
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	2	2,7
	Capitale-Nationale	13	17,3
	Estrie	2	2,7
	Montréal-Centre	11	14,7
	Abitibi-Témiscamingue	0	0
	Côte-Nord	2	2,7
	Chaudière-Appalaches	1	1,3
	Laval	6	8,0
	Lanaudière	3	4,0
	Laurentides	9	12,0
	Montréal	26	34,7
Nunavik	0	0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		0/70	0
	Drogues par INJECTION	0/9	0
	Drogues par INHALATION	0/9	0
Transfusions sanguines et greffes		0/74	0
Autres contacts avec le sang		75/75	100
	Tatouage	32/73	43,8
	Piercing	24/70	34,3
	Acupuncture	10/59	17,0
	Électrolyse	11/61	18,0
Relations sexuelles avec une personne infectée		0/49	0
Soins de santé à l'étranger		0/62	0
Exposition accidentelle (travail)		0/66	0
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	23/66	34,8
	Antécédents d'ITSS	13/53	24,5
	Partage domicile avec personne VHC	4/48	8,3

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	8/12	66,7
	AST augmenté	5/9	55,6
	Anti-VHA positif	0/11	0
	Anti-HBc IgM positif	3/5	60
	HbsAg positif	2/23	8,7
	Vaccination VHA	3/3	100
	Vaccination VHB	52/57	91,2

FICHE 8 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →	RELATIONS SEXUELLES AVEC UNE PERSONNE INFECTÉE	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie	n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$	273/2 482	11,0

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	156	57,1
	Femmes	117	42,9
Groupe d'âge (moyenne : 38,4 ans)	Moins de 20 ans	8	3,0
	De 20-29 ans	49	18,2
	De 30-39 ans	88	32,6
	De 40-49 ans	97	35,9
	De 50-59 ans	24	8,9
	60 ans et +	4	1,5
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	6	2,2
	Capitale-Nationale	50	18,3
	Estrie	16	5,9
	Montréal-Centre	39	14,3
	Abitibi-Témiscamingue	6	2,2
	Côte-Nord	5	1,8
	Chaudière-Appalaches	15	5,5
	Laval	15	5,5
	Lanaudière	16	5,9
	Laurentides	63	23,1
	Montérégie	41	15,0
Nunavik	1	0,4	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		239/270	88,5
	Drogues par INJECTION	211/243	86,8
	Drogues par INHALATION	187/236	79,2
Transfusions sanguines et greffes		28/264	10,6
Autres contacts avec le sang	Tatouage	138/214	64,5
	Piercing	93/211	44,1
	Acupuncture	18/177	10,2
	Électrolyse	15/176	8,5
	Relations sexuelles avec une personne infectée		273/273
Soins de santé à l'étranger		21/255	8,2
Exposition accidentelle (travail)		20/246	8,1
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	146/239	61,1
	Antécédents d'ITSS	87/216	40,3
	Partage domicile avec personne VHC	88/209	42,1

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	44/70	62,9
	AST augmenté	36/57	63,2
	Anti-VHA positif	1/32	3,1
	Anti-HBc IgM positif	2/23	8,7
	HbsAg positif	4/81	4,9
	Vaccination VHA	27/28	96,4
	Vaccination VHB	222/246	90,2

FICHE 8b : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		RELATIONS SEXUELLES AVEC UNE PERSONNE INFECTÉE (EXCLUSIF)	
		n/N	%
Proportion des cas VHC dans cette catégorie			
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		17/2 482	0,7

