

**Portrait des infections
transmissibles sexuellement
et par le sang (ITSS) au
Québec : année 2020 et
données préliminaires de 2021**

SURVEILLANCE ET VIGIE

MAI 2023

RAPPORT DE SURVEILLANCE

AUTEURES ET AUTEUR

Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Gilles Lambert, médecin-conseil
Gentiane Perrault Sullivan, conseillère scientifique spécialisée
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques

SOUS LA COORDINATION DE

Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques

COLLABORATEUR

Raphaël Bitera, conseiller scientifique spécialisé
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques

MISE EN PAGE

Virginie Boué, agente administrative
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques

Les auteurs ainsi que les membres du comité scientifique et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

FINANCEMENT

Cette publication a été rendue possible grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

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 – 3^e trimestre 2022
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2368-7126 (PDF)
ISBN : 978-2-550-95250-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2022)

REMERCIEMENTS

À notre collègue Sylvie Venne, nos remerciements pour sa contribution au développement et au maintien de la haute qualité de cette production pendant de nombreuses années.

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

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

Nous souhaitons souligner la collaboration de nos collègues de l'Institut national de santé publique du Québec, du MSSS et de la direction de santé publique de Montréal, notamment :

- de la direction de la prévention des ITSS du MSSS :
 - Ludivine Veillette-Bourbeau, pour la vigie de la syphilis infectieuse;
- de l'INSPQ :
 - Diane Sylvain, pour la collecte, la saisie et la validation des données recueillies dans le cadre du programme de surveillance du VIH ainsi que pour la révision du chapitre VIH;
 - Brigitte Lefebvre pour les informations sur la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* au Québec;
 - Ève Dubé, Denis Hamel, Louis Rochette, Maude Dionne et Mélanie Tessier, pour leur contribution au présent rapport par l'inclusion de questions sur les comportements sexuels dans l'enquête COVID-19 : Sondages sur les attitudes et comportements des adultes québécois;
 - Geneviève Grenier et Maryse Beaudry pour leurs conseils pour la valorisation de ce rapport;
 - Pierre-Henri Minot pour la révision.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VII
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	X
SOMMAIRE	1
1 INTRODUCTION	8
2 NOTES MÉTHODOLOGIQUES	9
2.1 Détection et déclaration des cas	9
2.2 Cas anciens ou nouveaux.....	9
2.3 Extraction des données 1990-2020	10
2.4 Données préliminaires 2021 et projections 2022.....	10
2.5 Calcul des taux.....	10
2.6 Régions sociosanitaires, sexe et genre.....	11
2.7 Site anatomique de l'infection	12
2.8 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale.....	13
2.9 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS.....	13
3 LES ITSS AU QUÉBEC ET LA PANDÉMIE DE COVID-19	14
3.1 Cas déclarés d'ITSS en 2020 et 2021 au Québec.....	14
3.2 La pandémie de COVID-19 au Québec.....	16
3.3 Impact de la pandémie de COVID-19 sur le nombre de cas déclarés d'ITSS.....	18
3.3.1 Variations mensuelles du nombre de cas déclarés et du nombre de prescriptions émises selon les vagues de la pandémie	18
3.3.2 Accès et recours aux tests de détection des ITSS	18
3.3.3 Mesures populationnelles de prévention de la COVID-19	20
3.3.4 Conclusion.....	22
4 INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	23
4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2020.....	23
4.2 Tendances des cinq dernières années (2016-2020 et 2015-2019)	24
4.3 Sites anatomiques	25
4.4 Commentaires	31

4.4.1	Éléments à prendre en compte dans l'interprétation de la hausse de l'incidence de cas déclarés observée au cours des dernières années	31
5	INFECTION GONOCOCCIQUE.....	35
5.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2020.....	35
5.2	Tendances des cinq dernières années (2016-2020 et 2015-2019).....	36
5.3	Sites anatomiques.....	38
5.4	Résistance aux antibiotiques.....	39
5.5	Échecs de traitement.....	40
5.6	Commentaires	48
5.6.1	Éléments à prendre en compte dans l'interprétation de l'évolution de l'incidence de cas déclarés.....	48
5.6.2	La résistance aux antibiotiques et les échecs de traitement.....	49
6	SYPHILIS INFECTIEUSE.....	51
6.1	Caractéristiques des cas de syphilis infectieuse déclarés en 2020	51
6.2	Syphilis congénitale.....	52
6.3	Tendances des cinq dernières années (2016-2020)	53
6.4	Syphilis non infectieuse et sans précision.....	54
6.5	Syphilis infectieuse et congénitale au Canada	56
6.6	Commentaires	62
7	LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE.....	63
7.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2020.....	63
7.2	Tendances	63
7.3	Vigie des cas 2013-2019.....	64
7.4	Commentaires	68
8	HÉPATITE B.....	71
8.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2020.....	71
8.2	Tendances	72
8.3	Hépatite B néonatale ou chez des enfants de moins de 1 an.....	72
8.4	Commentaire	77
9	HÉPATITE C.....	80
9.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2020.....	80

9.2	Tendances	80
9.3	Commentaires	85
10	INFECTION PAR LE VIH.....	87
10.1	Caractéristiques des cas d'infection par le VIH enregistrés au cours de l'année 2020	87
10.1.1	Catégories d'exposition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS enregistrés en 2020.....	88
10.1.2	Transmission périnatale.....	89
10.2	Tendances	89
10.3	Estimation de l'incidence et de la prévalence	90
10.4	Commentaires	97
11	CONCLUSION GÉNÉRALE.....	99
ANNEXE 1	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2020.....	100
ANNEXE 2	DONNÉES DU « PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG », DE 2016 À 2020	103
ANNEXE 3	COVID-19—SONDAGES SUR LES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ADULTES QUÉBÉCOIS	116

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2016, 2020 et données préliminaires 2021	6
Tableau 2	Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2020	7
Tableau 3	Nombre de cas déclarés, 1 ^{er} janvier au 30 septembre, par infection selon le sexe, 2019, 2020 et données préliminaires 2021	15
Tableau 4	Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2015 et 2019.....	26
Tableau 5	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	29
Tableau 6	Tests de détection de <i>Chlamydia trachomatis</i> réalisés au Québec.....	32
Tableau 7	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2015 et 2019.....	38
Tableau 8	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires)	45
Tableau 9	Tests de détection de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> réalisés au Québec.....	48
Tableau 10	Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2016 à 2020	56
Tableau 11	Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires)	60
Tableau 12	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	67
Tableau 13	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	75
Tableau 14	Couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de 4 ^e année et de 3 ^e secondaire, Québec, de 2018 à 2021.....	78
Tableau 15	Hépatite C (aiguë ou récente et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	83
Tableau 16	Nombre estimé de nouvelles infections et de personnes vivant avec le VIH au Québec et au Canada, 2018 et 2020.....	90

Tableau 17	Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2020.....	92
Tableau 18	Infection par le VIH chez les HOMMES : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2020	93
Tableau 19	Infection par le VIH chez les FEMMES : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2020	94
Tableau 20	Infection par le VIH SEXES RÉUNIS : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2020	95
Tableau 21	Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2016 à 2020	96
Tableau 22	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2020	100
Tableau 23	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2020	101
Tableau 24	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2020	102
Tableau 25	Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contacts (code L), Province, 2016 à 2020	106
Tableau 26	Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2020.....	106
Tableau 27	Nombre de bénéficiaires ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2016 à 2020.....	107
Tableau 28	Nombre d'ordonnances par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2016 à 2020.....	107
Tableau 29	Nombre d'ordonnances selon la nature du cas et le sexe, Province, 2016 à 2020	108
Tableau 30	Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2020	108
Tableau 31	Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2016 à 2020	109

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Infections transmissibles sexuellement et par le sang : taux d'incidence bruts des cas déclarés selon le mois, sexes réunis, Québec, 2018 à 2021	16
Figure 2	La pandémie de la COVID-19 au Québec (mars 2020 à septembre 2021), les dates charnières	17
Figure 3	Changements rapportés pour l'année 2020 au niveau des différents aspects de la vie sexuelle chez les 18-24 ans célibataires au Québec.....	21
Figure 4	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	27
Figure 5	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2020	27
Figure 6	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	28
Figure 7	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	28
Figure 8	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021	30
Figure 9	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021	30
Figure 10	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : Nombre de tests de détection effectués selon le mois, Québec, 2018 à 2021	31
Figure 11	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)	42
Figure 12	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2020	43
Figure 13	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2011 à 2021, (données 2021 préliminaires).....	44
Figure 14	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	44
Figure 15	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021.....	46

Figure 16	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021	46
Figure 17	Infection gonococcique : Nombre de tests de détection effectués selon le mois, Québec, 2018 à 2021.....	47
Figure 18	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)	57
Figure 19	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	58
Figure 20	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2020	58
Figure 21	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	59
Figure 22	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	59
Figure 23	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021.....	61
Figure 24	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021	61
Figure 25	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2021 (données 2021 préliminaires)	66
Figure 26	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2020 (n = 913)	66
Figure 27	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	73
Figure 28	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2020	73
Figure 29	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	74
Figure 30	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021	76
Figure 31	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021	76
Figure 32	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	81

Figure 33	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2020	82
Figure 34	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires).....	82
Figure 35	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021	84
Figure 36	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021	84
Figure 37	Infection par le VIH : taux d'incidence bruts de nouveaux diagnostics selon le sexe, Québec, de 2003 à 2020	91
Figure 38	Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par groupe d'âge et année du prélèvement, sexes réunis, Québec, 2003-2020	96
Figure 39	Nombre de cas par mois les deux années avant la pandémie de la COVID-19 et pendant celle-ci en 2020.....	97
Figure 40	Nombre d'ordonnances selon le mois, femmes, 2018 à 2021.....	113
Figure 41	Nombre d'ordonnances selon le mois, hommes, 2018 à 2021.....	113

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CDC	Centers for Disease Control and prevention
Cis	Relatif à une personne dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAM	Numéro d'assurance maladie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PPrE	Prophylaxie pré-exposition
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

SOMMAIRE

Principaux constats

Pandémie de COVID-19 et ITSS

- L'année 2020 a été marquée par le début de la pandémie de COVID-19 dès le mois de mars. Celle-ci a influencé l'évolution de l'épidémiologie des ITSS.
 - Des mesures sanitaires pour le contrôle de la COVID-19 ont été recommandées et appliquées, certaines de façon constante depuis mars 2020, notamment la distanciation physique et la diminution des contacts, et d'autres périodiquement ou localement, par exemple le port du masque et les fermetures d'établissements.
- Une analyse sommaire de janvier à septembre pour les années 2019 à 2021 met en évidence une diminution du nombre de cas déclarés en 2020 comparativement à 2019 pour toutes les ITSS, à l'exception de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) chez les hommes et de la syphilis infectieuse chez les femmes. La diminution est particulièrement prononcée au printemps 2020.
 - Une légère reprise est observée en 2021 comparativement à 2020, sauf pour l'infection à *C. trachomatis* chez les deux sexes, la LGV et la syphilis infectieuse chez les hommes.
- En général, ces diminutions vont à l'encontre des tendances observées au cours des dernières années, et peuvent refléter une situation exceptionnelle liée à la pandémie de COVID-19, particulièrement en ce qui concerne les infections à *Chlamydia trachomatis*, les infections gonococciques et la syphilis infectieuse.
- Les explications suivantes sont proposées pour tenter de comprendre la diminution des cas déclarés d'ITSS depuis le début de la pandémie de COVID-19 :
 - Les différentes mesures sanitaires recommandées pour le contrôle de la COVID-19 ont possiblement eu des impacts sur les **comportements sexuels**, incluant une possible diminution de la fréquence des relations ou des changements de partenaires.
 - Le délestage de certaines activités cliniques, de laboratoire et de santé publique en raison des surcharges causées par les vagues épidémiques de COVID-19 peuvent être responsable d'une partie des diminutions observées. La **diminution possible du recours et de l'accès aux tests de détection et au dépistage** par les personnes peut être impliquée, notamment en raison :
 - du respect des consignes générales visant à diminuer les contacts y compris en milieu de soins, de la peur de consulter et de la difficulté d'accès aux services qui a pu être exacerbée pour certaines populations vulnérables;
 - d'une indisponibilité des écouvillons nécessaires aux tests de détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* non urinaires (printemps 2020) ou du personnel clinique qui peut avoir été réorienté vers des besoins en lien avec la COVID-19;

- de la diminution du besoin de dépistage, en cas de diminution des contacts sexuels;
- Une diminution importante du nombre de tests de détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* est d'ailleurs observée au printemps 2020. Le nombre de tests remonte au cours des mois suivants, mais il demeure plus bas en 2020-2021 qu'en 2018-2019.

Chlamydia trachomatis

- L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire et touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans. L'incidence des cas déclarés augmente de manière presque constante depuis plusieurs années. Pour la première fois depuis 2005, le taux chez les femmes pour l'année 2019 était légèrement inférieur à celui de l'année précédente.
- En 2020, on constate une baisse importante des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les deux sexes. Cette diminution est surprenante puisqu'une augmentation quasi constante était observée depuis 1997. Cette baisse est plus prononcée chez les jeunes de 15 à 24 ans lesquels constituent toujours la majorité des cas déclarés (56 %).

Infection gonococcique

- Le taux d'incidence de cas déclarés d'infections gonococciques a augmenté de 84 % entre 2015 et 2019. La hausse du nombre d'infections extragénitales chez les hommes compte pour une proportion importante de l'augmentation et semble s'expliquer en partie par la possibilité de détecter plus facilement l'infection à ces sites. Le nombre d'infections extragénitales déclarées en 2019 est 2,3 fois plus élevé qu'en 2015. Malgré cette augmentation, le taux chez les hommes en 2019 était légèrement inférieur à celui de l'année précédente pour la première fois depuis 2011. Une diminution de plus grande amplitude et plus prononcée chez les hommes a été observée entre 2019 et 2020.
- Chez les femmes comme chez les hommes, une baisse marquée du nombre de cas déclarés est survenue entre février et juin 2020, soit lors du premier confinement. Chez les hommes, la baisse s'est maintenue durant toute la pandémie. Entre 2020 et 2021, le taux de cas déclarés est demeuré stable chez les femmes alors qu'il a augmenté de 15 % chez les hommes.
- La progression de la résistance du gonocoque aux antibiotiques est très inquiétante :
 - En 2019 et 2020, respectivement douze et sept souches non sensibles à la céfixime ont été détectées au Québec. Ce nombre est plus élevé que celui des années précédentes, ce qui fait craindre une expansion de la résistance à cet antibiotique, lequel constitue l'un des premiers choix du traitement de l'infection gonococcique. De plus, la résistance à l'azithromycine est bien installée et atteint 24 % en 2020.
 - Une première souche non sensible à la ceftriaxone ainsi qu'à la céfixime avait été détectée en 2017 au Québec, mais aucune autre souche non sensible à la ceftriaxone n'a été détectée depuis.

- La diminution de la sensibilité aux antibiotiques se produit dans un contexte d'augmentation très importante du nombre de cas et pose de grands défis, notamment celui d'assurer la surveillance de la sensibilité aux antibiotiques et des échecs de traitement pouvant en résulter. Au final, il est de plus en plus difficile de proposer des schémas thérapeutiques efficaces.

La hausse de cas de chlamydia et de gonorrhée entre 2005 et 2019 pourrait être expliquée en partie par l'évolution des modalités de détection de ces infections. Néanmoins, ces infections demeurent très fréquentes, particulièrement chez les jeunes et une meilleure détection des cas permet probablement d'avoir un portrait de plus en plus juste de l'ampleur de cette épidémie.

Syphilis infectieuse

- La hausse importante observée au cours des dernières années dans la province est préoccupante.
- L'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal, touche maintenant la plupart des régions du Québec.
- L'éclosion survenue au Nunavik en 2017 se poursuit et contribue de manière notable à la hausse de cas féminins au Québec.
- La croissance soutenue observée chez les femmes depuis 2016 suggère une extension de l'épidémie vers la population hétérosexuelle.
 - La majorité de ces femmes sont en âge de procréer, ce qui augmente le risque de survenue de syphilis congénitale.
 - Plusieurs cas de syphilis congénitale ont d'ailleurs été déclarés au cours des dernières années, soit trois en 2016, un en 2017, un en 2018, deux en 2019, trois en 2020 et six en 2021. Ce nombre de cas rapportés entre 2016 et 2021 (16) est le triple du total de cinq cas rapportés au cours des seize années précédentes (2000-2015).
- Le taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes semblait se stabiliser entre 2016 et 2018, mais le taux pour l'année 2019 correspondait au taux d'incidence de cas déclarés chez les hommes le plus élevé depuis 1984.
- Une diminution amorcée en 2020 semble se poursuivre en 2021 chez les hommes, mais elle n'est pas observée chez les femmes.

Lymphogranulomatose vénérienne

- La diminution du nombre de cas observée en 2017 et en 2018 a été suivie par une hausse notable en 2019, alors que le nombre annuel de cas déclarés atteignait son maximum depuis le début de l'épidémie, soit 134 cas. Un nombre élevé est également constaté en 2020 (128 cas), mais une diminution semble s'amorcer en 2021 (81 cas).

- Environ 15 ans après l'émergence de l'infection, l'épidémie de LGV demeure concentrée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH); toutefois, elle touche maintenant autant les HARSAH de statut VIH séronégatif que ceux vivant avec le VIH.

Hépatites

- Entre 1994, l'année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire, et 2020, le taux annuel de cas déclarés **d'hépatite B aiguë** a diminué de 99 % et celui de cas **d'hépatite B chronique ou de stade non précisé** a diminué de 61 %.
- Avec près de 1 000 cas **d'hépatite B** déclarés en 2019, le virus de l'hépatite B était en baisse constante au Québec, mais la diminution observée pour les années 2020 et 2021 apparaît particulièrement abrupte (717 et 773 cas, respectivement). Le virus de l'hépatite B demeure toujours présent, ce qui justifie de poursuivre les efforts pour augmenter la couverture du programme universel de vaccination en milieu scolaire, et pour promouvoir la vaccination auprès des groupes de personnes davantage à risque.
- Le nombre des cas **d'hépatite C** (de stade aigu ou de stade non précisé) déclarés en 2019 était semblable à celui des cas déclarés d'hépatite B, soit près de 1 000, mais la diminution observée pour les années 2020 et 2021 apparaît aussi particulièrement abrupte (786 et 801 cas, respectivement). La tendance globale à la baisse observée depuis 2004 semble ralentir et se stabiliser depuis 2015. La sous-estimation du nombre réel de cas aigus/récents, la fréquence élevée de l'hépatite C (et de la co-infection par le VIH) au sein des personnes qui utilisent des drogues par injection ainsi que l'accès au traitement demeurent des enjeux importants.

VIH

- Le nombre de tests de détection du VIH qui augmentait généralement d'une année à l'autre depuis le début du programme a diminué de 18,4 % en 2020.
- Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les données disponibles ne signalent pas de hausse de nouvelles infections et peu de changements dans les caractéristiques des nouveaux diagnostics.
- Les HARSAH demeurent touchés de manière disproportionnée par l'infection par le VIH, malgré une tendance à la baisse encourageante depuis quelques années.
- Le nombre de nouveaux diagnostics est encore élevé pour cette infection qu'il est possible de prévenir de manière ciblée et efficace.
- En 2020, parmi les cas de nouveaux diagnostics pour lesquels l'information est disponible, 40 % avaient un décompte de CD4 (< 350 cellules/mL), ce qui correspond à un diagnostic tardif; 25 % de ceux-ci avaient un décompte (< 200 CD4/mL) et/ou une maladie indicatrice du sida, ce qui correspond à un stade avancé de la maladie.

Populations particulièrement touchées

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue), les hommes gais et autres HARSAH, les personnes qui utilisent des drogues, les personnes incarcérées, les Québécois originaires de pays où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, les personnes autochtones ainsi que les travailleurs et travailleuses du sexe. Exceptionnellement, cette édition du Portrait des ITSS n'inclut pas de chapitre spécifique sur les populations particulièrement touchées par les ITSS. Ce chapitre présente habituellement les nouveautés d'études menées auprès de ces populations. Les seules nouvelles informations disponibles à notre connaissance sont présentées dans la section sur la pandémie de COVID-19 et les ITSS.

Conclusion générale

Depuis quelques années, la fréquence des cas déclarés des diverses ITSS est soit stable, soit en hausse constante au Québec. La baisse globale, soudaine et importante, observée en 2020, apparaît liée à l'implantation des mesures mises en place dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Cette pandémie a mis en exergue les nombreux défis à surmonter pour améliorer la santé de la population et ses déterminants. Elle a également souligné la très grande importance de la prévention et des actions structurelles à long terme pour de nombreux enjeux de santé publique.

Les constats issus de la surveillance et de la vigie des ITSS confirment la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux joindre, dépister, détecter et traiter les ITSS¹. Pour rappel, la **prévention des ITSS** est l'un des objectifs poursuivis par le Programme national de santé publique 2015-2025² (PNSP) et les actions qu'il contient doivent être poursuivies dans le contexte de rétablissement post-pandémie.

En matière de lutte contre les ITSS, une **approche intégrée** permet à la fois de cibler un ensemble de facteurs souvent communs à plusieurs de ces infections et d'aborder globalement la santé sexuelle et la consommation de substances psychoactives. La surveillance des ITSS favorise l'appropriation et l'utilisation des données pour soutenir la planification et l'évaluation des actions.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme national de santé publique 2015-2025 JOINDRE, DÉPISTER ET DÉTECTER, TRAITER Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001930/>

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015a, 86 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2016, 2020 et données préliminaires 2021

Infections	Province de Québec					
	2016		2020		2021p ^a	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bactériennes						
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	25 413	308,9	23 080	269,2	21 864	254,6
< 1 an, Sexes réunis	1	1,2	10	11,3	16	19,8
15-24 ans, Hommes	4 323	888,0	3 885	814,0	3 528	751,9
15-24 ans, Femmes	10 635	2 312,6	8 862	1 975,5	8 008	1 809,0
Lymphogranulomatose vénérienne, Hommes	122	3,0	128	3,0	81	0,9
Infection gonococcique	4 777	58,1	5 668	66,1	6 317	73,6
< 1 an, Sexes réunis	1	1,2	2	2,4	2	2,5
15-24 ans, Hommes	859	176,5	826	173,0	765	163,0
15-24 ans, Femmes	470	102,2	645	143,8	1 436	33,4
Syphilis infectieuse^b	978	11,9	1 067	12,4	811	9,4
15-24 ans, Hommes	91	18,7	86	18,0	65	13,9
15-24 ans, Femmes	12	2,6	28	6,2	38	8,6
15-49 ans, Femmes	34	1,9	119	6,5	132	7,3
Syphilis congénitale	3	1,7	3	1,8	6	3,6
Virales						
Hépatite B^c	904	11,0	717	8,4	773	9,0
Aiguë, Sexes réunis	12	0,1	5	0,1	6	0,1
< 1 an, Sexes réunis	0	0,0	2	2,4	1	1,2
Hépatite C^d	1 021	12,4	786	9,2	801	9,3
< 1 an, Sexes réunis	0	0,0	1	1,2	1	1,2
Infection par le VIH	304	3,6	212	2,5	239	2,8
Transmission mère-enfant ^e	1	nd	1	nd	1	nd
15-24 ans, Hommes	37	7,6	18	3,8	12	2,6
15-24 ans, Femmes	8	1,7	0	0,0	1	0,2

^a Nombre de cas préliminaire considérant un retard de saisie possible pour la fin de 2021.

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

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

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

^e Nouveaux diagnostics de transmission périnatale nés au Canada.

Taux exprimés pour 100 000 personnes.

Nd : non disponible.

Sources : Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre ; Programme de surveillance du VIH au Québec.

Tableau 2 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2020

Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ^a		LGV		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH ^d	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx
17	3408,5	17	2548,6	17	477,0	6	5,0	6	18,1	9	15,5	10	7,4
18	1338,1	6	150,0	6	31,4	QC	1,5	7	14,7	6	13,9	17	7,0
6	299,9	QC	66,1	QC	12,4	16	0,8	16	9,6	7	12,2	6	5,6
3	295,6	13	50,3	16	8,6	13	0,7	QC	8,4	3	9,9	3	3,0
15	290,3	14	46,1	7	7,5	5	0,6	13	5,8	QC	9,2	2	2,9
8	282,0	7	43,7	3	5,8	3	0,4	15	4,4	5	8,9	QC	2,5
7	277,8	3	41,9	5	5,2	15	0,3	3	3,5	16	8,5	7	2,0
14	272,8	16	40,3	14	5,0	14	0,2	12	3,2	13	7,6	8	2,0
QC	269,2	15	40,1	15	4,9	4	0,2	5	3,2	2	7,2	12	1,4
5	262,6	18	38,2	13	4,7	1	0,0	8	3,0	12	6,9	13	1,4
4	261,8	5	27,2	2	3,6	2	0,0	9	2,2	11	6,6	15	1,4
9	239,1	8	20,3	12	3,5	7	0,0	4	2,2	14	6,1	9	1,1
13	239,1	4	19,8	4	3,0	8	0,0	2	2,2	8	6,1	16	1,1
2	226,2	12	15,9	9	2,2	9	0,0	14	1,5	4	6,0	4	1,0
16	224,7	2	13,1	11	1,1	10	0,0	11	1,1	1	5,1	5	1,0
10	200,4	11	7,7	8	0,7	11	0,0	1	0,5	15	3,3	14	0,6
1	185,6	1	7,6	1	0,5	12	0,0	10	0,0	10	0,0	1	0,5
12	177,3	10	7,4	10	0,0	17	0,0	17	0,0	17	0,0	11	0,0
11	130,7	9	3,3	18	0,0	18	0,0	18	0,0	18	0,0	18	0,0

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

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

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

^d Nouveaux diagnostics enregistrés en 2020.

Taux exprimés pour 100 000 personnes.

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne ; RSS : région sociosanitaire.

Il faut interpréter avec prudence les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population (par exemple, dans les régions 10, 17 et 18, qui comptent une population de moins de 20 000 habitants).

Sources : Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre ; Programme de surveillance du VIH au Québec.

1 INTRODUCTION

Ce portrait s'inscrit dans le cadre d'un mandat de surveillance confié à l'INSPQ par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Il s'adresse aux professionnels de la santé, aux associations, aux intervenants, aux groupes communautaires et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Il vise à fournir de l'information et une réflexion sur l'émergence, l'ampleur ainsi que la progression de ces infections et de leurs déterminants afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

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

Ces infections sont visées par la Loi sur la santé publique. L'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, la LGV, l'hépatite B et l'hépatite C, de même que l'infection par le VIH chez une personne qui a reçu ou donné du sang, des produits sanguins, organes ou tissus doivent être déclarées (maladies à déclaration obligatoire, MADO) au directeur de santé publique par les professionnels de la santé habilités à poser un diagnostic ou à évaluer l'état de santé d'une personne et par les directeurs des laboratoires de biologie médicale.

L'infection par le VIH fait l'objet d'une collecte de renseignements à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population.

La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, l'infection à *Chlamydia trachomatis* est devenue une maladie à déclaration obligatoire (MADO) en 1990, mais c'est seulement depuis avril 2002 que tous les tests positifs de détection de l'infection par le VIH font l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du professionnel de la santé qui a demandé le test.

Bien que le chancre mou et le granulome inguinal soient également visés par la Loi, ces maladies à déclaration obligatoire ne font pas l'objet de sections particulières. Au Québec, un seul cas de chancre mou a été déclaré en 2021, les derniers cas avaient été déclarés en 2007 pour le chancre mou et en 2004 pour le granulome inguinal.

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode sont extraites du fichier des MADO³.

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

³ À partir de 2020, du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

2 NOTES MÉTHODOLOGIQUES

Les notes méthodologiques s'appliquent aux cas d'ITSS à déclaration obligatoire. En ce qui concerne les données tirées d'études épidémiologiques particulières, le lecteur peut consulter les rapports produits pour chacun de ces projets. Les sources des données sont mentionnées au bas de tous les tableaux et de toutes les figures. Les figures peuvent présenter des échelles différentes, notamment les tendances par groupes d'âge et selon le sexe.

2.1 Détection et déclaration des cas

Les données présentées ici se rapportent aux cas d'ITSS qui ont été détectés et déclarés. Les cas doivent avoir été en lien avec les services de santé pour être détectés et déclarés. Les ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent non détectés et, a fortiori, non déclarés. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. De façon générale, la justesse de la déclaration des cas par rapport à la fréquence réelle de l'infection dans la population est influencée par les facteurs suivants :

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

Par exemple, étant donné que les femmes ont plus régulièrement des contacts avec le système de santé en général, les occasions de dépistages se révèlent plus nombreuses chez elles, et de ce fait, la proportion de cas féminins déclarés est plus élevée que celle des cas masculins, en particulier pour certaines infections qui sont souvent asymptomatiques (*C. trachomatis*, par exemple).

2.2 Cas anciens ou nouveaux

Par convention, les infections sont consignées dans le fichier des MADO⁴ selon la période à laquelle elles ont été déclarées la première fois; mais elles ont pu être contractées avant cette période. Le présent portrait fait état de l'incidence annuelle des cas déclarés, laquelle est calculée en fonction des nouvelles déclarations reçues et non des nouvelles infections acquises.

⁴ À partir de 2020, du Système d'information—Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

2.3 Extraction des données 1990-2020

Pour les années CDC (*Centers for Disease Control and prevention*) 1990 à 2019 (du 1^{er} janvier 1990 au 28 décembre 2019), les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence, au site anatomique et à la date d'épisode ont été extraites du fichier des MADO à l'Infocentre le 15 juillet 2020. Pour l'année 2020, l'extraction a été effectuée le 26 octobre 2021 au Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI). Le changement de système d'information pour les maladies à déclaration obligatoire et la disponibilité plus tardive de la base de données a causé un retard dans cette production.

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

Pour une bonne comparaison entre les années, lors des années CDC de 53 semaines (1992, 1997, 2003, 2008, 2014, 2020), la moyenne du nombre de cas des semaines CDC 52 et 53 est ajoutée au nombre de cas des 51 premières semaines. Une exception est faite pour les données sur les sites anatomiques où le nombre total de cas des 53 semaines CDC est présenté. Pour les années CDC de 52 semaines, le nombre total de cas déclarés est présenté.

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

2.4 Données préliminaires 2021 et projections 2022

Compte tenu de l'échéancier du rapport, il a été possible d'inclure des résultats pour l'année complète 2021. Les résultats doivent toutefois être considérés préliminaires dans le cas des MADO, considérant que la saisie des dernières semaines de l'année n'était possiblement pas complète au moment de la plus récente extraction (Portail de l'Infocentre, le 10 mars 2022).

Le rapport n'inclut pas de projections pour l'année 2022, car celles-ci sont habituellement calculées en octobre à partir des 32 premières semaines CDC de l'année.

2.5 Calcul des taux

Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), Série 2021 des estimations de population (1996-2020 : série produite en février 2021) et Série 2021 des projections de population (2021-2041 : série produite en juillet 2021).

Tous les taux sont calculés pour 100 000 personnes-années, sauf indication contraire. Concernant les séries temporelles descriptives présentées selon le mois, les taux sont présentés pour 100 000 personnes pour un mois. Les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou

d'un petit effectif de population, notamment ceux des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, doivent être interprétés avec prudence.

Numérateur

Dans le présent document, sauf indication contraire, les taux d'incidence font référence aux cas déclarés et inscrits dans le fichier des MADO⁵ au cours de la période ciblée.

Chaque infection déclarée répondant aux critères des définitions nosologiques compte pour un cas. Pour des ITS comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique, il n'est pas exceptionnel qu'une même personne soit infectée plus d'une fois au cours d'une même année (réinfection). Plusieurs études démontrent que le taux de réinfection à l'intérieur d'une même année est élevé pour les personnes atteintes d'une infection à *Chlamydia trachomatis*^{6,7}. Ainsi, surtout pour ce type d'infection, le nombre de cas déclarés dans une année ne correspond pas au nombre de personnes infectées, car une personne peut compter pour plus d'un cas lors d'une année donnée.

2.6 Régions sociosanitaires, sexe et genre

Les cas sont déclarés selon la région sociosanitaire de résidence. Si l'information nécessaire pour identifier la région de résidence d'un cas n'est pas disponible, le cas sera classé dans la région où il a été détecté. Le nombre de cas peut donc être surestimé ou sous-estimé dans certaines régions. Montréal enregistre ainsi un nombre relativement élevé de cas dont la région de résidence est inconnue, en particulier pour certaines infections comme l'hépatite C.

Sexe et genre^{8,9} : Le **sexe** est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie reproductive ou sexuelle. Le sexe est généralement défini simplement comme « féminin » ou « masculin »; toutefois, il existe des variations dans les caractéristiques biologiques. Souvent, les personnes qui présentent ces variations sont considérées comme des personnes intersexuées ou s'identifient ainsi. Si le sexe renvoie à l'ensemble des caractéristiques anatomiques et physiologiques, le **genre** renvoie quant à lui à la construction sociale de

⁵ Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI) à partir de 2020.

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

⁷ Hosenfeld, C.B., Workowski, K.A., Berman, S., et collab. (2009) Repeat infection with Chlamydia and gonorrhoea among females: a systematic review of the literature. Sexually transmitted diseases, 36(8), 478-489.

⁸ Instituts de recherche en santé du Canada. (2014, janvier 10). Qu'est-ce que le genre ? Qu'est-ce que le sexe? <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>

⁹ Comité interministériel de terminologie sur l'équité, la diversité et l'inclusion. (2022). Guide de la terminologie liée à l'équité, la diversité et l'inclusion—Lexiques et vocabulaires—TERMIUM Plus®—Ressources du Portail linguistique du Canada. Services publics et Approvisionnement Canada. <https://www.noslangues-ourlangues.gc.ca/fr/publications/equite-diversite-inclusion-equity-diversity-inclusion-fra>

l'identité et sort des limites de la conception binaire selon laquelle il n'existe que deux genres (homme, femme) et selon laquelle le sexe assigné à la naissance correspond à l'identité de genre.

Dans le fichier des MADDO, les ITSS sont le plus souvent déclarées par l'intermédiaire d'un formulaire de résultat de laboratoire où les catégories pour la variable « sexe » sont les suivantes : « hommes, femmes, hommes transsexuels, femmes transsexuelles et sexe inconnu ». Le classement du cas est effectué le plus souvent grâce aux informations mentionnées sur la carte d'assurance maladie. Avant 2020, le guide méthodologique mentionnait, pour les « personnes transsexuelles », « ayant complété un traitement hormonal et une chirurgie de redéfinition de sexe ». Les personnes trans n'ayant pas complété de transition médicalisée (traitements hormonaux et chirurgicaux) ou pour lesquelles les informations ne sont pas disponibles peuvent également être classées sur la base de leur prénom, en fonction des informations disponibles.

Les catégories disponibles dans nos données reflètent donc probablement le marqueur de genre légal des cas¹⁰. Il ne s'agit ni d'une mesure précise du sexe assigné à la naissance ni de l'identité de genre, puisque de nombreuses personnes transgenres et non binaires ont un marqueur de genre légal qui ne reflète pas leur identité de genre. Le changement de mention de genre sur la carte d'assurance maladie est possible depuis 2015 au Québec et aucun marqueur de genre neutre n'est possible en date de cette publication. Nous ne sommes donc pas en mesure d'identifier les patients transgenres et non binaires qui sont mal classés dans nos données sources. La direction de cette classification erronée est également inconnue.

2.7 Site anatomique de l'infection¹¹

Les données relatives au site de l'infection doivent être interprétées avec prudence. Lorsque plusieurs sites se sont révélés positifs pour un même épisode, ils sont généralement inscrits distinctement dans le fichier (site 1, site 2, et ainsi de suite); les pratiques de saisie des données dans ce fichier peuvent différer selon les Directions de santé publique régionales. Par ailleurs, des erreurs de saisie surviennent, comme dans toute banque de données. Par exemple, en 2019, on retrouve 27 cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* et neuf cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MADDO est le col utérin¹². La standardisation de la saisie de cette variable est souhaitable.

L'importation des données relatives au site de l'infection dans le nouveau système d'information des MADDO¹³, à partir de l'ancien système, n'était pas complétée pour l'année 2020 lors de l'obtention des données et ces résultats ne sont pas mis à jour, exceptionnellement.

¹⁰ Tordoff D. *et al.* (2022) Sex Transm Dis. 49(2):e45-e49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407018/>

¹¹ Dans le registre des MADDO, site de la maladie.

¹² Prémumant qu'il ne s'agit pas d'erreurs de classification du sexe (voir aussi la section 2.6).

¹³ Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI).

2.8 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale

Au niveau régional et local, des enquêtes épidémiologiques peuvent être réalisées pour certaines situations prioritaires, comme décrit dans le guide d'intervention sur les ITS à déclaration obligatoire¹⁴.

Les informations complémentaires recueillies lors des enquêtes épidémiologiques peuvent servir à mieux caractériser les cas (p. ex. : facteurs d'exposition, aspects cliniques). Ces informations peuvent être utilisées afin de mieux cibler les interventions en réponse à certaines menaces à la santé ou lors d'épidémies émergentes.

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

2.9 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS

La méthode et les principaux résultats sont présentés à l'annexe 2.

¹⁴ Groupe de travail Guide d'intervention ITS-MADO (2014) Guide d'intervention - Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, ministère de la Santé et des Services sociaux, 339 p.

3 LES ITSS AU QUÉBEC ET LA PANDÉMIE DE COVID-19

3.1 Cas déclarés d'ITSS en 2020 et 2021 au Québec

Entre 2019 et 2020, le nombre de cas déclarés de chaque ITSS, sauf la LGV et la syphilis en phase infectieuse chez la femme, a connu une baisse importante, de l'ordre de 20 à 30 % selon l'ITSS considérée (tableau 3).

La baisse s'est poursuivie ou accentuée entre 2020 et 2021 pour la chlamydie, la LGV et la syphilis infectieuse chez les hommes alors qu'une croissance du nombre de cas a été observée pour l'infection gonococcique, l'hépatite B, l'hépatite C et la syphilis infectieuse chez les femmes.

Quelle que soit l'ITSS, à l'exception de la syphilis infectieuse chez les femmes, le nombre de cas déclarés en 2021 est nettement moindre que celui rapporté en 2019.

Cette diminution du nombre de cas entre 2019 et 2021 va à l'encontre des tendances observées au cours des dernières années, particulièrement en ce qui a trait aux infections à *Chlamydia trachomatis*, aux infections gonococciques et à la syphilis infectieuse chez les hommes. Elle est survenue alors que le Québec fait face à la pandémie de COVID-19.