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	7	41,2
	Femmes	10	58,8
Groupe d'âge (moyenne : 45,9 ans)	Moins de 20 ans	1	6,2
	De 20-29 ans	1	6,2
	De 30-39 ans	4	25,0
	De 40-49 ans	5	31,2
	De 50-59 ans	2	12,5
	60 ans et +	3	18,8
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	1	5,9
	Capitale-Nationale	1	5,9
	Estrie	1	5,9
	Montréal-Centre	6	35,3
	Abitibi-Témiscamingue	0	0
	Côte-Nord	0	0
	Chaudière-Appalaches	0	0
	Laval	2	11,8
	Lanaudière	2	11,8
	Laurentides	2	11,8
	Montréal	2	11,8
	Nunavik	0	0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		0/15	0
	Drogues par INJECTION	0/4	0
	Drogues par INHALATION	0/4	0
Transfusions sanguines et greffes		0/15	0
Autres contacts avec le sang		0/15	0
	Tatouage	0/4	0
	Piercing	0/4	0
	Acupuncture	0/0	0
	Électrolyse	0/0	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		17/17	100
Soins de santé à l'étranger		0/12	0
Exposition accidentelle (travail)		0/12	0
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	5/12	41,7
	Antécédents d'ITSS	3/8	37,5
	Partage domicile avec personne VHC	1/10	10,0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	1/2	50,0
	AST augmenté	1/1	100
	Anti-VHA positif	0/1	0
	Anti-HBc IgM positif	0/0	0
	HbsAg positif	2/3	66,7
	Vaccination VHA	2/2	100
	Vaccination VHB	10/12	83,3

FICHE 9 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →	SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie	n/N	%
Nombre de cette catégorie = n Total des cas VHC enquêtés = N	262/2 482	10,6

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	142	54,6
	Femmes	118	45,4
Groupe d'âge (moyenne : 49,7 ans)	Moins de 20 ans	1	0,4
	De 20-29 ans	13	5,0
	De 30-39 ans	45	17,2
	De 40-49 ans	88	33,7
	De 50-59 ans	59	22,6
	60 ans et +	55	21,1
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	1	0,4
	Capitale-Nationale	26	9,9
	Estrie	8	3,0
	Montréal-Centre	81	30,9
	Abitibi-Témiscamingue	4	1,5
	Côte-Nord	1	0,4
	Chaudière-Appalaches	10	3,8
	Laval	35	13,4
	Lanaudière	17	6,5
	Laurentides	33	12,6
	Montréal	46	17,6
Nunavik	0	0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		93/254	36,6
	Drogues par INJECTION	75/158	47,5
	Drogues par INHALATION	76/156	48,7
Transfusions sanguines et greffes		71/257	27,6
Autres contacts avec le sang		138/243	56,8
	Tatouage	54/197	27,4
	Piercing	54/198	27,3
	Acupuncture	43/127	33,9
	Électrolyse	18/125	14,4
Relations sexuelles avec une personne infectée		21/177	11,9
Soins de santé à l'étranger		262/262	100
Exposition accidentelle (travail)		25/233	10,7
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	54/196	27,6
	Antécédents d'ITSS	39/154	25,3
	Partage domicile avec personne VHC	10/135	7,4

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	19/31	61,3
	AST augmenté	17/28	60,7
	Anti-VHA positif	0/14	0
	Anti-HBc IgM positif	1/11	9,1
	HbsAg positif	1/37	2,7
	Vaccination VHA	39/41	95,1
	Vaccination VHB	178/198	89,9

FICHE 9b : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		SOINS DE SANTÉ À L'ÉTRANGER (EXCLUSIF)	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		76/2 482	3,1

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	32	42,7
	Femmes	43	57,3
Groupe d'âge (moyenne : 53,4 ans)	Moins de 20 ans	0	0
	De 20-29 ans	3	4,0
	De 30-39 ans	16	21,0
	De 40-49 ans	13	17,1
	De 50-59 ans	17	22,4
	60 ans et +	27	35,5
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	0	0
	Capitale-Nationale	3	4,0
	Estrie	2	2,6
	Montréal-Centre	48	63,2
	Abitibi-Témiscamingue	1	1,3
	Côte-Nord	0	0
	Chaudière-Appalaches	0	0
	Laval	17	22,4
	Lanaudière	0	0
	Laurentides	0	0
	Montréal	5	6,6
Nunavik	0	0	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		0/70	0
	Drogues par INJECTION	0/42	0
	Drogues par INHALATION	0/42	0
Transfusions sanguines et greffes		0/72	0
Autres contacts avec le sang		0/64	0
	Tatouage	0/40	0
	Piercing	0/42	0
	Acupuncture	0/0	0
	Électrolyse	0/0	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		0/44	0
Soins de santé à l'étranger		76/76	100
Exposition accidentelle (travail)		0/63	0
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	1/39	2,6
	Antécédents d'ITSS	1/12	8,3
	Partage domicile avec personne VHC	0/8	0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	3/3	100
	AST augmenté	3/3	100
	Anti-VHA positif	0/2	0
	Anti-HBc IgM positif	0/2	0
	HbsAg positif	0/2	0
	Vaccination VHA	23/24	95,8
	Vaccination VHB	46/48	95,8

FICHE 10 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		EXPOSITION ACCIDENTELLE AU TRAVAIL	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		144/2 482	5,8

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	112	77,8
	Femmes	32	22,2
Groupe d'âge (moyenne : 42,1 ans)	Moins de 20 ans	0	0
	De 20-29 ans	12	8,3
	De 30-39 ans	46	31,9
	De 40-49 ans	58	40,3
	De 50-59 ans	24	16,7
Distribution régionale	60 ans et +	4	2,8
	Saguenay-Lac-St-Jean	2	1,4
	Capitale-Nationale	31	21,5
	Estrie	0	0
	Montréal-Centre	22	15,3
	Abitibi-Témiscamingue	2	1,4
	Côte-Nord	1	0,7
	Chaudière-Appalaches	6	4,2
	Laval	4	2,8
	Lanaudière	10	6,9
	Laurentides	26	18,1
	Montérégie	39	27,1
	Nunavik	1	0,7
	Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		110/143	76,9
	Drogues par INJECTION	89/117	76,1
	Drogues par INHALATION	93/115	80,9
Transfusions sanguines et greffes		19/142	13,4
Autres contacts avec le sang		114/137	83,2
	Tatouage	69/122	56,6
	Piercing	51/121	42,2
	Acupuncture	20/105	19,0
	Électrolyse	8/105	7,6
Relations sexuelles avec une personne infectée		20/105	19,0
Soins de santé à l'étranger		25/137	18,2
Exposition accidentelle (travail)		144/144	100
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	77/129	59,7
	Antécédents d'ITSS	44/119	37,0
	Partage domicile avec personne VHC	19/103	18,4

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	21/33	63,6
	AST augmenté	13/27	48,2
	Anti-VHA positif	0/11	0
	Anti-HBc IgM positif	4/15	26,7
	HbsAg positif	2/34	5,9
	Vaccination VHA	11/13	84,6
	Vaccination VHB	105/116	90,5

FICHE 10b : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		EXPOSITION ACCIDENTELLE AU TRAVAIL (EXCLUSIF)	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		8/2 482	0,3

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	3	37,5
	Femmes	5	62,5
Groupe d'âge (moyenne : 48,4 ans)	Moins de 20 ans	0	0
	De 20-29 ans	0	0
	De 30-39 ans	0	0
	De 40-49 ans	5	62,5
	De 50-59 ans	2	25,0
	60 ans et +	1	12,5
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	0	0
	Capitale-Nationale	1	12,5
	Estrie	0	0
	Montréal-Centre	3	37,5
	Abitibi-Témiscamingue	0	0
	Côte-Nord	0	0
	Chaudière-Appalaches	1	12,5
	Laval	0	0
	Lanaudière	1	12,5
	Laurentides	1	12,5
	Montréal	1	12,5
	Nunavik	0	0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues	Drogues par INJECTION	0/8	0
	Drogues par INHALATION	0/2	0
	Drogues par INJECTION	0/2	0
Transfusions sanguines et greffes		0/7	0
Autres contacts avec le sang	Tatouage	0/1	0
	Piercing	0/1	0
	Acupuncture	0/0	0
	Électrolyse	0/0	0
			0/0
Relations sexuelles avec une personne infectée		0/4	0
Soins de santé à l'étranger		0/6	0
Exposition accidentelle (travail)		8/8	100
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	0/5	0
	Antécédents d'ITSS	0/4	0
	Partage domicile avec personne VHC	0/4	0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	0/1	0
	AST augmenté	0/1	0
	Anti-VHA positif	0/1	0
	Anti-HBc IgM positif	0/1	0
	HbsAg positif	0/1	0
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	4/4	100

FICHE 11 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →	AUCUN FACTEUR DE RISQUE IDENTIFIÉ	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie	n/N	%
Nombre de cette catégorie = n Total des cas VHC enquêtés = N	394/2 482	15,9