Tableau 3 Nombre de cas déclarés, 1^{er} janvier au 30 septembre, par infection selon le sexe, 2019, 2020 et données préliminaires 2021

		2019	2020	% variation (2020-2019)	2021*	% variation (2021-2020)	% variation (2021-2019)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Hommes	8 729	6 662	-24	6 356	-4,6	-27
	Femmes	12 516	9 926	-21	9 505	-4,2	-24
	Sexes réunis**	21 306	16 643	-22	16 036	-3,6	-25
Infection gonococcique	Hommes	4 246	3 041	-28	3 348	10,1	-21
	Femmes	1 310	1 020	-22	1 058	3,7	-19
	Sexes réunis**	5 579	4 081	-27	4 439	8,8	-20
LGV	Hommes	93	99	6,5	60	-39	-36
Syphilis infectieuse	Hommes	762	690	-9,4	500	-28	-34
	Femmes	93	102	10	109	7	17
	Sexes réunis**	855	797	-6,8	613	-23	-28
Hépatite B	Hommes	453	302	-33	351	16,2	-23
	Femmes	314	205	-35	239	16,6	-24
	Sexes réunis**	776	518	-33	597	15,3	-23
Hépatite C	Hommes	548	392	-28	413	5	-25
	Femmes	277	177	-36	214	21	-23
	Sexes réunis**	845	579	-31	635	9,7	-25
VIH***	Hommes	168	125	-26	ND	ND	ND
	Femmes	59	40	-32	ND	ND	ND
	Sexes réunis**	228	165	-28	ND	ND	ND
ITSS réunies****	Hommes	14 831	11 186	-25	11 028	-1,4	-26
	Femmes	14 510	11 430	-21	11 125	-2,7	-23
	Sexes réunis**	29 454	22 717	-23	22 380	-1,5	-24

* Les résultats pour l'année 2021 doivent être considérés comme préliminaires. Voir section 2.4 du chapitre sur la méthode pour plus de détails.

** Incluant les cas dont le sexe est inconnu et les personnes trans.

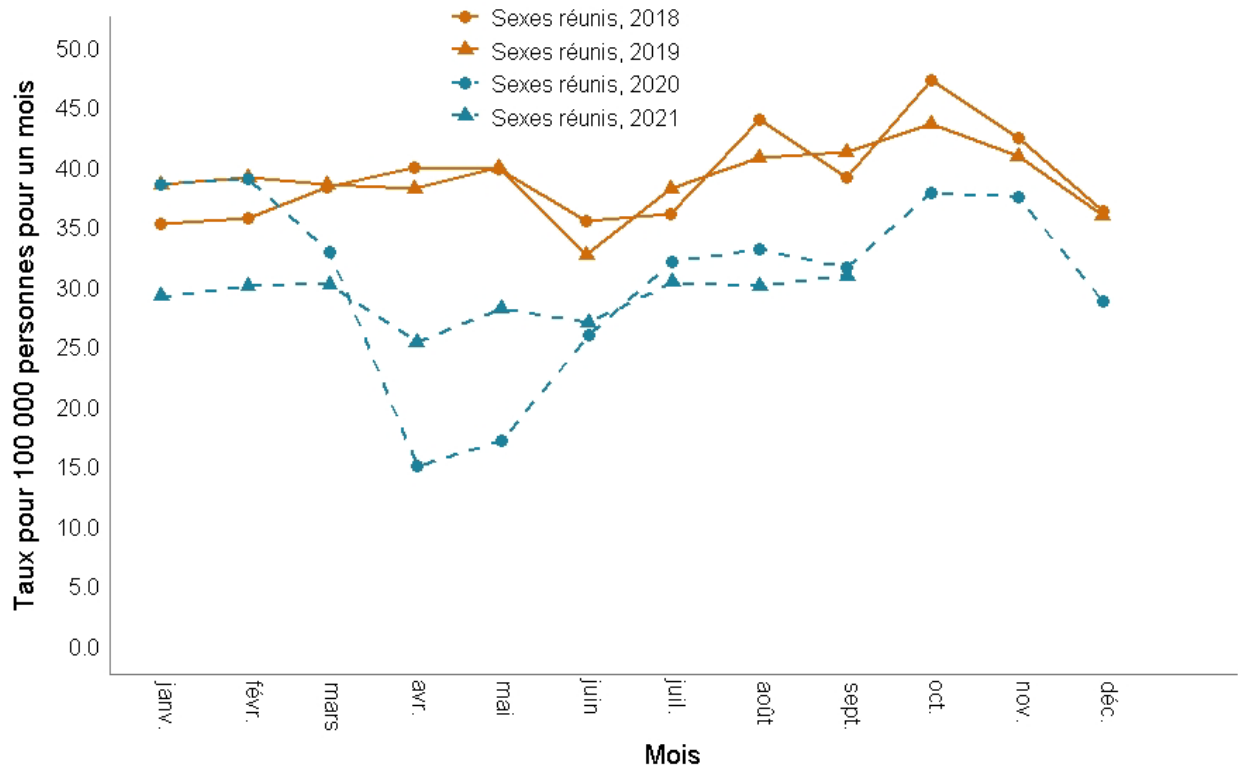
*** Total des nouveaux diagnostics inscrits au registre au cours de l'année (excluant les anciens diagnostics et les non classés).

**** Sans les cas de VIH, car les données pour l'année 2021 n'étaient pas disponibles au moment de la production de ce rapport.

ND : non disponible.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 1 Infections transmissibles sexuellement et par le sang* : taux d'incidence bruts des cas déclarés selon le mois, sexes réunis, Québec, 2018 à 2021



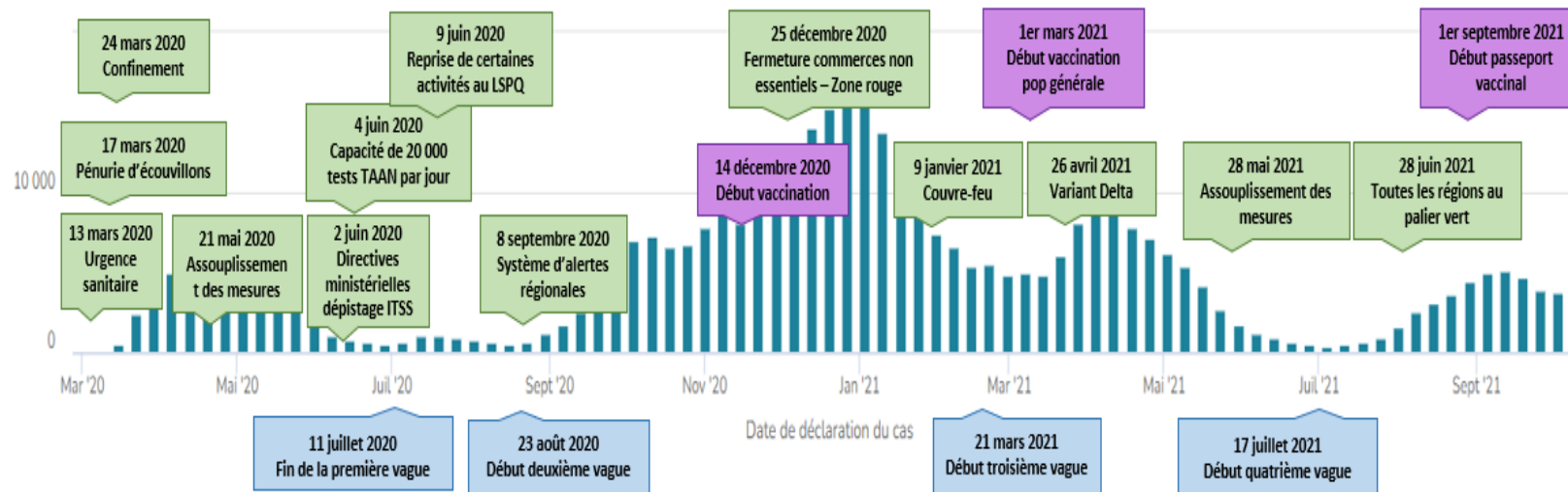
* Chlamydia trachomatis, infection gonococcique, syphilis infectieuse, LGV, hépatite B, hépatite C.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

3.2 La pandémie de COVID-19 au Québec

Le premier cas d'infection au SRAS-CoV-2 a été identifié au Québec le 27 février 2020. Plusieurs mesures ont été mises en place et ont fluctué au fil des vagues de la pandémie et de la survenue de variants du virus (voir figure 2). Les premiers mois de l'année 2020 ont été marqués par un premier confinement général suivi à partir du mois de juin d'un assouplissement des mesures. Une deuxième vague de plus grande ampleur s'est installée au début de l'automne et a progressé jusqu'à la fin du mois de décembre 2020; un second confinement général a été décrété durant la période des fêtes suivi de l'application d'un couvre-feu au début de mois de janvier 2021. Des mesures strictes ont été appliquées dans les différentes régions du Québec en fonction de l'épidémiologie locale. À la fin du mois de mai 2021, une nouvelle accalmie a permis l'assouplissement des mesures.

Figure 2 La pandémie de la COVID-19 au Québec (mars 2020 à septembre 2021), les dates charnières¹⁻⁷



- ¹ Les barres bleues représentent le nombre de cas de COVID-19 confirmés par laboratoire et par lien épidémiologique.
- ² Institut de la statistique du Québec. (2021-04-09). Ligne de temps : événements liés à la pandémie et leurs effets sur les indicateurs de l'emploi au Québec en 2020. Repéré à : <https://statistique.quebec.ca/en/produit/figure/ligne-du-temps-evenements-lies-a-la-pandemie-et-leurs-effets-sur-les-indicateurs-de-emploi-au-quebec>
- ³ Institut national de santé publique. (2022-02-15). Ligne du temps COVID-19 au Québec. Courbe des cas confirmés selon la date de déclaration des cas, annotée des principaux événements et mesures de santé publique liés à la COVID-19 au Québec. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees/ligne-du-temps>
- ⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020-06-02). Directives ministérielles. ITSS : Interventions cliniques en période de pandémie de coronavirus COVID-19 orientations de la direction de la prévention des ITSS du MSSS. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/archives/20-210-191W.pdf>
- ⁵ Directive ministérielle DGSP-001. (2020-10-08) Directive sur l'utilisation de tests selon le palier d'alerte. 7 juillet 2020. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/directives-covid/archives/dgsp-001.pdf>
- ⁶ Laboratoire de santé publique du Québec. (2020-06-09). Reprise des activités selon le calendrier régulier. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/lettre_annonce_reprise_des_activites_lspq_covid19.pdf
- ⁷ Laboratoire de santé publique du Québec. (2020-03-17). Mise à jour N° 5 — Pénurie d'écouvillons velouteux et de milieux de transport. Repéré à : https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/lspq/miseajour5_penurie_ecouvillons_et_milieux_transport.pdf

3.3 Impact de la pandémie de COVID-19 sur le nombre de cas déclarés d'ITSS

3.3.1 Variations mensuelles du nombre de cas déclarés et du nombre de prescriptions émises selon les vagues de la pandémie

La diminution du nombre mensuel de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* (chapitre 4, figures 8 et 9), d'infection gonococcique (chapitre 5, figures 15 et 16) et de syphilis infectieuse chez les hommes (chapitre 6, figure 23), commence avec l'installation de la pandémie. L'intensité de la diminution semble suivre l'intensité de la pandémie et des mesures préventives mises en place (figures 1 et 2). Il en va de même pour le nombre mensuel de prescriptions émises dans le cadre du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (Annexe 2, figures 40 et 41).

3.3.2 Accès et recours aux tests de détection des ITSS

Le nombre de tests de détection de la chlamydie (Chapitre 4, figure 10) et de l'infection gonococcique (chapitre 5, figure 17) a diminué de façon notable durant les différentes vagues de la pandémie. Cette variation mensuelle a aussi été documentée en Ontario où le volume de tests de détection du virus de l'hépatite B (VHB) et du virus de l'hépatite C a fortement diminué au cours des trois premières vagues de la pandémie¹⁵. Cette diminution du volume de tests peut être due à un accès plus difficile aux tests et aux services de santé ainsi qu'à un changement dans le recours des patients aux tests.

Au Québec, au cours de la première vague de la pandémie (mars à juin 2020), des ressources matérielles (écouvillons, réactifs) pour la détection des infections à *Chlamydia trachomatis* (Ct) et à *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) ont été utilisées pour la détection de COVID-19 (figure 2). La pénurie de matériel pour la détection de Ct et Ng a varié d'une région à l'autre, mais le nombre de cas déclarés de ces infections a diminué dans l'ensemble du Québec durant la période de réallocation d'avril 2020 à juin 2020 (Chapitre 4, figures 8 et 9 et Chapitre 5, figures 15 et 16).

De surcroît, le MSSS a diffusé une [directive ainsi qu'un tableau](#) identifiant les activités cliniques à maintenir et celles pouvant être délestées en regard des ITSS selon le palier d'alerte et les ressources disponibles. Entre octobre 2020¹⁶ et octobre 2021¹⁷, les activités de laboratoire ont aussi été délestées afin de prioriser le dépistage de la COVID-19. Ce délestage de certaines activités a pu conduire à une sous-estimation du nombre réel de cas dans la population.

¹⁵ Mandel et al. The impact of the first, second, and third waves of the COVID-19 on hepatitis B and C testing in Ontario, Canada - <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jvh.13637>

¹⁶ [Services essentiels du Laboratoire de santé publique du Québec](#)

¹⁷ [Reprise des activités selon le calendrier régulier](#)

Tant au cours de la première vague que de la deuxième, des ressources humaines du réseau de la santé normalement assignées au dépistage des ITSS et aux programmes de prévention (ex. : infirmières SIDEPE, infirmières cliniques jeunesse) ont été mobilisées pour le contrôle de la COVID-19. De plus, dans la foulée des mesures populationnelles pour limiter les contacts, la téléconsultation a été privilégiée à la consultation en face à face lorsque cela était possible et que la situation clinique le permettait. La téléconsultation ne permet pas d'effectuer les prélèvements qui sont habituellement effectués lors d'une consultation clinique. Cela a pu avoir un impact sur le dépistage de l'ensemble des ITSS. Selon un sondage effectué par l'Agence de santé publique du Canada en novembre et décembre 2020, auprès d'organismes qui fournissent des services liés aux ITSS et à la réduction des méfaits, près de la moitié (44 %) des répondants ont rapporté une diminution de leur capacité à fournir des services et les deux tiers (66 %) ont enregistré une baisse de la demande depuis le début de la pandémie¹⁸.

L'étude de cohorte Engage aborde divers aspects de la santé sexuelle des **hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (gbHARSAH)** résidant dans la région de Montréal. Parmi les participants ayant complété le questionnaire de l'étude entre septembre 2020 et avril 2021 (n = 742), le quart (25 %) a rapporté avoir évité, depuis mars 2020, de recourir à des services de santé en raison d'inquiétudes liées aux risques d'exposition à la COVID-19. Parmi les participants ayant indiqué avoir eu besoin spécifiquement de l'un ou l'autre service, 6,9 % ont mentionné que la COVID 19 avait eu un impact sur leur recours à des soins pour une infection VIH, 21 % sur leur recours à un traitement ou à un dépistage des ITSS et 38 % sur leur recours à un médecin de famille. Parmi les participants utilisant la PPrE, 20 % ont déclaré avoir cessé complètement de l'utiliser et 20 % sont passés d'une prise en continu à une prise à la demande (réf : Communication personnelle auprès de Gilles Lambert, co-chercheur principal de l'étude Engage, janvier 2022).

Une étude regroupant 30 pays et incluant majoritairement des **femmes hétérosexuelles** a relevé que près de 40 % des participants et participantes qui devaient avoir accès à des tests de dépistage pour le VIH ou d'autres ITSS ont vu leur accès gêné par l'arrivée de la pandémie de COVID-19. La réalité entre les différents pays était variable¹⁹.

De nombreuses personnes ont eu accès à des soins de santé reproductive pendant le confinement initial. Toutefois, les jeunes et ceux qui ont signalé des comportements sexuels à risque ont signalé des difficultés à accéder aux services. Près de 10 % des gens qui auraient eu besoin d'accéder à des soins de santé reproductive n'ont pas été capable d'y accéder²⁰.

¹⁸ Agence de la santé publique du Canada : [Répercussions de la COVID-19 sur la prestation des services liés aux ITSS au Canada, y compris les services de réduction des méfaits](#)

¹⁹ Erausquin et al. The international sexual health and reproductive health survey (I-SHARE_1): A multi-country analysis of adults from 30 countries prior to and during the initial COVID-19 wave. - <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciac102/6523817?login=true>

²⁰ Dema et al. Initial impacts of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health service use and unmet need in Britain: findings from a quasi-representative survey (Natsal-COVID) - [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00253-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00253-X/fulltext)

Un sondage réalisé en Écosse auprès des **jeunes de 18 à 24 ans** met en lumière que près du quart d'entre eux rapporte avoir eu de la difficulté à accéder à des services de santé reproductive au cours du premier confinement. L'augmentation des barrières, l'hésitation à utiliser les services à distance et l'inquiétude face à la légitimité d'utiliser des services en temps de pandémie sont des raisons données par ces jeunes²¹.

Toutefois, il est de plus en plus rapporté que les personnes plus vulnérables, isolées ou fragilisées peuvent rencontrer des obstacles accrus dans l'application des mesures recommandées. Il est donc possible de croire que les personnes les plus à risque de contracter une ITSS, pour qui l'accessibilité aux services était déjà difficile, ont vu l'accessibilité aux services de prévention, de santé et de dépistage se complexifier davantage.

3.3.3 Mesures populationnelles de prévention de la COVID-19

Limiter les contacts sociaux a été l'une des mesures populationnelles fondamentales de prévention de la COVID-19 et a été fortement recommandée durant toute la pandémie. Elle a pris la forme d'un confinement général lors de la première vague, d'un déconfinement progressif au cours de l'accalmie et de mesures adaptées selon des paliers d'alerte au cours des deuxièmes et troisièmes vagues. La réduction des contacts sociaux a pu avoir l'effet de réduire les expositions sexuelles.

Depuis juillet 2020, 3 300 adultes québécois répondent chaque semaine à un sondage Web portant sur leurs attitudes et leurs comportements dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Le questionnaire comprend environ 60 questions adaptées selon l'évolution de la pandémie et des mesures recommandées par les autorités gouvernementales ([méthode détaillée](#)).

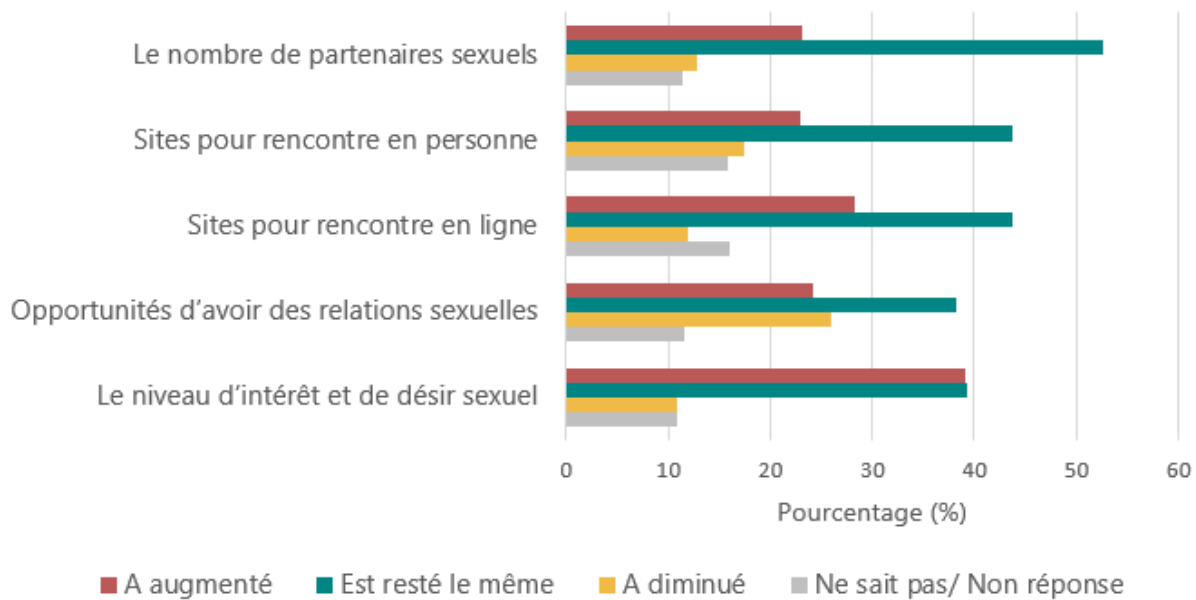
Pour la période de collecte du 4 au 17 mars 2022, des questions supplémentaires portant sur les comportements sexuels ont été posées (Annexe 3). Ces questions visaient une meilleure compréhension de l'impact de la pandémie sur la vie sexuelle des **adultes québécois (n = 6 024)**.