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	254	65,5
	Femmes	134	34,5
Groupe d'âge (moyenne : 44,9 ans)	Moins de 20 ans	6	1,6
	De 20-29 ans	52	13,7
	De 30-39 ans	85	22,4
	De 40-49 ans	132	34,7
	De 50-59 ans	48	12,6
	60 ans et +	57	15,0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	3	0,8
	Capitale-Nationale	61	15,5
	Estrie	50	12,7
	Montréal-Centre	219	55,6
	Abitibi-Témiscamingue	8	2,0
	Côte-Nord	0	0
	Chaudière-Appalaches	2	0,5
	Laval	21	5,3
	Lanaudière	2	0,5
	Laurentides	8	2,0
	Montérégie	18	4,6
Nunavik	2	0,5	
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0	

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		0/153	0
	Drogues par INJECTION	0/83	0
	Drogues par INHALATION	0/76	0
Transfusions sanguines et greffes		0/137	0
Autres contacts avec le sang		0/100	0
	Tatouage	0/77	0
	Piercing	0/78	0
	Acupuncture	0/0	0
	Électrolyse	0/0	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		0/67	0
Soins de santé à l'étranger		0/68	0
Exposition accidentelle (travail)		0/97	0
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	30/95	31,6
	Antécédents d'ITSS	3/17	17,6
	Partage domicile avec personne VHC	3/21	14,3

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	10/16	62,5
	AST augmenté	8/13	61,5
	Anti-VHA positif	0/11	0
	Anti-HBc IgM positif	0/7	0
	HbsAg positif	3/45	6,7
	Vaccination VHA	36/48	75,0
	Vaccination VHB	57/72	79,2

FICHE 12 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		SAGUENAY-LAC-ST-JEAN	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		36/2 482	1,4

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	23	63,9
	Femmes	13	36,1
Groupe d'âge (moyenne : 39,0 ans)	Moins de 20 ans	3	8,3
	De 20-29 ans	5	13,9
	De 30-39 ans	5	13,9
	De 40-49 ans	19	52,8
	De 50-59 ans	4	11,1
	60 ans et +	0	0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean	36	100
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
	Montérégie		
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		27/34	79,4
	Drogues par INJECTION	24/26	92,3
	Drogues par INHALATION	12/24	50,0
Transfusions sanguines et greffes		4/34	11,8
Autres contacts avec le sang		18/35	51,4
	Tatouage	15/17	88,2
	Piercing	4/17	23,5
	Acupuncture	0/17	0
	Électrolyse	1/17	5,9
Relations sexuelles avec une personne infectée		6/20	30,0
Soins de santé à l'étranger		1/34	2,9
Exposition accidentelle (travail)		2/33	6,1
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	10/35	28,6
	Antécédents d'ITSS	10/34	29,4
	Partage domicile avec personne VHC	5/34	14,7

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	11/15	73,3
	AST augmenté	9/15	60,0
	Anti-VHA positif	2/12	16,7
	Anti-HBc IgM positif	0/6	0
	HbsAg positif	0/15	0
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	28/31	90,3

FICHE 13 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		CAPITALE-NATIONALE	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		360/2 482	14,5

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	251	69,7
	Femmes	109	30,3
Groupe d'âge (moyenne : 39,7 ans)	Moins de 20 ans	8	2,2
	De 20-29 ans	63	17,5
	De 30-39 ans	116	32,2
	De 40-49 ans	120	33,3
	De 50-59 ans	35	9,7
	60 ans et +	18	5,0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale	360	100
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
	Montérégie		
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		249/298	83,6
	Drogues par INJECTION	209/239	87,4
	Drogues par INHALATION	194/223	87,0
Transfusions sanguines et greffes		55/283	19,4
Autres contacts avec le sang		230/257	89,5
	Tatouage	135/228	59,2
	Piercing	77/224	34,4
	Acupuncture	42/222	18,9
	Électrolyse	16/223	7,2
Relations sexuelles avec une personne infectée		50/178	28,1
Soins de santé à l'étranger		26/258	10,1
Exposition accidentelle (travail)		31/256	12,1
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	148/265	55,8
	Antécédents d'ITSS	92/247	37,2
	Partage domicile avec personne VHC	45/213	21,1

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	40/51	78,4
	AST augmenté	36/49	73,5
	Anti-VHA positif	0/58	0
	Anti-HBc IgM positif	0/20	0
	HbsAg positif	3/184	1,6
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	241/271	88,9

FICHE 14 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		ESTRIE	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		175/2 482	7,0

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	129	73,7
	Femmes	46	26,3
Groupe d'âge (moyenne : 42,0 ans)	Moins de 20 ans	0	0
	De 20-29 ans	24	13,7
	De 30-39 ans	50	28,6
	De 40-49 ans	72	41,1
	De 50-59 ans	20	11,4
	60 ans et +	9	5,1
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie	175	100
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
Montérégie			
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		103/126	81,8
	Drogues par INJECTION	78/94	83,0
	Drogues par INHALATION	74/92	80,4
Transfusions sanguines et greffes		23/117	19,7
Autres contacts avec le sang		89/113	78,8
	Tatouage	46/89	51,7
	Piercing	41/89	46,1
	Acupuncture	5/89	5,6
	Électrolyse	2/89	2,2
Relations sexuelles avec une personne infectée		16/67	23,9
Soins de santé à l'étranger		8/115	7,0
Exposition accidentelle (travail)		0/113	0
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	81/128	63,3
	Antécédents d'ITSS	41/112	36,6
	Partage domicile avec personne VHC	24/96	25,0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	0/0	0
	AST augmenté	0/0	0
	Anti-VHA positif	0/1	0
	Anti-HBc IgM positif	0/0	0
	HbsAg positif	1/1	100
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	99/106	93,4

FICHE 15 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		MONTRÉAL	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		698/2 482	28,1

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	421	62,6
	Femmes	251	37,4
Groupe d'âge (moyenne : 45,3 ans)	Moins de 20 ans	7	1,1
	De 20-29 ans	67	10,5
	De 30-39 ans	143	22,4
	De 40-49 ans	230	36,0
	De 50-59 ans	103	16,1
	60 ans et +	89	13,9
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre	698	100
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
Montérégie			
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		349/596	58,6
	Drogues par INJECTION	325/539	60,3
	Drogues par INHALATION	190/451	42,1
Transfusions sanguines et greffes		67/517	13,0
Autres contacts avec le sang		133/418	31,8
	Tatouage	121/423	28,6
	Piercing	32/418	7,7
	Acupuncture	0/0	0
	Électrolyse	0/0	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		39/288	13,5
Soins de santé à l'étranger		81/412	19,7
Exposition accidentelle (travail)		22/409	5,4
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	101/247	40,9
	Antécédents d'ITSS	0/0	0
	Partage domicile avec personne VHC	0/0	0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	0/0	0
	AST augmenté	0/0	0
	Anti-VHA positif	0/0	0
	Anti-HBc IgM positif	0/0	0
	HbsAg positif	0/0	0
	Vaccination VHA	288/326	88,3
	Vaccination VHB	319/354	90,1

FICHE 16 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		ABITIBI-TÉMISCAMINGUE	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		52/2 482	2,1

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	33	63,5
	Femmes	19	36,5
Groupe d'âge (moyenne : 39,6 ans)	Moins de 20 ans	1	1,9
	De 20-29 ans	8	15,4
	De 30-39 ans	17	32,7
	De 40-49 ans	18	34,6
	De 50-59 ans	8	15,4
	60 ans et +	0	0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue	52	100
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
Montérégie			
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		43/44	97,7
	Drogues par INJECTION	38/43	88,4
	Drogues par INHALATION	36/39	92,3
Transfusions sanguines et greffes		4/42	9,52
Autres contacts avec le sang		34/42	81,0
	Tatouage	21/34	61,8
	Piercing	21/34	61,8
	Acupuncture	2/33	6,1
	Électrolyse	2/32	6,2
Relations sexuelles avec une personne infectée		6/31	19,4
Soins de santé à l'étranger		4/40	10,0
Exposition accidentelle (travail)		2/41	4,9
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	21/42	50,0
	Antécédents d'ITSS	11/41	26,8
	Partage domicile avec personne VHC	12/38	31,6