Au cours du premier confinement (**mars à mai 2020**), les trois quarts des Québécois et Québécoises n'ont rapporté aucun changement au niveau du nombre de leurs partenaires sexuels et 10 % ont mentionné que le nombre de partenaires avait diminué.

Bien que la majorité des répondants n'ont rapporté aucun changement ou une diminution au **cours de l'année 2020** tant au niveau du nombre de leurs partenaires sexuels, de leurs opportunités d'avoir des relations sexuelles que de leur désir, un faible pourcentage mentionne une augmentation. En effet, le quart des **jeunes célibataires de 18 et 24 ans** ont vu le nombre de leurs partenaires sexuels augmenter au cours de la première année de la pandémie, tout comme leurs opportunités d'avoir des relations sexuelles (figure 3).

²¹ Lewis et al. Disrupted prevention: condom and contraception access and use among young adults during the initial months of the COVID-19 pandemic. An online survey : <https://srh.bmj.com/content/familyplanning/47/4/269.full.pdf>

Figure 3 Changements rapportés pour l'année 2020 au niveau des différents aspects de la vie sexuelle chez les 18-24 ans célibataires au Québec¹



¹ Les questions portant sur la vie sexuelle sont des questions sensibles et donc comportent un niveau élevé de non-réponse. Il est à noter que la proportion de non-réponses peut inclure les gens pour qui la question ne s'appliquait pas.

Au Canada, un sondage a permis d'identifier que les couples vivant ensemble ont rapporté une diminution au niveau de leur désir et de leurs activités sexuelles au cours du premier confinement tandis que ceux ne cohabitant pas avaient vu la fréquence de leurs rapports sexuels augmenter²².

Au sein de la population hétérosexuelle, selon un sondage au Royaume-Unis²³, moins de 10 % des répondants sexuellement actifs ont rapporté un nouveau partenaire sexuel au cours de la première période de confinement (9,1 % des hommes et 2,7 % des femmes). Les 18-24 ans étaient les plus enclins à avoir un nouveau partenaire sexuel, et 81 % ont rapporté ne pas utiliser le condom.

À la question *Comment la fréquence de vos activités sexuelles entre le mois de mars 2020 et la fin du mois de mai 2020 se compare-t-elle à celle d'avant le mois de mars 2020*, les participants à l'**étude Engage** ont rapporté avoir eu beaucoup moins : de sexe anonyme avec des personnes qu'ils ne connaissent pas (60 % des participants); de partenaires sexuels (56 %); de relations

²² Brotto et al. Impact of COVID-19 related stress on sexual desire and behavior in Canadian sample. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/19317611.2021.1947932?journalCode=wjjs20> et Sommet 2020 du Centre de recherche communautaire, Présentation de Nicholas Lachowsky_ Making visible the impacts of COVID-19 on our communities-https://fr.cbrc.net/rendre_visibles_les_impacts_de_la_covid_19_sur_nos_communautes

²³ Dema et al. Initial impacts of the COVID-19 pandemic on sexual and reproductive health service use and unmet need in Britain: findings from a quasi-representative survey (Natsal-COVID) - [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(21\)00253-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(21)00253-X/fulltext)

sexuelles avec de nouveaux partenaires sexuels occasionnels (54 %); d'échange de faveurs sexuelles contre de l'argent ou des biens (25 %), de consommation de substances avant ou pendant le sexe (17 %).

Dans un même ordre d'idée, des données préliminaires récoltées à l'aide d'un sondage en ligne auprès de la population LGBTQ2S+ (lesbienne, gaie, bisexuel, trans, queer, bi spirituel et autres) canadienne révèlent que plusieurs aspects de la sexualité de cette communauté ont été affectés par la COVID-19 au cours de la première vague de la pandémie. En effet, une diminution du nombre de relations, du type de relation sexuelle et une réduction du dépistage pour les ITSS ont été rapportés par les participants. Une tendance similaire a aussi été observée aux États-Unis^{24,25}, et en Belgique²⁶ au sein de la communauté LGBTQ+ où une tendance à la baisse au niveau des relations sexuelles a été observée au cours des premiers mois de la pandémie.

3.3.4 Conclusion

Depuis quelques années, la fréquence des cas déclarés des diverses ITSS est soit stable, soit en hausse constante. La baisse globale, soudaine et importante observée en 2020 apparaît liée à l'implantation de mesures pandémiques. Par ailleurs, un rebond du nombre de cas pourrait être observé prochainement suite à la baisse présumée des activités individuelles et collectives de prévention au niveau des ITSS. Une attention particulière doit être portée à la reprise de ces activités.

²⁴ Schumacher et al. Sexually transmitted infection transmission dynamics during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic among urban gay, bisexual, and other men who have sex with men.

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab1053/6520505?login=true>

²⁵ Griffin et al., Sex in the time of COVID-19: Patterns of sexual behavior among LGBTQ+ individuals in the US -

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-022-02298-4>

²⁶ Reyniers et al. Reduced sexual contacts with non-steady partners and less PrEP use among MSM in Belgium during the first weeks of the COVID-19 lockdown: results of an online survey:

<https://sti.bmj.com/content/97/6/414.abstract>

4 INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Une hausse constante de l'incidence des cas déclarés est observée depuis 1997. Cette hausse touche les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge. En 2019, les cas semblaient avoir atteint un plafond puis une baisse a été observée en 2020 et ce, peu importe le sexe.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2020

- L'infection à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 23 080 cas déclarés en 2020 (taux de 269 pour 100 000 personnes), dont 60 % concernent des femmes, une proportion similaire à l'année précédente.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 64 % des cas féminins et 42 % des cas masculins. Le taux d'incidence dans ce groupe d'âge (1 380 pour 100 000) est 10 fois plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (134 pour 100 000).
- Parmi les hommes, ceux âgés de 20 à 24 ans ont les taux les plus élevés (1 077 pour 100 000), suivis de ceux âgés de 15 à 19 ans (501 pour 100 000).
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont chez celles âgées de 20 à 24 ans (2 139 pour 100 000) et chez celles âgées de 15 à 19 ans (1 788 pour 100 000).
- Tant chez les hommes que chez les femmes, les taux augmentent progressivement jusqu'au groupe d'âge des 20-24 ans et diminuent graduellement par la suite.
- Le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes est plus élevé dans la région de Montréal (305 pour 100 000) que dans le reste de la province (188 pour 100 000). Les taux sont similaires entre Montréal et le reste de la province chez les femmes (289 vs 331 cas pour 100 000).
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont respectivement un taux de treize et cinq fois supérieur à celui de la province. Après ces régions, ce sont celles de Montréal, de la Capitale Nationale, des Laurentides et de l'Abitibi-Témiscamingue qui enregistrent les taux les plus élevés. Les taux les plus faibles s'observent en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, au Bas-Saint-Laurent, en Chaudière-Appalaches et dans le Nord du Québec.

4.2 Tendances des cinq dernières années (2016-2020 et 2015-2019)

Période 2016-2020

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* en 2020 est beaucoup plus bas que celui de 2019 avec une baisse observée de près de 20 %. Une diminution de 13 % entre 2016 et 2020 est aussi observée; cette baisse a été plus marquée chez les femmes (-16 %) que chez les hommes (-7,6 %).
- Chez les femmes, le taux global de 2020 est inférieur à celui de 2019 (-19 %) ; c'est la première fois depuis 20 ans qu'une diminution aussi importante du taux est observée.
- Chez les hommes, le taux de 2020 a enregistré une baisse plus légère que celle des femmes soit une diminution de -7,6 % comparativement à celui de 2019.
- Tous les groupes d'âge sont touchés par une baisse des taux d'incidence entre 2019 et 2020. Cependant, quand l'on regarde la tendance des 5 dernières années, une augmentation des taux est observée chez les personnes âgées entre 55 et plus, sexes réunis.
- En ce qui concerne les cas féminins, entre 2016 et 2020, on observe des hausses des taux d'incidence de 10 % chez les femmes de 45 à 49 ans et de 41 % chez les femmes qui ont entre 50 et 54 ans. Une diminution des taux variant entre 2,6 % (30-34 ans) et 37 % (10-14 ans) est observée dans les autres catégories d'âge. Ces diminutions tournent autour de 15 % sauf pour les 65 et plus (29 %).
- Pour ce qui est des cas masculins, entre 2016 et 2020, on observe une hausse du taux d'incidence de 21 % chez les 55-64 ans et de 32 % pour les 65 ans et plus. Une plus faible hausse, variant entre 0,8 et 2,0 %, est présente chez les 30-34, les 40-44 ans et les 50-54 ans. On remarque, une diminution de 20 % chez les 10-14 ans, de 10,3 % chez les 20-24 ans et de 10,4 % chez les 25-29 ans. Les autres tranches d'âge oscillent entre 4,5 % et 1,6 % de diminution.

Année 2020 et données préliminaires 2021

- Une légère diminution du nombre de cas déclarés d'infections à *Chlamydia trachomatis* est observée entre 2020 et les données préliminaires 2021, passant de 23 080 à 21 864.
- Chez les hommes, seuls les 30-39 ans ont vu leur taux d'incidence augmenter, passant de 343 cas par 100 000 à 352 cas par 100 000 entre 2020 et 2021.
- Chez les femmes, ce sont les 30 ans et plus qui ont vu leur taux d'incidence augmenter, tandis que celui chez les 29 ans et moins a diminué.

Les figures 8 et 9 illustrent une diminution, chez les hommes et les femmes, du nombre mensuel de cas déclarés en 2020-2021, comparativement au nombre déclaré en 2018-2019. Cette diminution est légèrement plus prononcée chez les femmes que chez les hommes; elle est plus marquée durant le printemps 2020.

Période 2015-2019

Une tendance inverse était observée entre 2015 et 2019 avec augmentation des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* de 12 %. Cette hausse était plus marquée chez les hommes (+22 %) que chez les femmes (+7 %).

Entre 2018 et 2019, le taux d'incidence était relativement stable sauf chez les femmes où une diminution de 2,3 % a été observée, la première en 15 ans.

Entre 2015 et 2019, une hausse des taux d'incidence s'observe dans la plupart des régions socio sanitaires du Québec (13/18). Les hausses les plus importantes sont observées dans les régions de l'Outaouais (+28 %), du Nord-du-Québec (+25 %) et de Montréal (+24 %). Toutefois, des diminutions sont observées dans toutes les régions entre 2019 et 2020, les plus importantes sont observées dans les régions de Montréal (-26 %), de la Mauricie et Centre-du-Québec (-25 %) et Chaudière-Appalaches (-24 %).

4.3 Sites anatomiques

L'importation des données relatives au site anatomique de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans le nouveau système d'information des MADO, à partir de l'ancien système, n'était pas complétée pour l'année 2020 lors de l'obtention des données, ces résultats ne sont exceptionnellement pas mis à jour (voir la section Notes méthodologiques pour plus de détails).

Le tableau suivant est extrait du Portrait des ITSS, année 2019. Les infections uniquement à un site extragénital (anus-rectum ou pharynx) comptaient pour 21 % des infections gonococciques chez les hommes et 3,6 % chez les femmes.

Tableau 4 Infections à *Chlamydia trachomatis* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2015 et 2019

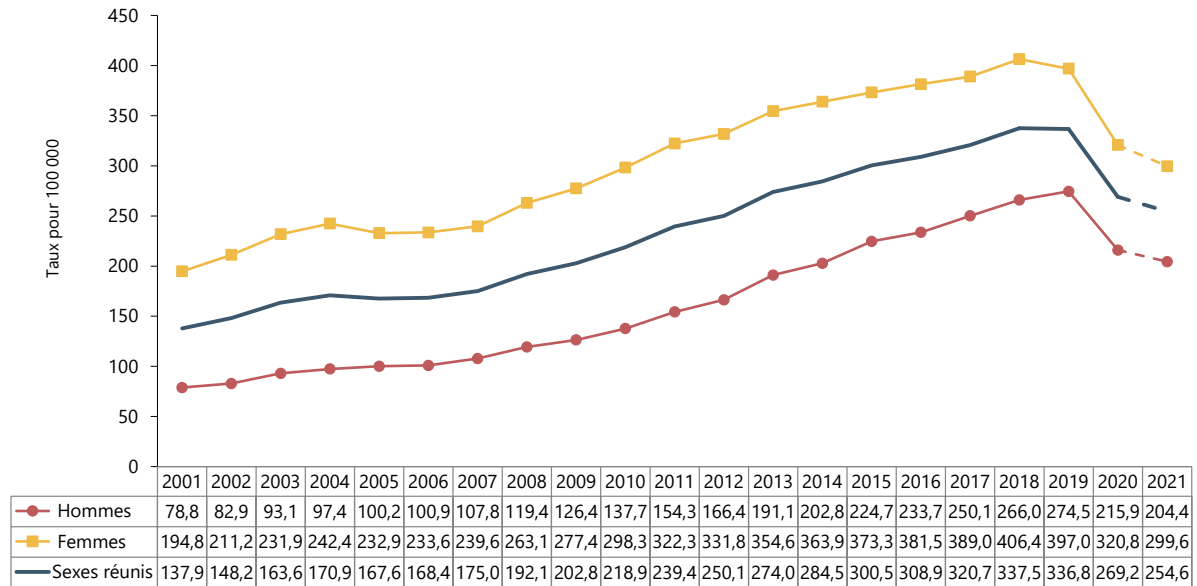
Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Hommes*				
	2015 (N = 8 461)		2019 (N = 11 491)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	1 045	12 %	2 067	18 %	+6 %
Seulement rectum	937	11 %	1 723	15 %	+4 %
Seulement rectum et pharynx	25	0,3 %	140	1,2 %	+0,9 %
Pharynx**	191	2,3 %	459	4,0 %	+1,7 %
Seulement Pharynx	141	1,7 %	260	2,3 %	+0,6 %
Rectum ou pharynx**	1 201	14 %	2 360	21 %	+7 %
Seulement rectum ou pharynx	1 103	13 %	2 123	18 %	+5 %
Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Femmes*				
	2015 (N = 14 040)		2019 (N = 16 717)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	54	0,4 %	381	2,3 %	+1,9 %
Seulement rectum	33	0,2 %	140	0,8 %	+0,6 %
Seulement rectum et pharynx	0	-	6	0,04 %	+0,04 %
Pharynx**	49	0,3 %	248	1,5 %	+1,5 %
Seulement Pharynx	29	0,2 %	105	0,6 %	+0,4 %
Rectum ou pharynx**	100	0,7 %	594	3,6 %	+2,9 %
Seulement rectum ou pharynx	62	0,4 %	251	1,5 %	+1,1 %

* Le N exclut les cas pour lesquels le site d'infection est manquant et les cas pour lesquels l'information est invalide (ex. : col ou vagin comme unique site d'infection parmi les cas masculins).

** Avec ou sans autres sites d'infection pour un même épisode.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

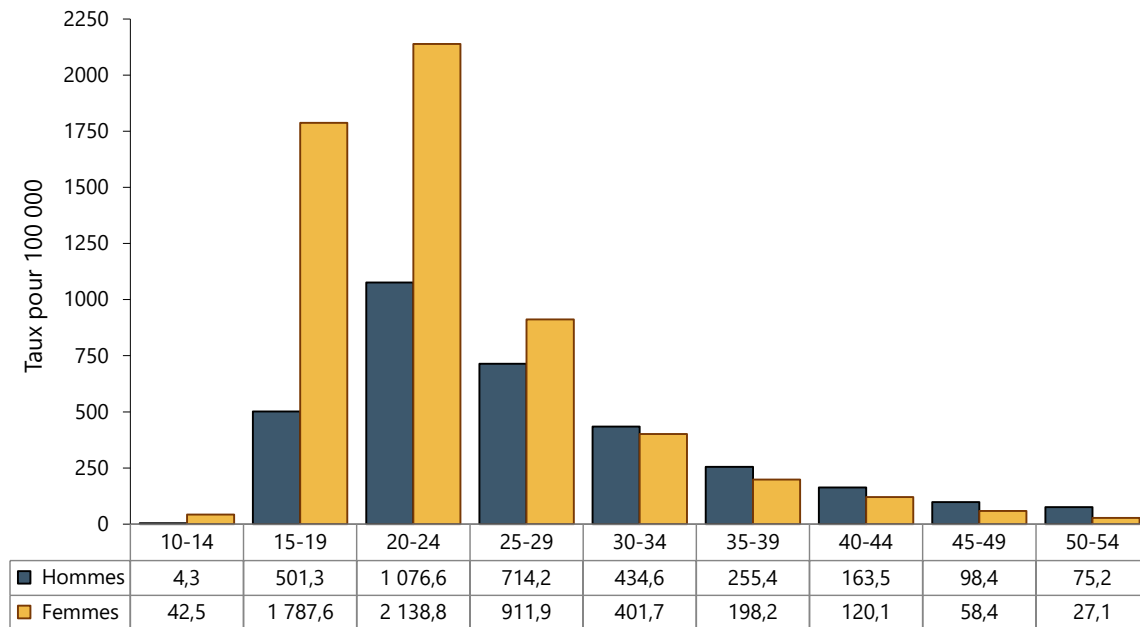
Figure 4 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

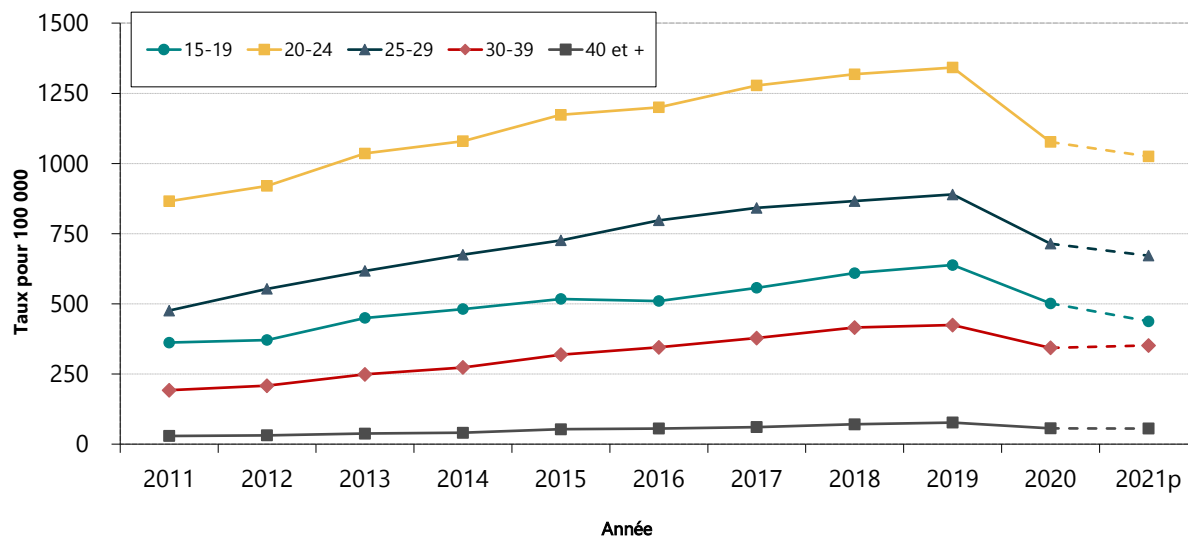
Figure 5 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2020