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	23/28	82,1
	AST augmenté	19/28	67,9
	Anti-VHA positif	0/5	0
	Anti-HBc IgM positif	0/1	0
	HbsAg positif	0/26	0
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	42/44	95,4

FICHE 17 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		CÔTE-NORD	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		19/2 482	0,8

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	15	79,0
	Femmes	4	21,0
Groupe d'âge (moyenne : 38,7 ans)	Moins de 20 ans	0	0
	De 20-29 ans	4	21,0
	De 30-39 ans	8	42,1
	De 40-49 ans	4	21,0
	De 50-59 ans	2	10,5
	60 ans et +	1	5,3
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord	19	100
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
Montérégie			
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		14/18	77,8
	Drogues par INJECTION	12/14	85,7
	Drogues par INHALATION	13/14	92,9
Transfusions sanguines et greffes		5/19	26,3
Autres contacts avec le sang		16/19	84,2
	Tatouage	11/16	68,8
	Piercing	5/15	33,3
	Acupuncture	1/15	6,7
	Électrolyse	1/15	6,7
Relations sexuelles avec une personne infectée		5/14	35,7
Soins de santé à l'étranger		1/19	5,3
Exposition accidentelle (travail)		1/17	5,9
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	8/19	42,1
	Antécédents d'ITSS	5/18	27,8
	Partage domicile avec personne VHC	2/19	10,5

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	2/4	50,0
	AST augmenté	2/3	66,7
	Anti-VHA positif	0/3	0
	Anti-HBc IgM positif	0/2	0
	HbsAg positif	2/5	40,0
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	17/17	100

FICHE 18 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		CHAUDIÈRE-APPALACHES	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		91/2 482	3,7

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	63	69,2
	Femmes	28	30,8
Groupe d'âge (moyenne : 41,7 ans)	Moins de 20 ans	1	1,1
	De 20-29 ans	9	9,9
	De 30-39 ans	29	31,9
	De 40-49 ans	37	40,7
	De 50-59 ans	13	14,3
	60 ans et +	2	2,2
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches	91	100
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
Montérégie			
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		76/91	83,5
	Drogues par INJECTION	62/75	82,7
	Drogues par INHALATION	59/72	81,9
Transfusions sanguines et greffes		17/90	18,9
Autres contacts avec le sang		71/89	79,8
	Tatouage	44/71	62,0
	Piercing	25/70	35,7
	Acupuncture	14/69	20,3
	Électrolyse	5/69	7,2
Relations sexuelles avec une personne infectée		15/68	22,1
Soins de santé à l'étranger		10/84	11,9
Exposition accidentelle (travail)		6/85	7,1
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	48/86	55,8
	Antécédents d'ITSS	32/85	37,6
	Partage domicile avec personne VHC	11/85	12,9

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	4/12	33,3
	AST augmenté	4/12	33,3
	Anti-VHA positif	0/3	0
	Anti-HBc IgM positif	1/3	33,3
	HbsAg positif	0/9	0
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	72/83	86,7

FICHE 19 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		LAVAL	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
Nombre de cette catégorie = n			
Total des cas VHC enquêtés = N		151/2 482	6,1

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	93	61,6
	Femmes	58	38,4
Groupe d'âge (moyenne : 48,5 ans)	Moins de 20 ans	0	0
	De 20-29 ans	12	8,0
	De 30-39 ans	33	21,8
	De 40-49 ans	49	32,4
	De 50-59 ans	27	17,9
	60 ans et +	30	19,9
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval	151	100
	Lanaudière		
	Laurentides		
Montérégie			
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		75/136	55,2
	Drogues par INJECTION	61/73	83,6
	Drogues par INHALATION	59/70	84,3
Transfusions sanguines et greffes		36/142	25,4
Autres contacts avec le sang		68/130	52,3
	Tatouage	48/68	70,6
	Piercing	17/66	25,8
	Acupuncture	12/67	17,9
	Électrolyse	8/66	12,1
Relations sexuelles avec une personne infectée		15/75	20,0
Soins de santé à l'étranger		35/126	27,8
Exposition accidentelle (travail)		4/129	3,1
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	50/121	41,3
	Antécédents d'ITSS	30/96	31,2
	Partage domicile avec personne VHC	6/81	7,4

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	12/22	54,6
	AST augmenté	10/18	55,6
	Anti-VHA positif	1/9	11,1
	Anti-HBc IgM positif	5/9	55,6
	HbsAg positif	2/12	16,7
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	92/101	91,1

FICHE 20 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		LANAUDIÈRE	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		116/ 2 482	4,7

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	70	60,3
	Femmes	46	39,7
Groupe d'âge (moyenne : 41,9 ans)	Moins de 20 ans	4	3,4
	De 20-29 ans	13	11,2
	De 30-39 ans	34	29,3
	De 40-49 ans	49	42,2
	De 50-59 ans	3	2,6
	60 ans et +	13	11,2
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière	116	100
	Laurentides		
Montréal			
Nunavik			
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		84/116	72,4
	Drogues par INJECTION	62/79	78,5
	Drogues par INHALATION	68/78	87,2
Transfusions sanguines et greffes		29/116	25,0
Autres contacts avec le sang		93/115	80,9
	Tatouage	52/93	55,9
	Piercing	35/88	39,8
	Acupuncture	18/91	19,8
	Électrolyse	5/91	5,5
Relations sexuelles avec une personne infectée		16/72	22,2
Soins de santé à l'étranger		17/114	14,9
Exposition accidentelle (travail)		10/112	8,9
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	60/114	52,6
	Antécédents d'ITSS	38/111	34,2
	Partage domicile avec personne VHC	19/101	18,8

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	26/43	60,5
	AST augmenté	13/27	48,2
	Anti-VHA positif	0/11	0
	Anti-HBc IgM positif	2/6	33,3
	HbsAg positif	1/59	1,7
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	89/105	84,8

FICHE 21 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		LAURENTIDES	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		362/2 482	14,6

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	273	75,4
	Femmes	89	25,6
Groupe d'âge (moyenne : 41,5 ans)	Moins de 20 ans	6	1,7
	De 20-29 ans	49	13,5
	De 30-39 ans	101	27,9
	De 40-49 ans	154	42,5
	De 50-59 ans	32	8,8
	60 ans et +	20	5,5
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides	362	100
	Montérégie		
	Nunavik		
	Terres-Cries-de-la-Baie-James		

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		308/357	86,3
	Drogues par INJECTION	260/305	85,3
	Drogues par INHALATION	252/295	85,4
Transfusions sanguines et greffes		68/354	19,2
Autres contacts avec le sang		305/353	86,4
	Tatouage	200/305	65,6
	Piercing	130/303	42,9
	Acupuncture	42/296	14,2
	Électrolyse	18/296	6,1
Relations sexuelles avec une personne infectée		63/256	24,6
Soins de santé à l'étranger		33/348	9,5
Exposition accidentelle (travail)		26/328	7,9
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	232/355	65,3
	Antécédents d'ITSS	129/336	38,4
	Partage domicile avec personne VHC	51/297	17,2

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	75/132	56,8
	AST augmenté	64/119	53,8
	Anti-VHA positif	4/55	7,3
	Anti-HBc IgM positif	19/61	31,2
	HbsAg positif	10/110	9,1
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	299/335	89,2

FICHE 22 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		MONTÉRÉGIE	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		413/2 482	16,6

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	266	64,4
	Femmes	147	35,6
Groupe d'âge (moyenne : 45,1 ans)	Moins de 20 ans	10	2,4
	De 20-29 ans	27	6,6
	De 30-39 ans	103	25,0
	De 40-49 ans	154	37,4
	De 50-59 ans	71	17,2
	60 ans et +	47	11,4
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
Montérégie	413	100	
	Nunavik		
	Terres-Cries-de-la-Baie-James		

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		267/394	67,8
	Drogues par INJECTION	226/258	87,6
	Drogues par INHALATION	193/234	82,5
Transfusions sanguines et greffes		124/395	31,4
Autres contacts avec le sang		311/371	83,8
	Tatouage	149/307	48,5
	Piercing	129/299	43,1
	Acupuncture	48/290	16,6
	Électrolyse	25/290	8,6
Relations sexuelles avec une personne infectée		41/299	13,7
Soins de santé à l'étranger		46/337	13,6
Exposition accidentelle (travail)		39/339	11,5
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	155/348	44,5
	Antécédents d'ITSS	88/308	28,6
	Partage domicile avec personne VHC	39/322	12,1