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

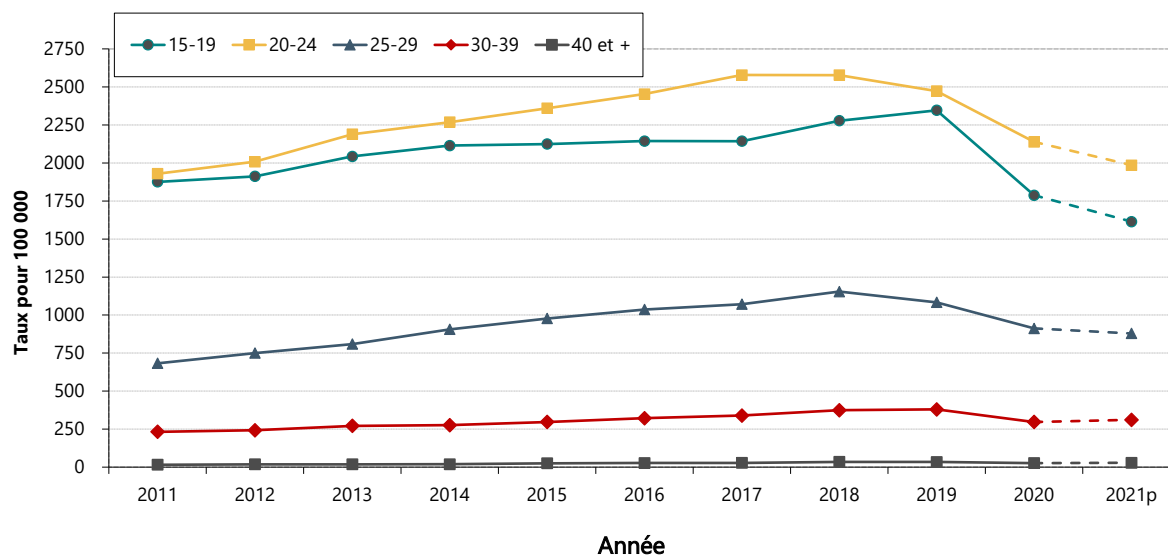
Figure 6 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 7 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

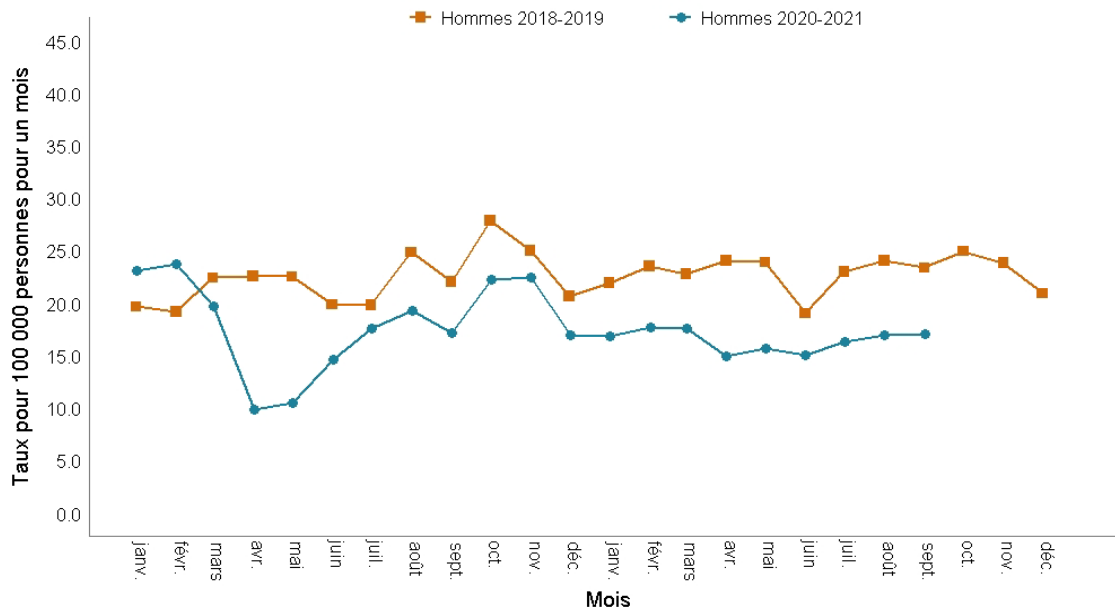
Tableau 5 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires)

Région	2016		2017		2018		2019		2020		Moyenne 2016-2020		2021p		Variation 2020-2016			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	372	188,1	466	235,9	467	236,7	454	229,9	368	185,6	425	215,2	340	172,1	-5	-1,2	-2,4	-1,3
Saguenay-Lac-Saint-Jean	716	258,4	761	274,6	789	284,4	760	273,4	631	226,2	731	263,4	762	273,9	-85	-11,9	-32,2	-12,5
Capitale-Nationale	2 328	317,2	2 427	328,6	2 637	354,2	2 494	331,9	2 238	295,6	2 425	325,5	1 991	262,1	-90	-3,9	-21,6	-6,8
Mauricie et Centre-du-Québec	1 709	334,8	1 892	368,1	1 785	345,3	1 828	351,1	1 377	261,8	1 718	332,0	1 361	258,2	-333	-19,5	-73,0	-21,8
Estrie	1 340	282,3	1 284	268,1	1 614	333,5	1 546	315,6	1 307	262,6	1 418	292,4	1 271	253,3	-34	-2,5	-19,7	-7,0
Montréal	6 625	338,2	7 374	371,3	7 955	392,2	8 414	407,5	6 207	299,9	7 315	361,8	5 889	288,2	-419	-6,3	-38,3	-11,3
Outaouais	1 124	291,7	1 038	267,3	1 329	338,9	1 415	356,4	1 115	277,8	1 204	306,5	995	245,7	-9	-0,8	-13,9	-4,8
Abitibi-Témiscamingue	462	313,7	495	335,3	413	279,8	445	301,4	417	282,0	446	302,4	381	257,8	-45	-9,7	-31,7	-10,1
Côte-Nord	340	366,7	296	322,4	334	366,4	266	293,3	217	239,1	291	317,9	127	141,0	-124	-36,3	-127,6	-34,8
Nord-du-Québec	45	322,8	37	267,1	33	238,5	35	256,4	27	200,4	35	257,5	24	179,4	-18	-40,0	-122,3	-37,9
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	131	144,4	141	155,7	120	132,4	122	134,9	119	130,7	127	139,6	101	111,3	-13	-9,5	-13,7	-9,5
Chaudière-Appalaches	930	220,4	938	221,1	1 044	244,7	996	232,2	768	177,3	935	219,0	803	184,9	-163	-17,5	-43,0	-19,5
Laval	1 117	262,5	1 240	288,5	1 325	304,5	1 302	296,2	1 059	239,1	1 209	278,1	871	195,6	-59	-5,2	-23,4	-8,9
Lanaudière	1 510	303,6	1 515	301,2	1 728	339,5	1 628	315,7	1 431	272,8	1 562	306,4	1 400	264,0	-80	-5,3	-30,8	-10,2
Laurentides	2 066	347,2	2 137	354,3	2 135	348,9	2 162	348,4	1 834	290,3	2 067	337,5	1 744	272,6	-233	-11,3	-56,9	-16,4
Montérégie	3 653	266,2	3 417	246,5	3 704	263,9	3 889	273,3	3 235	224,7	3 580	254,8	3 008	207,3	-418	-11,4	-41,4	-15,6
Nunavik	613	4 579,8	785	5 793,8	536	3 879,3	584	4 138,9	490	3 408,5	602	4 344,7	556	3 801,7	-124	-20,1	-1 171,2	-25,6
Terres-Cries-de-la-Baie-James	332	1 908,8	383	2 165,6	404	2 256,5	293	1 615,6	246	1 338,1	332	1 852,7	240	1 286,0	-87	-26,1	-570,7	-29,9
Région non précisée	0		0		2		2		0		1		0		0			
Province de Québec	25 413	308,9	26 626	320,7	28 354	337,5	28 633	336,8	23 080	269,2	26 421	314,5	21 864	254,6	-2 333	-9,2	-39,8	-12,9

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

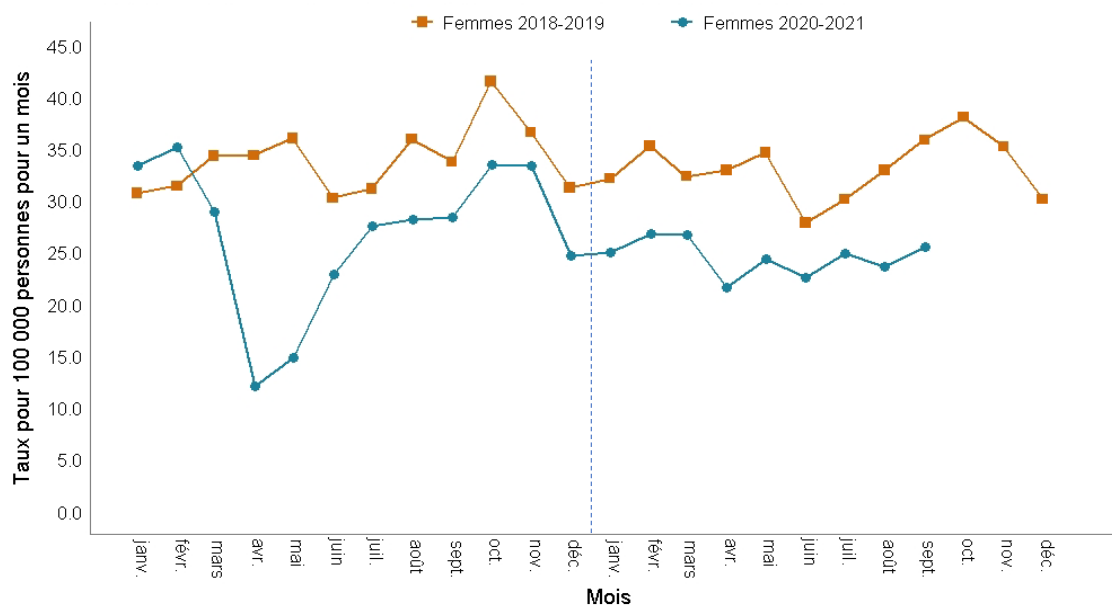
Figure 8 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

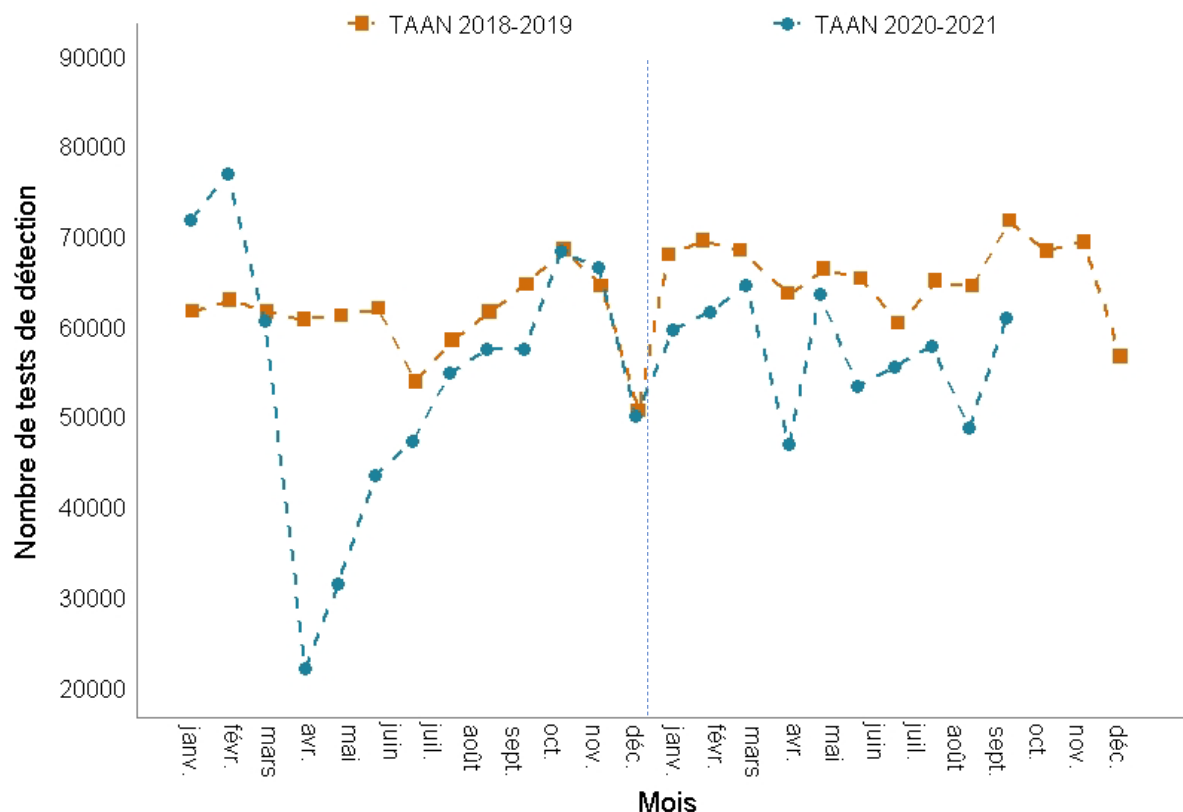
Figure 9 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 10 Infection à *Chlamydia trachomatis* : Nombre de tests de détection effectués selon le mois, Québec, 2018 à 2021



Source : Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab extraites le 15 décembre 2021. Inclut uniquement les TAAN. Présenté selon la date de début de chaque période financière.

4.4 Commentaires

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est très fréquente. Le rythme de croissance continu de l'incidence des cas déclarés au cours des dernières années a semblé ralentir à partir de 2018. En 2020, pour une première fois depuis 2005, on constate une baisse des cas déclarés chez les deux sexes. Cette baisse importante du nombre de cas déclarés de *Chlamydia trachomatis* pour l'année 2020 est inhabituelle, puisqu'une augmentation quasi constante était observée depuis 1997. Cette baisse est plus prononcée chez les jeunes de 15 à 24 ans, lesquels constituent toujours la majorité des cas déclarés (56 %).

4.4.1 Éléments à prendre en compte dans l'interprétation de la hausse de l'incidence de cas déclarés observée au cours des dernières années

L'augmentation ou la diminution du nombre de cas déclarés d'infections à *Chlamydia trachomatis* est influencée par l'utilisation des tests de détection (tableau 6).

Tableau 6 Tests de détection de *Chlamydia trachomatis* réalisés au Québec

Recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> (Ct)	2014-2015	2018-2019	2019-2020	2020-2021	% variation (2021-2020 vs. 2020-2019)
TAAN spécimen génital*	371 069	403 462	421 623	289 241	-31,4 %
TAAN spécimen urinaire*	220 160	317 250	324 660	298 132	-8,2 %
TAAN spécimen extragénital*	20 951	90 459	113 325	96 446	-14,9 %
Autres (culture, immunofluorescence)	907	554	364	5	-98,6 %
Total	613 087	811 725	859 972	683 824	-20,5 %

* Inclut recherche Ct et *Neisseria gonorrhoeae* ou recherche de Ct seul.

** La période couverte pour chacune des années réfère à l'année financière soit du 1^{er} avril au 31 mars.

Source : Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, Ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab extraites le 15 décembre 2021. Inclut uniquement les TAAN.

Années 2020-2021, Pandémie de COVID-19

La baisse du nombre de cas déclarés (diminution de 20 %) entre 2019 et 2020 peut être expliquée, en partie, par la diminution du nombre de tests de détection effectués. En effet, entre le 30 décembre 2018 et le 29 décembre 2019 un total de 853 534 tests de détection a été réalisé dans les laboratoires du Québec. Pour la même période, l'année suivante, 707 552 tests ont été effectués, ce qui représente une baisse de près de 20 % entre 2019 et 2020. Peu de différences ont été observées au niveau des prélèvements urinaires (-12 %) et aucune différence pour les prélèvements extragénitaux (-1 %). La baisse la plus importante a été observée au niveau des tests de détection sur spécimen génital (-26 %) ²⁷.

Le nombre mensuel de tests de détection par amplification des acides nucléiques (TAAN) effectués pour l'année 2018 et 2019 était stable à l'exception de baisses observées au cours des mois de juillet et décembre (figure 10). En 2020 et 2021, le nombre de tests de détection TAAN a diminué considérablement en avril 2020. Par la suite, on observe une augmentation graduelle jusqu'en octobre 2020 où le nombre de tests a rejoint le niveau des années précédentes. Finalement, pour toute l'année 2021, le nombre de tests mensuels était en deçà du nombre observé en 2019 avec des baisses marquées en avril et septembre.

Le nombre de cas déclaré mensuellement reflète le nombre de tests de détection effectués. Leur baisse en 2020 et 2021 s'est aussi observée dans le nombre de cas détectés tant chez les hommes que chez les femmes.

²⁷ Veuillez noter que les chiffres présentés ici diffèrent de ceux présentés dans le tableau 6. En effet, le nombre de tests effectués pour chaque année, présenté dans le tableau 6, réfère à l'année financière (du 1^{er} avril au 29 décembre) tandis qu'ici l'année est définie du 30 décembre au 29 décembre de l'année suivante.

Période 2015-2019

Parallèlement à une augmentation de 12 % des cas déclarés entre 2015 et 2019, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec^{28,29} a crû de 32 % entre l'année 2014-2015 et l'année 2018-2019. L'interprétation du parallèle entre la progression du nombre de tests de détection effectués et de la progression du nombre de cas déclarés doit tenir compte du fait qu'une même personne peut avoir plus d'un site prélevé pour un épisode d'infection déclaré. Ainsi, l'augmentation du nombre de tests effectués pourrait refléter non seulement que plus de personnes ont eu un test de détection, mais aussi que plus de tests (notamment aux sites extragénitaux) ont été effectués par personne.

En effet, des analyses par TAAN permettant de détecter les infections extragénitales (notamment les infections rectales) sont disponibles et de plus en plus utilisées, même si elles ne sont pas homologuées au Canada pour cet usage, car leur validité (sensibilité et spécificité) sur des spécimens extragénitaux a été démontrée³⁰. Le Guide québécois de dépistage des ITSS a introduit la recommandation d'utiliser les TAAN pour le dépistage d'infections extragénitales dans sa mise à jour de 2014 et les indications ont été élargies avec la mise à jour de 2019. Les recommandations actuelles se trouvent dans le tableau intitulé « Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique — Infections à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et lymphogranulomatose vénérienne — Intervention préventive relative aux ITSS ».

À titre indicatif, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par TAAN sur des prélèvements provenant de sites extragénitaux réalisés en 2018-2019³¹ correspond à 11 % de tous les tests de détection de cette infection pour cette période, alors que cette proportion était de 3 % en 2014-2015. Parallèlement, on retrouve une infection à au moins un site rectal ou pharyngé chez 11 % des cas déclarés en 2019 (21 % chez les hommes et 3,5 % chez les femmes).

- En 2019, 18 % des cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* déclarés chez des hommes sont des infections uniquement au rectum ou au pharynx (sans mention au fichier MADO d'un site d'infection génital). Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation des TAAN sur des prélèvements provenant de ces sites. Chez les hommes, le nombre d'infections uniquement au rectum ou au pharynx observé entre 2015 (1 103 cas) et 2019 (2 123 cas) représente une

²⁸ Programme de biologie médicale, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle d'Andréanne Savard, en date du 8 octobre 2020.

²⁹ La majorité (86 % en 2013-14, 95 % en 2017-18 et 97 % en 2018-19 %) des TAAN effectués pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* détectent aussi le *Neisseria gonorrhoeae*.