DONNÉES CLINIQUES		N/N	%
	ALT augmenté	27/66	40,9
	AST augmenté	13/32	40,6
	Anti-VHA positif	0/22	0
	Anti-HBc IgM positif	5/25	20,0
	HbsAg positif	8/93	8,6
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	235/281	83,6

FICHE 23 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		NUNAVIK	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		8/2 482	0,3

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	5	62,5
	Femmes	3	37,5
Groupe d'âge (moyenne : 41,1 ans)	Moins de 20 ans	0	0
	De 20-29 ans	0	0
	De 30-39 ans	5	62,5
	De 40-49 ans	2	25,0
	De 50-59 ans	1	12,5
	60 ans et +	0	0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
Montérégie			
Nunavik	8	100	
Terres-Cries-de-la-Baie-James			

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		6 /6	100
	Drogues par INJECTION	5/6	83,3
	Drogues par INHALATION	4/6	66,7
Transfusions sanguines et greffes		2/6	33,3
Autres contacts avec le sang		6/6	100
	Tatouage	3/6	50,0
	Piercing	1/6	16,7
	Acupuncture	0/6	0
	Électrolyse	0/6	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		1/3	33,3
Soins de santé à l'étranger		0/4	0
Exposition accidentelle (travail)		1/6	16,7
Autres facteurs de risques	Séjour en milieu carcéral	3/5	60,0
	Antécédents d'ITSS	5/6	83,3
	Partage domicile avec personne VHC	2/5	40,0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	1/3	33,3
	AST augmenté	1/2	50,0
	Anti-VHA positif	0/6	0
	Anti-HBc IgM positif	0/2	0
	HbsAg positif	0/5	0
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	3/4	75,0

FICHE 24 : SEGMENT DE L'ÉCHANTILLON →		TERRES-CRIES- DE-LA-BAIE- JAMES	
Proportion des cas VHC dans cette catégorie		n/N	%
$\frac{\text{Nombre de cette catégorie}}{\text{Total des cas VHC enquêtés}} = \frac{n}{N}$		1/2 482	0,0

CARACTÉRISTIQUES DES CAS ENQUÊTÉS		n	%
Sexe	Hommes	0	0
	Femmes	1	100
Groupe d'âge (moyenne :42,6 ans)	Moins de 20 ans	0	0
	De 20-29 ans	0	0
	De 30-39 ans	0	0
	De 40-49 ans	1	100
	De 50-59 ans	0	0
	60 ans et +	0	0
Distribution régionale	Saguenay-Lac-St-Jean		
	Capitale-Nationale		
	Estrie		
	Montréal-Centre		
	Abitibi-Témiscamingue		
	Côte-Nord		
	Chaudière-Appalaches		
	Laval		
	Lanaudière		
	Laurentides		
	Montérégie		
Nunavik			
	Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	100

FACTEURS DE RISQUE IDENTIFIÉS		n/N	%
Histoire d'usage de drogues		1/1	100
	Drogues par INJECTION	1/1	100
	Drogues par INHALATION	0/0	0
Transfusions sanguines et greffes		0/1	0
Autres contacts avec le sang		0/1	0
	Tatouage	0/0	0
	Piercing	0/0	0
	Acupuncture	0/0	0
	Électrolyse	0/0	0
Relations sexuelles avec une personne infectée		0/0	0
Soins de santé à l'étranger		0/1	0
Exposition accidentelle (travail)		0/1	0
Autres facteurs de risques		0/1	0
	Séjour en milieu carcéral	0/1	0
	Antécédents d'ITSS	0/1	0
	Partage domicile avec personne VHC	0/1	0

DONNÉES CLINIQUES		n/N	%
	ALT augmenté	0/0	0
	AST augmenté	0/1	0
	Anti-VHA positif	0/1	0
	Anti-HBc IgM positif	0/0	0
	HbsAg positif	0/1	0
	Vaccination VHA	0/0	0
	Vaccination VHB	0/0	0