³⁰ Comité sur les analyses de laboratoire relatives aux ITSS, Avis sur le dépistage de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* à partir de sites extra génitaux, (Québec), Institut national de santé publique du Québec, 2 octobre 2013, 38 p.

³¹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle d'Andréanne Savard, en date du 8 octobre 2020.

différence de 1 020 cas; ce nombre représente 41 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2015 et 2019 (2 514).

- Dans la région de Montréal, la croissance du nombre d'infections uniquement au site rectal ou pharyngé (de 828 en 2015 à 1 428 en 2019, soit 600 de plus) représente 44 % de l'augmentation du nombre de cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés entre 2015 et 2019 (1 363).
- La possibilité de détecter plus facilement les infections rectales et pharyngées semble donc contribuer à une fraction significative de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes.
- Chez les femmes, le nombre de cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* exclusivement au site rectal ou pharyngé est trop faible pour avoir une influence notable sur le taux d'incidence des cas déclarés, du moins jusqu'à maintenant.
- La majorité des laboratoires ayant recours aux TAAN pour la détection des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* utilise des trousse détectant simultanément les deux infections. Cette pratique explique probablement la détection d'infections pharyngées à *Chlamydia trachomatis* puisqu'il n'est pas indiqué de dépister cette infection à ce site. Ces infections ont probablement été détectées lors de la recherche d'infections gonococciques au site pharyngé.

Il est donc raisonnable de croire qu'une part de l'augmentation des taux d'incidence de cas déclarés de *Chlamydia trachomatis* découle de l'augmentation du nombre de tests effectués, de l'introduction de modalités de dépistage plus accessibles, du recours à des tests plus performants ainsi que de la possibilité de détecter aisément les infections rectales et pharyngées.

Actions

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'infection bactérienne transmissible sexuellement (ITS) la plus fréquemment rapportée au Québec.

Le dépistage de *C. trachomatis* doit demeurer une priorité afin de reconnaître et traiter des complications pouvant évoluer à bas bruit.

5 INFECTION GONOCOCCIQUE

L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique augmente chaque année depuis vingt-cinq ans. La résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux divers antibiotiques continue de progresser.

5.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2020

- En 2020, 5 668 cas ont été déclarés (taux de 66 pour 100 000 personnes), dont 74 % concernent des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 2,9 pour 1. Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 20 % des cas masculins et 45 % des cas féminins; chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1,3 pour 1.
 - Parmi les cas masculins, les hommes de 25 à 29 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (323 pour 100 000) suivi par les hommes de 30 à 34 ans (276 pour 100 000) et de 20 à 24 ans (258 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 72 pour 100 000.
 - Parmi les cas féminins, les femmes âgées de 20 à 24 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (155 pour 100 000) suivi par les femmes de 15 à 19 ans (131 pour 100 000) et de 25 à 29 ans (105 pour 100 000).
- Les taux d'incidence des cas déclarés dans la région du Nunavik (2 549 pour 100 000) et dans la région de Montréal (150 pour 100 000) sont respectivement 39 fois et 2,3 fois plus élevés que celui de l'ensemble du Québec. Toutes les autres régions ont un taux inférieur à celui de la province. Les taux les plus faibles, moins de 20 pour 100 000, se trouvent dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Mauricie et Centre-du-Québec, de la Côte-Nord, du Nord du Québec, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches.
- Un peu plus de la moitié (55 %) des cas du Québec ont été enregistrés dans la région de Montréal. Dans cette région, le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes (259 pour 100 000 personnes) est 5,5 fois plus élevé que celui établi pour le Québec après exclusion de la région de Montréal (47 pour 100 000 personnes). Le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (41 pour 100 000 personnes) est 1,3 fois plus élevé que celui établi pour le Québec après exclusion de la région de Montréal (32 pour 100 000 personnes). Le rapport hommes/femmes y est de 6,3 pour 1 alors qu'il est de 1,5 pour 1 pour le Québec, excluant la région de Montréal. En 2019, une infection uniquement à des sites rectaux ou pharyngés a été rapportée dans 65 % (2 373/3 627) des cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes de Montréal par rapport à 46 % (923/1 989) des cas déclarés chez les hommes du Québec, excluant la région de Montréal (tableau 7).

5.2 Tendances des cinq dernières années (2016-2020 et 2015-2019)

Période 2016-2020

Entre 2016 et 2020, le taux des cas déclarés d'infection gonococcique a augmenté de 14 % (de 6,6 % chez les hommes et de 40 % chez les femmes). Cependant, il a connu une forte baisse de 25 % entre 2019 et 2020 (de 27 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes). Chez les hommes, une baisse de 4 % (de 11 % chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans) avait déjà été observée entre 2018 et 2019; il s'agissait alors de la première baisse chez les hommes depuis les huit dernières années.

Année 2020 et données préliminaires 2021

Entre 2020 et 2021, le taux a augmenté de 18 %, passant de 66,1 à 76,6 par 100 000. En fait, il est demeuré stable chez les femmes (34 vs 33 pour 100 000) alors qu'il a augmenté de 15 % chez les hommes (98 vs 113 pour 100 000). Chez les hommes, la croissance a affecté tous les groupes d'âge sauf les 15-24 ans.

Les figures 15 et 16 illustrent l'évolution mensuelle du nombre de cas déclarés durant la période de janvier 2018 à décembre 2019 en comparaison avec la période de janvier 2020 à septembre 2021. Chez les femmes comme chez les hommes, une baisse marquée du nombre de cas déclarés est survenue entre février et juin 2020, soit lors du premier confinement lié à la pandémie de COVID-19. Chez les hommes, la baisse s'est poursuivie durant toute la pandémie.

Période 2015-2019

Chez les hommes :

On observe une hausse du taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes de tous les groupes d'âge (15 ans et plus). La hausse a été de 56 % pour les hommes de 15 à 24 ans, de 92 % pour ceux de 25 à 29 ans et les taux d'incidence ont doublé chez les hommes de 30 ans et plus.

Le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 851 en 2015 à 1 883 en 2019, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 947 à 2 626 au cours de la même période. Entre 2015 et 2019, le nombre de déclarations de cas d'infections gonococciques uniquement aux sites rectaux ou pharyngés (épisode pour lequel un résultat de test positif n'était rapporté à aucun autre site de prélèvement) chez les hommes est passé de 1 428 à 3 296, soit une augmentation de 130 %.

Chez les femmes :

On observe une hausse du taux d'incidence des cas déclarés dans tous les groupes d'âge. L'augmentation des taux d'incidence a été de 36 % chez celles âgées de 15 à 24 ans. La hausse a été de 82 % chez les femmes âgées entre 25 et 29 ans, de 132 % chez les femmes âgées de 30 à 39 ans et de 225 % chez celles de 40 ans et plus (de 75 cas à 255 cas).

Le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 25 en 2015 à 111 en 2019, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 90 à 461 au cours de la même période. Entre 2015 et 2019, le nombre de déclarations de cas d'infections gonococciques uniquement aux sites rectaux ou pharyngés chez les femmes est passé de 67 à 311 soit une augmentation de 364 %.

Des hausses de cas ont été observées dans toutes les régions, sauf celles de la Côte-Nord (-79 %) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (-51 %).

5.3 Sites anatomiques

Les données relatives aux sites anatomiques d'un grand nombre d'épisodes d'infection gonococcique déclarés en 2020 n'avaient pas encore été exportées vers le nouveau système d'information des MADO au moment de la préparation de ce Portrait des ITSS année 2020. Le tableau suivant est extrait du Portrait des ITSS, année 2019. Les infections uniquement à un site extragénital (rectum ou pharynx) comptaient pour 59 % des infections gonococciques chez les hommes et 17 % chez les femmes.

Tableau 7 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2015 et 2019

Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Hommes*				
	2015 (N = 2 730)		2019 (N = 5 616)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	851	31 %	1 883	34 %	+3 %
Seulement rectum	576	21 %	1 040	19 %	-2 %
Seulement rectum et pharynx	159	6 %	528	9 %	+3 %
Pharynx**	947	35 %	2 626	47 %	+12 %
Seulement Pharynx	693	25 %	1 728	31 %	+6 %
Sites extragénitaux**	1 610	59 %	3 846	68 %	+9 %
Seulement rectum ou pharynx	1 428	52 %	3 296	59 %	+7 %
Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Femmes*				
	2015 (N = 926)		2019 (N = 1 812)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	25	3 %	111	6 %	+3 %
Seulement rectum	7	0,8 %	27	1,5 %	+0,7 %
Seulement rectum et pharynx	4	0,4 %	13	0,7 %	+0,3 %
Pharynx**	90	10 %	461	25 %	+15 %
Seulement Pharynx	56	6 %	271	15 %	+9 %
Sites rectum ou pharynx**	106	11 %	523	29 %	+18 %
Seulement rectum ou pharynx	67	7 %	311	17 %	+10 %

* Le N exclut les cas pour lesquels le site d'infection est manquant et les cas pour lesquels l'information est invalide (ex. : col ou vagin comme unique site d'infection parmi les cas masculins).

** Avec ou sans autres sites d'infection pour un même épisode.

5.4 Résistance aux antibiotiques

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

Les faits saillants du programme de surveillance pour l'année 2020³² sont les suivants :

- Parmi les 79 laboratoires participants (76 laboratoires du réseau public et 3 laboratoires privés), 43 ont rapporté au moins une souche de *N. gonorrhoeae*. Parmi les 1 168 souches retenues pour analyse (1 souche/personne/14 jours), 994 avaient été isolées chez des hommes et 174 chez des femmes. On estime que des souches ont été obtenues pour 24 % des cas masculins déclarés au fichier de déclaration des maladies à déclaration obligatoire (MADO) et pour 12 % des cas féminins. Des analyses de sensibilité aux antibiotiques ont été faites pour 1 167 souches (994 hommes et 173 femmes) ce qui représente une baisse comparativement aux quatre années précédentes (en moyenne 1 580 souches/année);
- Une résistance à au moins un antibiotique testé a été notée pour 82 % des 1 167 souches pour lesquelles l'antibiogramme a pu être réalisé;
- La proportion des souches sensibles à la ciprofloxacine se situe à 27 % (312/1 167). Une résistance à la ciprofloxacine a été retrouvée chez 69 % des souches isolées chez des femmes (120/173) et 74 % des souches isolées chez des hommes (732/994).
- La proportion des souches sensibles à l'azithromycine (≤ 1 mg/L) a diminué à un rythme inquiétant depuis 2013. Elle semble toutefois se stabiliser au cours des trois dernières années : entre 2008 et 2013, elle était à plus de 98 %; elle a baissé jusqu'à 69 % en 2017 et 72 % en 2018 et 2019 puis elle a augmenté à 76 % en 2020;
 - Des souches résistantes ont été retrouvées dans 14 des 18 régions du Québec;
 - Une résistance à l'azithromycine a été observée pour 45 % des souches isolées chez des femmes (78/173) et 20 % des souches isolées chez des hommes (199/994);
 - Parmi les souches résistantes à l'azithromycine, 64 % (178/277) étaient également résistantes à la ciprofloxacine.
- En 2017, une souche non sensible à la céfixime et non sensible à la ceftriaxone a été identifiée chez une femme de la région de Québec; son partenaire le plus récent avait eu des relations sexuelles en Asie. Une augmentation du nombre de souches non sensibles à la céfixime a été notée pour la première fois au Québec en 2019, 12 souches avaient alors été identifiées (0,7 %). En 2020, 7 souches ont été détectées (0,6 %). Ces 7 souches ont été isolées chez 4 femmes et 3 hommes en provenance de 5 régions (Montréal, Montérégie, Lanaudière, Laurentides et Estrie). Elles étaient résistantes à la ciprofloxacine, mais sensibles à l'azithromycine et à la ceftriaxone.

³² Lefebvre, B., Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Communication personnelle, novembre 2020.

- Des souches s'approchant du seuil de non-sensibilité aux C3G ou correspondant à une sensibilité réduite aux C3G selon les critères de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)³³ ont aussi été détectées :
 - Des concentrations minimales inhibitrices (CMI) s'approchant de la valeur seuil de non-sensibilité à la céfixime ont été observées pour 50 souches (4,3 %) : 0,12 mg/L (n = 22) – 0,25 mg/L (n = 28);
 - Ces 50 souches ont été isolées respectivement chez 28 hommes et 22 femmes;
 - Les 28 souches dont la CMI à la céfixime se situait à 0,25 mg/L correspondent à une sensibilité réduite;
 - Aucune souche possédant une sensibilité réduite à la ceftriaxone n'a été détectée.
 - En 2020, les taux de positivité par culture et par TAAN étaient respectivement de 4,4 % et 1,1 %. Le taux de positivité par culture est ainsi plus élevé qu'au cours des années antérieures, mais le taux de positivité par TAAN est comparable.

5.5 Échecs de traitement

Dans le contexte de la progression de la résistance de l'infection gonococcique aux antibiotiques, une **vigie des échecs de traitement** a été mise en place en novembre 2014. Dans le cadre de cette vigie, il est demandé aux Directions de santé publique de vérifier la possibilité d'un échec de traitement lorsque plus d'une déclaration d'infection gonococcique est reçue pour une même personne à l'intérieur d'un intervalle de 42 jours. Les observations suivantes sont extraites du « Rapport de la vigie des échecs de traitement de l'infection gonococcique, période de 20 novembre 2014 au 30 mai 2021³⁴ ». Durant cette période, un total de 54 cas d'échecs de traitement « retenus » (n = 37) ou « suspectés » (n = 17) ont été rapportés. À noter que la région de Montréal a cessé de participer à la vigie des échecs de traitement en octobre 2018.

Parmi ces cas rapportés d'échecs de traitement « retenus » ou « suspectés » :

- Tous les groupes d'âge sont touchés. Les femmes sont plus jeunes que les hommes, ce qui est également la situation parmi les cas d'infection gonococcique déclarés au registre MADO;
- Les hommes comptent pour 70 % des cas d'échecs alors qu'ils représentent 77 % des cas déclarés au registre MADO durant la même période;
- Le taux d'échecs varie considérablement selon les régions administratives (entre 0 et 6,5 cas d'échecs « retenus » ou « suspectés »/1 000 cas d'infections gonococciques déclarés au registre MADO);

³³ Les souches dites de sensibilité réduite aux C3G (céfixime 0,25 mg/L et ceftriaxone 0,12 ou 0,25 mg/L) sont sensibles obligatoire à ces antibiotiques, mais leurs concentrations minimales inhibitrices (CMI) s'approchent du seuil de non-sensibilité.

³⁴ MSSS, mai 2021, Direction de la prévention des ITSS, Rapport de la vigie des échecs de traitement de l'infection gonococcique, Sylvie Venne (document interne).

- Dans la plupart des cas d'échecs, l'infection semble avoir été acquise au Québec. Trois cas d'exposition hors Québec (7 %) ont été rapportés;
- Les deux tiers (67 %) des cas masculins d'échecs sont chez des HARSAH. Puisque la proportion d'HARSAH parmi l'ensemble des cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes n'est pas connue, il est impossible de savoir si ceux-ci sont surreprésentés parmi les cas d'échecs de traitement.
- Dans le tiers (33 %) des cas d'échec, les patients rapportent avoir eu au moins 3 partenaires sexuels ou plus au cours des deux mois précédant leur prélèvement. Cette proportion n'est pas connue parmi l'ensemble des cas déclarés d'infection gonococcique.
- Le site présumé d'échec est le pharynx dans près de la moitié des cas (46 %; 25/54); cette proportion est de 33 % (5/15) chez les femmes et de 53 % (20/38) chez les hommes;
- Comme traitement initial, 12 patients ont reçu de l'azithromycine en monothérapie (10 d'entre eux avaient reçu 2 g) et 26 ont reçu une combinaison de céfixime 800 mg et d'azithromycine 1 g (sites autres que pharyngé) OU de ceftriaxone 250 mg IM et d'azithromycine 1 g (tous sites), ce qui correspond aux recommandations qui étaient en vigueur jusqu'en août 2020. Par ailleurs, 6 patients ont reçu un traitement initial de céfixime 800 mg et azithromycine 1 g alors que le site initial de l'infection était le pharynx;
- Parmi les 33 cas d'échec de traitement pour lesquels le profil de sensibilité est connu, une résistance à au moins un des antibiotiques couramment utilisés a été observée chez 17 cas (52 %) et une multirésistance (R Azi, R cipro et R tétra) l'a été chez 7 cas (21 %).

De plus, un **réseau sentinelle de surveillance** de l'infection gonococcique a été mis en place en 2015 afin notamment de compléter la vigie des échecs de traitement. Les observations suivantes sont extraites du rapport « Réseau sentinelle de surveillance de l'infection gonococcique, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement au Québec³⁵ »

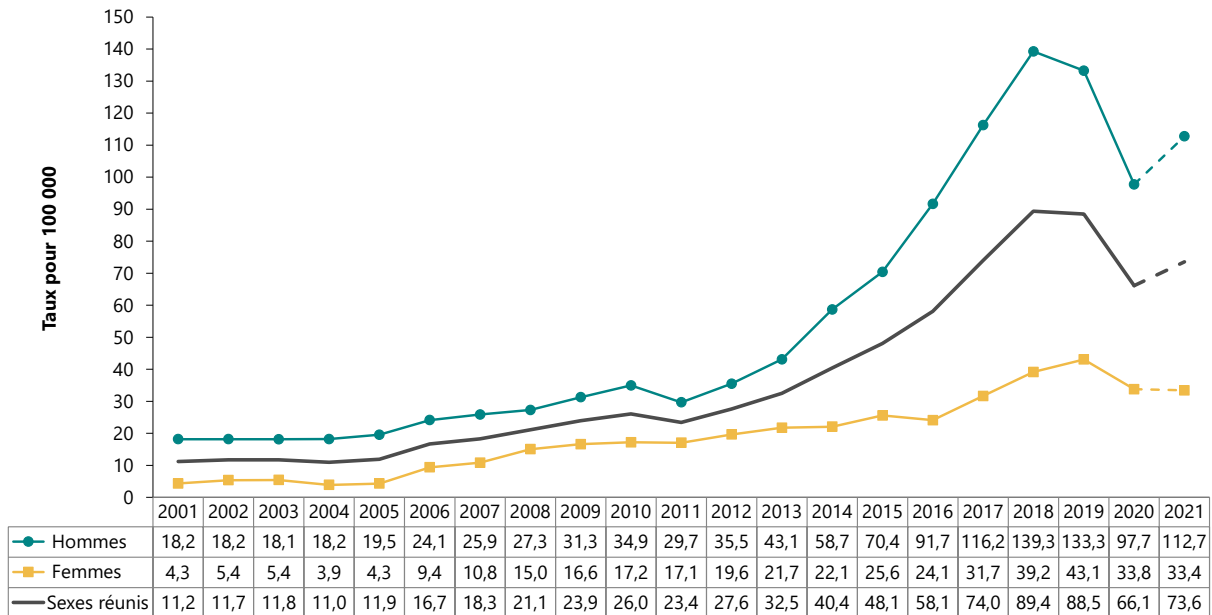
Un test de contrôle post traitement a pu être effectué pour près des deux tiers (62,7 %) des 1 596 épisodes d'infection gonococcique diagnostiqués entre le 1^{er} septembre 2015 et le 31 décembre 2019 au sein des cliniques participant au réseau sentinelle. Le test de contrôle s'est avéré positif pour 83 de ceux-ci (5,2 %), et pour 57/83 (69 %) de ces épisodes, le questionnaire complémentaire d'évaluation d'un échec possible était disponible.

- En appliquant les définitions préétablies, 18 épisodes d'échecs de traitement ont été enregistrés, soit 11 cas « retenus » et 7 cas « suspects »;
- La plupart (15/18) de ces échecs concernaient des HARSAH;
- Le site présumé de l'échec était le pharynx dans la moitié des cas (9/18);

³⁵ Fannie Defay, Karine Blouin, Annick Trudelle, Gentiane Perrault Sullivan, Sylvie Venne, Annie-Claude Labbé, Brigitte Lefebvre. Réseau sentinelle de surveillance de l'infection gonococcique, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement au Québec. Résultats du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2017. Direction des risques biologiques, INSPQ. Octobre 2020, non publié; et « Résultats du 1^{er} septembre 2015 au 31 décembre 2019 », Communication personnelle auprès de Karine Blouin, mars 2022.

- Une résistance à l'un des antibiotiques utilisés pour le traitement d'une infection gonococcique a été documentée dans un seul de ces échecs. Un traitement non optimal d'une infection au site pharyngé (soit la combinaison de ceftriaxone 250 mg et d'azithromycine 1 g) s'est révélé fréquemment une cause possible de l'échec. Dans un cas, une sensibilité réduite à la ceftriaxone associée à une absorption moindre de l'azithromycine a pu contribuer à l'échec.

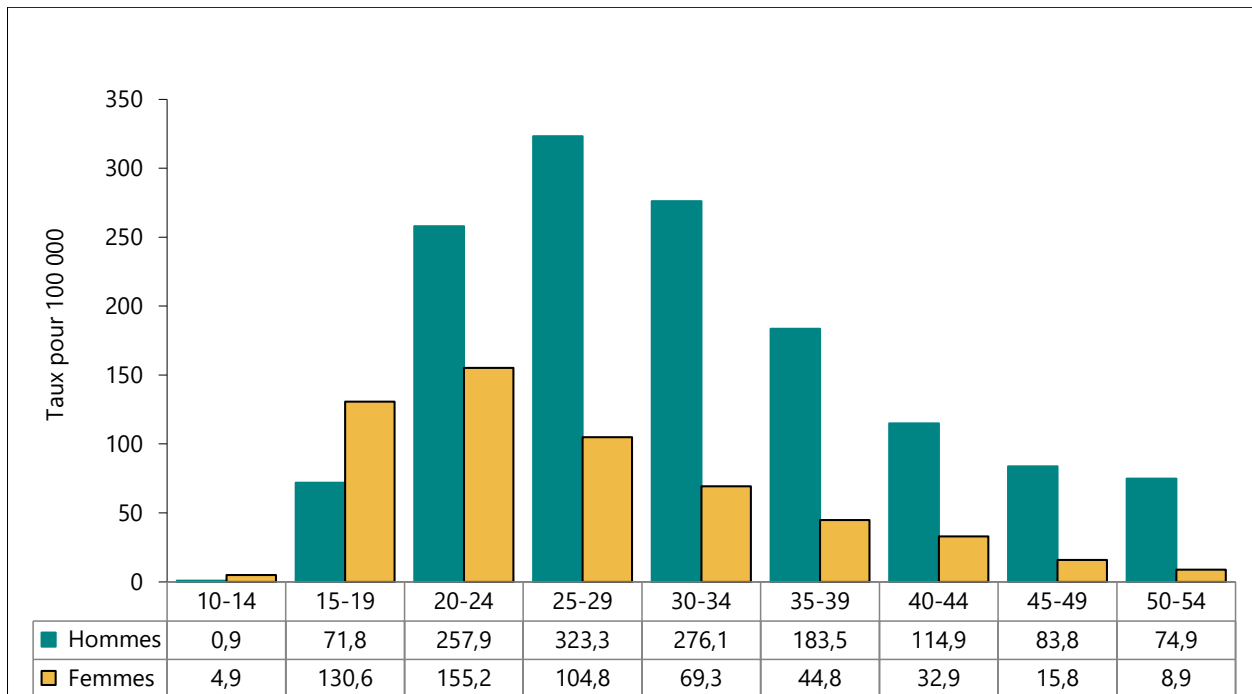
Figure 11 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'Infocentre.

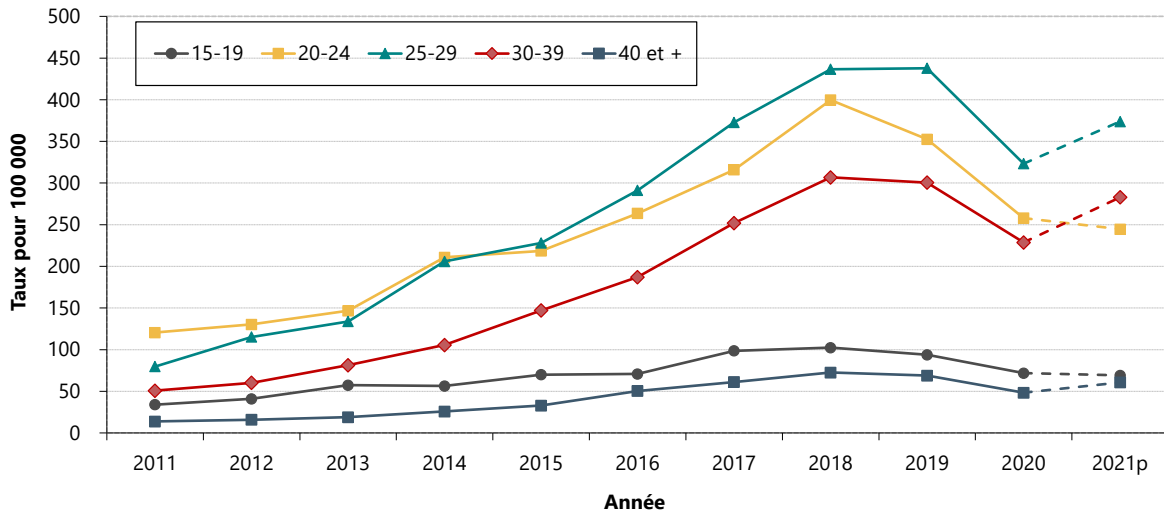
Figure 12 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2020



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'Infocentre.

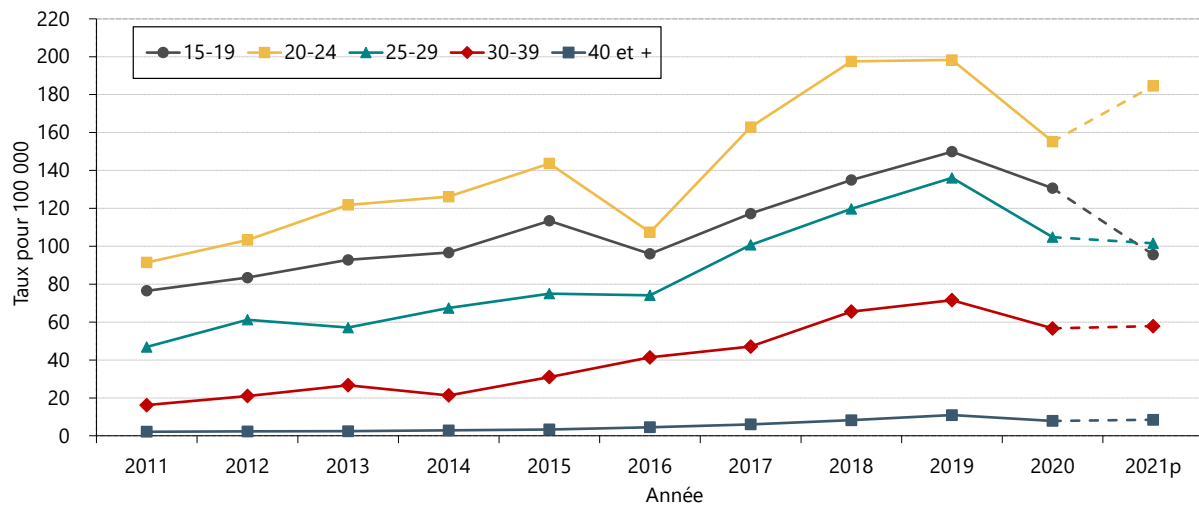
Figure 13 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2011 à 2021, (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 14 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

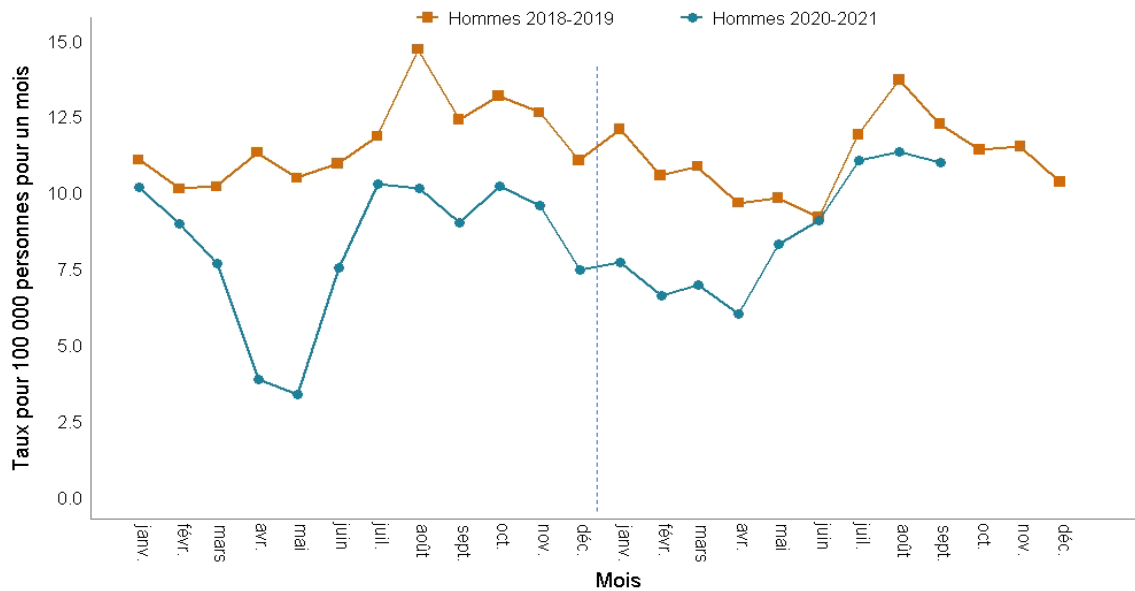
Tableau 8 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires)

Région	2016		2017		2018		2019		2020		Moyenne 2016-2020		2021p		Variation 2020-2016			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	19	9,6	17	8,6	25	12,7	29	14,7	15	7,6	21	10,6	18	9,1	-4	-21,1	-2,0	-21,1
Saguenay—Lac-Saint-Jean	25	9,0	37	13,3	42	15,1	38	13,7	37	13,1	36	12,9	22	7,9	12	46,0	4,1	45,0
Capitale-Nationale	267	36,4	421	57,0	463	62,2	387	51,5	318	41,9	371	49,8	378	49,8	51	18,9	5,6	15,3
Mauricie et Centre-du-Québec	89	17,4	133	25,9	156	30,2	168	32,3	104	19,8	130	25,1	147	27,9	15	16,9	2,3	13,5
Estrie	116	24,4	139	29,0	154	31,8	217	44,3	136	27,2	152	31,4	164	32,7	20	16,8	2,8	11,5
Montréal	2 724	139,0	3 559	179,2	4 290	211,5	4 251	205,9	3 105	150,0	3 586	177,4	3 650	178,6	381	14,0	10,9	7,9
Outaouais	120	31,1	238	61,3	259	66,0	271	68,3	176	43,7	213	54,1	170	42,0	56	46,3	12,6	40,4
Abitibi-Témiscamingue	16	10,9	42	28,5	58	39,3	44	29,8	30	20,3	38	25,7	13	8,8	14	87,5	9,4	86,7
Côte-Nord	7	7,6	4	4,4	11	12,1	2	2,2	3	3,3	5	5,9	1	1,1	-4	-57,1	-4,2	-56,1
Nord-du-Québec	8	57,4	4	28,9	3	21,7	5	36,6	1	7,4	4	30,5	1	7,5	-7	-87,5	-50,0	-87,1
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	4	4,4	10	11,0	6	6,6	6	6,6	7	7,7	7	7,3	3	3,3	3	75,0	3,3	75,1
Chaudière-Appalaches	71	16,8	80	18,9	76	17,8	50	11,7	69	15,9	69	16,2	84	19,3	-2	-2,8	-0,9	-5,2
Laval	202	47,5	206	47,9	261	60,0	310	70,5	223	50,3	240	55,3	221	49,6	21	10,1	2,8	5,9
Lanaudière	149	30,0	184	36,6	281	55,2	296	57,4	242	46,1	230	45,2	208	39,2	93	62,1	16,1	53,7
Laurentides	176	29,6	234	38,8	355	58,0	390	62,9	253	40,1	282	46,0	251	39,2	77	43,8	10,5	35,4
Montérégie	452	32,9	528	38,1	779	55,5	675	47,4	580	40,3	603	42,9	672	46,3	128	28,2	7,3	22,2
Nunavik	285	2 129,2	280	2 066,6	257	1 860,0	360	2 551,4	366	2 548,6	310	2 236,3	306	2 092,3	81	28,4	419,3	19,7
Terres-Cries-de-la-Baie-James	47	270,2	25	141,4	33	184,3	22	121,3	7	38,2	27	149,8	8	42,9	-40	-85,1	-232,1	-85,9
Région non précisée	0		0		0		0		0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	4 777	58,1	6 141	74,0	7 509	89,4	7 521	88,5	5 668	66,1	6 323	75,3	6 317	73,6	891	18,7	8,0	13,8

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

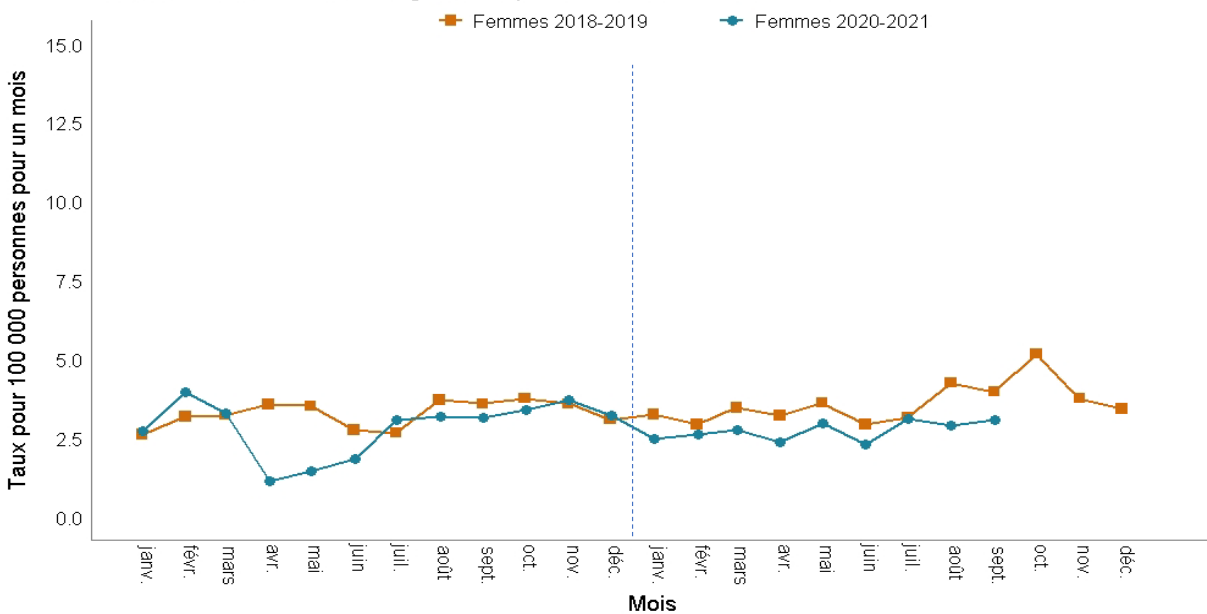
Figure 15 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

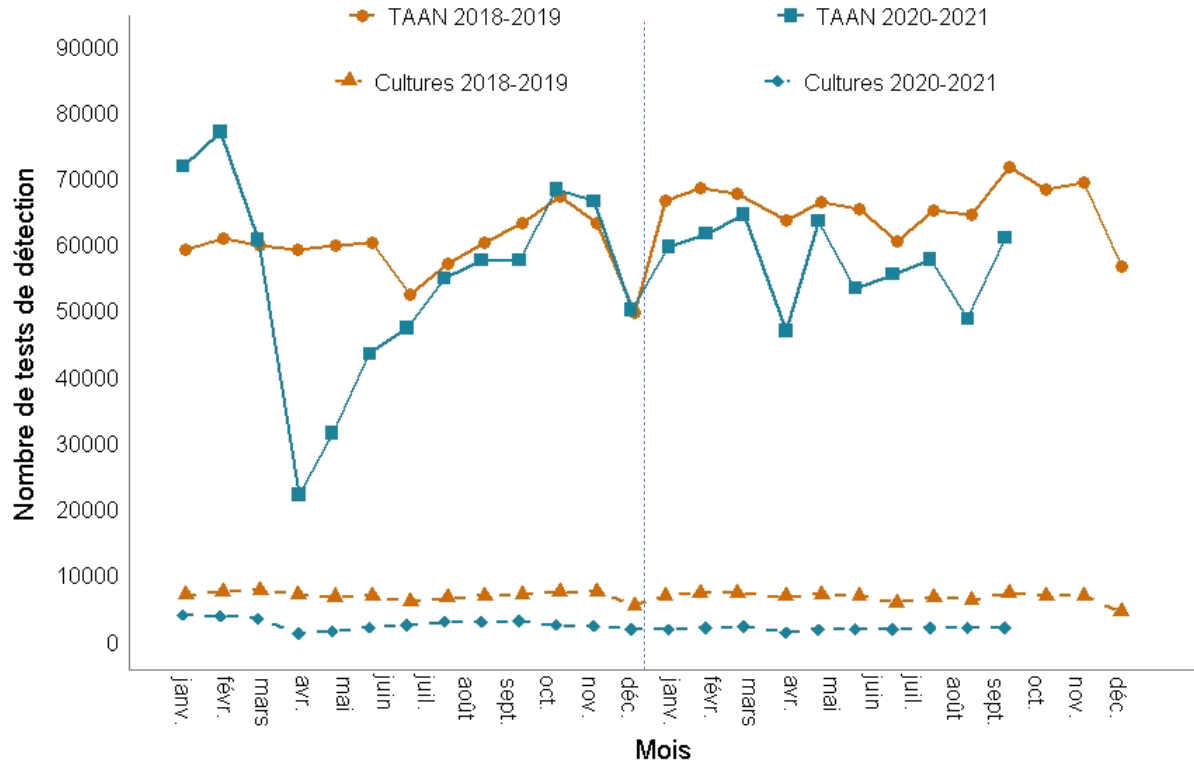
Figure 16 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 17 Infection gonococcique : Nombre de tests de détection effectués selon le mois, Québec, 2018 à 2021



Source : Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, Ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab extraites le 15 décembre 2021. Présenté selon la date de début de chaque période financière.

5.6 Commentaires

5.6.1 Éléments à prendre en compte dans l'interprétation de l'évolution de l'incidence de cas déclarés

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'évolution à la baisse ou à la hausse des taux d'incidence de cas déclarés d'infection gonococcique, notamment, des changements de pratique dans l'utilisation des tests de détection des cas.

Tableau 9 Tests de détection de *Neisseria gonorrhoeae* réalisés au Québec

Recherche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Ng)	2014-2015	2018-2019	2019-2020	2020-2021	% variation (2021-2020 vs. 2020-2019)
TAAN spécimen génital*	327 525	391 398	421 623	289 241	-31,4
TAAN spécimen urinaire*	206 425	312 284	324 660	298 132	-8,2
TAAN spécimen extragénital*	20 872	90 357	113 325	96 446	-14,9
Culture	77 701	87 416	74 533	27 314	-63,4
Total	632 523	881 445	934 141	711 133	-23,9

* Inclut la recherche de *Chlamydia trachomatis*.

Source : Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, Ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab extraites le 15 décembre 2021. Présenté selon la date de début de chaque période financière.

Année 2020-2021, Pandémie de COVID-19

Entre 2019 et 2020, le taux de cas déclarés d'infection gonococcique a connu une baisse de 25 % (de 27 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes). Parallèlement, le nombre total de tests effectués en 2020-2021 est 24 % inférieur à celui effectué en 2019-2020; cette baisse est plus marquée pour les analyses TAAN sur spécimens génitaux (31 %) que pour analyses TAAN sur spécimens extragénitaux (15 %) et que pour les analyses TAAN sur spécimens urinaires (8 %). Elle est de 63 % pour les cultures.

Période 2015-2019

Entre 2015 et 2019, le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a crû de 84 % (90 % chez les hommes et 69 % chez les femmes)

- **Nombre de tests de détection effectués.** Parallèlement à cette hausse, le nombre total d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* (cultures et TAAN) a augmenté de 39 % entre 2014-2015 et 2018-2019³⁶. Le grand nombre de recherches de *Neisseria*

³⁶ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle d'Andréanne Savard, DGSSMU, 8 octobre 2020. À noter qu'il s'agit ici du nombre de tests et non du nombre de personnes ayant subi un test. Plus d'un test (par exemple à plusieurs sites) peut avoir été effectué pour une personne pour un même épisode.

gonorrhoeae par TAAN s'explique en partie par le fait que la majorité des tests de détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* sont des TAAN détectant simultanément le *Neisseria gonorrhoeae*. Pendant cette période, la progression du nombre de tests effectués est nettement moindre que la progression du nombre de cas déclarés et ne pourrait expliquer qu'une partie de la hausse, d'autant plus que l'augmentation du nombre de tests est aussi en lien avec le nombre de spécimens prélevés par personne.

- **Infections détectées à des sites extragénitaux.** En 2019, 3 296 cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes étaient des infections uniquement extragénitales (sans mention d'un autre site d'infection) alors que 1 428 l'étaient en 2015. Le nombre de cas d'infections uniquement extragénitales qui se sont ajoutés entre 2015 et 2019 (1 868 cas) représente 67 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2015 et 2019 (2 794). Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation élargie des TAAN à partir de ces sites : on comptait 20 872 recherches de *Neisseria gonorrhoeae* à partir de spécimens extragénitaux en 2014-2015 et on en compte 90 357 en 2018-2019. La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales pourrait donc expliquer une bonne partie de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes. Chez les femmes, l'augmentation du nombre de cas d'infection gonococcique exclusivement extragénitales (67 en 2015 et 311 en 2019) représente 31 % de l'augmentation du nombre de cas entre 2015 et 2019 (244/783). Des infections non détectées auparavant peuvent maintenant l'être, ce qui permet d'avoir un portrait plus juste de la fréquence de l'infection.

5.6.2 La résistance aux antibiotiques et les échecs de traitement

La hausse des taux d'incidence d'infection gonococcique est d'autant plus préoccupante qu'elle se produit dans un contexte de progression de la résistance aux antibiotiques, notamment la résistance à l'azithromycine et l'émergence de la résistance aux céphalosporines. La résistance à l'azithromycine semble bien installée au Québec. Entre 2010 et 2018, six souches non sensibles à la céfixime avaient été rapportées alors qu'on en compte douze pour l'année 2019 (0,7 % des souches cultivées) et sept en 2020 (0,6 %). Le site présumé d'échec était le pharynx dans près de la moitié (46 %) des cas d'échecs rapportés entre novembre 2014 et mai 2021 dans le cadre de la vigie provinciale des échecs au traitement.

Actions

Tel que le recommande l'OMS, il est important de maintenir une capacité de surveiller la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement ainsi que les impacts de cette résistance telle que la survenue d'échecs thérapeutiques. La proportion des cas d'infection gonococcique diagnostiqués par culture a diminué progressivement jusqu'en 2013, oscillé entre 23 et 28 % durant les années 2014 à 2019 et a atteint un creux à 21 % en 2020.

Un appel à la vigilance au sujet de l'émergence de souches non sensibles à la céfixime a été émis par le MSSS en octobre 2020

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-avis-sp-gonorrhée.pdf>.

La progression de la résistance a amené une révision des recommandations de traitement de l'infection gonococcique avec une mise à jour du [Guide de traitement optimal de l'INESSS](#) en août 2020.

6 SYPHILIS INFECTIEUSE

Avec seulement trois cas déclarés au Québec en 1998, il était possible d'espérer que la syphilis infectieuse soit en voie d'élimination. Toutefois, cette infection a connu une résurgence au début des années 2000 et, depuis une dizaine d'années, le taux de cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec se maintient au-delà de celui observé en 1984. La grande majorité des cas touche des hommes, particulièrement des HARSAH. En 2020, le nombre de cas féminins a été environ 5 fois plus élevé que celui observé 10 ans auparavant. Ces femmes sont généralement en âge de procréer; un total de 10 cas de syphilis congénitale a été déclaré entre 2016 et 2020, auxquels s'ajoutent 6 cas en 2021.

6.1 Caractéristiques des cas de syphilis infectieuse déclarés en 2020

- Au total, 1 067 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2020 (taux de 12,4 pour 100 000 personnes); parmi ceux-ci, 26 % étaient des cas de syphilis primaire, 25 % des cas de syphilis secondaire et 49 % des cas de syphilis latente précoce.
- Les hommes (931) comptent pour 88 % des cas. Parmi les cas masculins, 9 % sont âgés de 15 à 24 ans, 48 % sont âgés de 25 à 39 ans et 42 % sont âgés de 40 ans ou plus. Les hommes âgés de 30 à 34 ans présentent le taux de syphilis infectieuse le plus élevé (63 pour 100 000). Les hommes âgés de 25 à 29 ans et de 35 à 39 ans présentent respectivement des taux de 47 et 46 cas pour 100 000. On compte 127 femmes, dont 94 % sont en âge de procréer (elles sont âgées de 15 à 49 ans).
- Avec 57 % des cas du Québec, la région de Montréal continue d'afficher en 2020 le plus haut taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse (29 pour 100 000), après la région du Nunavik³⁷ (255 pour 100 000). On retrouve au moins un cas de syphilis infectieuse dans toutes les régions du Québec, sauf dans les régions du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. En excluant la région de Montréal, le taux d'incidence de la syphilis infectieuse dans le reste du Québec est de 6,7 pour 100 000 pour l'année 2020. Les régions suivantes rapportent les plus hauts taux de syphilis en phase infectieuse chez les femmes : Nunavik (taux de 694 par 100 000, 49 cas), Lanaudière (3,4 par 100 000, 9 cas), Montréal (2,9 par 100 000, 31 cas), Outaouais (2,5 par 100 000, 5 cas) et Montérégie (2,2 par 100 000, 16 cas); ces 5 régions comptent 87 % des cas féminins québécois.

³⁷ Les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population, notamment ceux des régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, doivent être interprétés avec prudence.

6.2 Syphilis congénitale

Au Québec, six cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2021, trois en 2020, deux en 2019, un en 2018, un en 2017 et trois en 2016 pour un total de 16 cas en 6 ans. Parmi ces cas, 13 ont été déclarés dans 4 régions : Nunavik (5 cas), Montréal (4), Capitale-Nationale (2) et Laval (2). La survenue de six cas au cours de la seule année 2021 est exceptionnelle, un tel nombre annuel de cas n'avait jamais été déclaré au cours des 30 dernières années; il s'agit d'un taux de 0,5 cas par 100 000 femmes âgées de 15 à 39 ans et de 0,3 cas par 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Cas déclarés en 2021

- Nouveau-né sans manifestation clinique, biochimique ou radiologique, un dépistage sur sang veineux à la naissance s'est avéré positif. La mère, originaire d'un pays fortement endémique pour la syphilis, est arrivée au Québec peu avant son accouchement. Elle n'a pas eu de suivi prénatal. Elle n'avait pas d'antécédent de syphilis connu. Le cas a été retenu comme cas probable.
- Nouveau-né sans manifestation clinique, biochimique ou radiologique à la naissance, mais ayant rapidement développé une hépatosplénomégalie, une cytolyse hépatique et une bi cytopénie. Des examens radiologiques ont par la suite révélé une périostite des os longs des membres inférieurs ainsi que des anomalies métaphysaires. La mère avait eu un dépistage prénatal négatif en début de grossesse. Le dépistage n'a pas été répété en cours de grossesse malgré la documentation clinique d'ulcérations génitales chez le conjoint à la vingt-septième semaine de grossesse. La présence de lésions cutanées palmaires chez la mère à l'occasion d'une consultation médicale de suivi postnatal a mené au diagnostic chez la mère et l'enfant. Le cas a été retenu comme cas confirmé.
- Nouveau-né présentant un retard de croissance intra-utérin et une cholestase. La mère avait eu un diagnostic de gonorrhée au premier trimestre et son conjoint, un diagnostic clinique d'ulcération génitale à la 26^e semaine de grossesse. Malgré plusieurs suivis prénataux, un test de syphilis n'a pas pu être effectué avant la 32^e semaine de grossesse. Le traitement a été complété trois jours avant l'accouchement. Le cas a été retenu comme cas confirmé.
- Nouveau-né ayant présenté une hypoglycémie sévère à la naissance (sans autre manifestation clinique) et un test de syphilis positif sur sang veineux. Des examens audiologiques et ophtalmologiques se sont révélés normaux. La mère a eu un premier bilan prénatal à la 31^e semaine de grossesse ; un diagnostic de syphilis latente tardive a alors été posé et une première dose d'antibiotique administrée (la mère ne s'est pas présentée pour les deux autres doses). À l'accouchement, un autre test de syphilis a été fait et l'antibiothérapie reprise. Le cas a été retenu comme cas probable.
- Nouveau-né chez qui un diagnostic a été posé à 9 jours de vie lors d'une consultation à l'urgence pour fièvre et ictère ; plusieurs manifestations cliniques ont alors été observées, dont : dysmorphie crâniofaciale légère, hépatomégalie (cholestase sévère), splénomégalie et hypertension pulmonaire modérée. La mère avait eu un dépistage prénatal négatif au

premier trimestre de grossesse. Elle a reçu un diagnostic de syphilis en même temps que son bébé. Le cas a été retenu comme cas confirmé.

- Nouveau-né présentant à la naissance diverses manifestations cliniques compatibles avec un sevrage de consommation de drogues, ainsi qu'un test de syphilis positif sur sang veineux. Des examens radiologiques, dermatologiques et audiologiques se sont révélés normaux. La mère a des antécédents de syphilis. Elle n'aurait pas eu de test de dépistage prénatal. Un diagnostic de syphilis latente tardive a été posé à la suite d'un résultat de syphilis positif sur un prélèvement effectué au 3^e trimestre de grossesse ; le traitement amorcé n'a pu être complété. À l'accouchement, le titre du RPR n'avait pas diminué. Un diagnostic de neurosyphilis a été éventuellement posé. Le cas a été retenu comme cas probable.

Cas déclarés en 2020

- Mortinaissance chez un fœtus de 25 semaines. Une autopsie n'a pas été effectuée; l'infection a été mise en évidence sur des échantillons du placenta. La mère n'avait eu aucun suivi de grossesse. L'enquête a révélé les facteurs de risques suivants chez la mère : travail du sexe et usage de stimulant (cocaïne et amphétamine). Le cas a été retenu comme cas confirmé.
- Nouveau-né sans manifestation clinique, biochimique ou radiologique, mais chez qui un dépistage sur sang veineux à la naissance s'est avéré positif. La mère provient d'une région nordique hors Québec et a été évaluée au Québec en fin de grossesse. Elle a eu un dépistage positif lors de son suivi de grossesse au Québec; elle avait un antécédent de syphilis qui avait été traité, mais il n'a pas été possible de confirmer que le traitement avait été adéquat. Le cas a été retenu comme cas probable.
- Nouveau-né chez qui un dépistage à quatre semaines de vie s'est avéré positif avec élévation du titre du RPR lors de tests de suivis effectués à six et huit semaines de vie. L'investigation a mis en évidence des manifestations osseuses et une atteinte de l'audition. La mère a eu un dépistage négatif deux semaines avant l'accouchement, mais un dépistage positif en post-partum. Le cas a été retenu comme cas confirmé.

6.3 Tendances des cinq dernières années (2016-2020)

- Chez les hommes, la croissance du taux de déclaration de la syphilis en phase infectieuse a été explosive au cours des trente dernières années; ce taux est passé de 0,1 par 100 000 en 1998 à 22 par 100 000 en 2020. Cependant, le taux a baissé globalement de 4,9 % entre 2016 et 2020 (il a augmenté de 40 % chez les hommes âgés de 30-34 ans et diminué d'environ 30 % chez les 45-54 ans). L'évolution entre 2016 et 2020 prend en compte la baisse de 13 % du taux de cas masculins survenue entre 2019 et 2020. Il s'agissait de la première baisse du taux annuel de syphilis en phase infectieuse depuis l'année 1998.
- Chez les femmes, la croissance du taux de cas déclarés de syphilis en phase infectieuse s'est produite plus progressivement; elle a vraiment débuté en 2009, le taux, alors de 0,4 par 100 000, a atteint 3,0 par 100 000 en 2020. Au contraire de la situation masculine, le taux a fortement augmenté chez les femmes entre 2016 et 2020. Il a augmenté globalement de

198 % (spécifiquement de 242 % chez les femmes âgées de 15-49 ans, passant de 1,9 à 6,5 par 100 000 dans ce groupe). Le taux chez les femmes s'est maintenu entre 2019 (3,1 par 100 000) et 2020 (3,0 par 100 000). La proportion des femmes âgées de 15 à 49 ans était de 83 % en 2016 et de 94 % en 2020. Les femmes comptaient pour 4,1 % des cas en 2016 et pour 12 % en 2020.

- Entre 2015 et 2019, des hausses du taux de cas déclarés avaient été observées dans dix régions du Québec, notamment dans les régions de Montréal (+41 %), des Laurentides (+90 %), de la Montérégie (+98 %), de Laval (+118 %) et de l'Outaouais (+285 %). Cependant, dans ces régions, tout comme dans la plupart des régions du Québec, le taux a baissé légèrement entre 2019 et 2020. Au Nunavik, une éclosion est survenue à partir de la fin de l'année 2016. Après une accalmie suivant la mise en place de mesures de contrôle, l'éclosion a repris en 2019 (59 cas déclarés de syphilis infectieuse), s'est poursuivie en 2020 (69 cas) et s'accélère en 2021 selon les données préliminaires disponibles (81 cas, taux de 554 par 100 000).

Année 2020 et données préliminaires 2021

Entre 2020 et 2021, le taux est demeuré stable chez les femmes (passant de 3,0 à 3,3 pour 100 000). Chez les hommes, la baisse notée entre 2019 et 2020 s'est poursuivie; elle est de 29 % entre 2020 et 2021 (le taux passant de 22 à 16 pour 100 000) et affecte tous les groupes d'âge.

Les figures 23 et 24 illustrent l'évolution mensuelle du nombre de cas déclarés durant la période de janvier 2018 à décembre 2019 en comparaison avec la période de janvier 2020 à septembre 2021. Chez les femmes, les taux sont entrelacés étroitement durant toute la période. Chez les hommes, un écart à la baisse est observé en mars et avril 2020, lors du premier confinement imposé par la pandémie de COVID-19 et se creuse progressivement de décembre 2020 à septembre 2021.

6.4 Syphilis non infectieuse et sans précision

Entre 2016 et 2020, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse a augmenté de 9,1 % (passant de 978 à 1 067 cas) alors que parallèlement, le nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuse ou sans précisions a augmenté de 7,3 % (passant de 805 à 864 cas).

- Le nombre de cas déclarés de syphilis latente tardive est passé de 206 cas en 2016 à 689 en 2019, soit une augmentation de 235 %, puis il a diminué à 468 en 2020. La proportion des jeunes de 15 à 24 ans parmi ces cas a fluctué entre 3 % et 6 % annuellement au cours des années 2016 à 2020.
- Le nombre de cas déclarés de neurosyphilis est passé de 35 cas en 2016 à 46 en 2019, soit une augmentation de 32 %, puis il a diminué à 17 en 2020.
- Le nombre de cas de syphilis sans précision est passé de 471 en 2016 à 240 en 2019, soit une baisse de 49 %, puis il a augmenté à 369 cas en 2020.

Certains cas ne répondant pas aux critères de la définition nosologique d'un cas de « syphilis en phase infectieuse » ou de « syphilis latente tardive » sont classifiés comme « syphilis sans précision »; pourtant, ils pourraient être en réalité des cas de « syphilis infectieuse », particulièrement lorsqu'il s'agit de jeunes de 15 à 24 ans, chez qui la probabilité que l'acquisition de l'infection soit récente est particulièrement élevée.

Les complications de la syphilis (syphilis tertiaire) surviennent généralement plusieurs années après l'infection initiale. Ainsi, étant donné que la résurgence de la syphilis infectieuse date de plus de quinze ans, il importe de surveiller la survenue de complications tardives de l'infection, lesquelles pourraient augmenter le fardeau de la maladie. Entre 2016 et 2020, 26 cas de syphilis tertiaire (excluant la neurosyphilis) ont été déclarés, dont les deux tiers chez des hommes (18/26) et 7 cas chez des personnes âgées entre 25 et 64 ans.

Tableau 10 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2016 à 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Hommes					
Syphilis latente tardive	206	254	419	457	299
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	<i>12 (6 %)</i>	<i>8 (3 %)</i>	<i>15 (4 %)</i>	<i>19 (4 %)</i>	<i>18 (6 %)</i>
Neurosyphilis	35	31	39	40	16
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	3	4	4	2	5
Syphilis sans précisions	383	500	328	178	290
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	<i>22 (6 %)</i>	<i>31 (6 %)</i>	<i>17 (5 %)</i>	<i>17 (10 %)</i>	<i>19 (7 %)</i>
Femmes					
Syphilis latente tardive	83	141	179	230	163
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	<i>5 (6 %)</i>	<i>8 (6 %)</i>	<i>4 (2 %)</i>	<i>14 (6 %)</i>	<i>15 (9 %)</i>
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-49 ans</i>	<i>50 (60 %)</i>	<i>92 (65 %)</i>	<i>86 (48 %)</i>	<i>111 (48 %)</i>	<i>80 (55 %)</i>
Neurosyphilis	0	4	5	6	1
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	3	1	2	1	1
Syphilis sans précisions	84	96	72	61	74
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	<i>1 (1 %)</i>	<i>2 (2 %)</i>	<i>3 (4 %)</i>	<i>6 (10 %)</i>	<i>4 (5 %)</i>
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-49 ans</i>	<i>25 (30 %)</i>	<i>32 (33 %)</i>	<i>20 (28 %)</i>	<i>24 (39 %)</i>	<i>33 (45 %)</i>
Sexes réunis					
Syphilis latente tardive	291	397	603	689	468
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	<i>17 (6 %)</i>	<i>17 (4 %)</i>	<i>20 (3 %)</i>	<i>33 (5 %)</i>	<i>33 (7 %)</i>
Neurosyphilis	35	35	44	46	17
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	6	5	6	3	6
Syphilis sans précisions	471	599	400	240	369
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	<i>23 (5 %)</i>	<i>33 (6 %)</i>	<i>20 (5 %)</i>	<i>24 (10 %)</i>	<i>23 (6 %)</i>
Total de syphilis non en phase infectieuse (et sans précision)	805	1 037	1 053	978	864

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

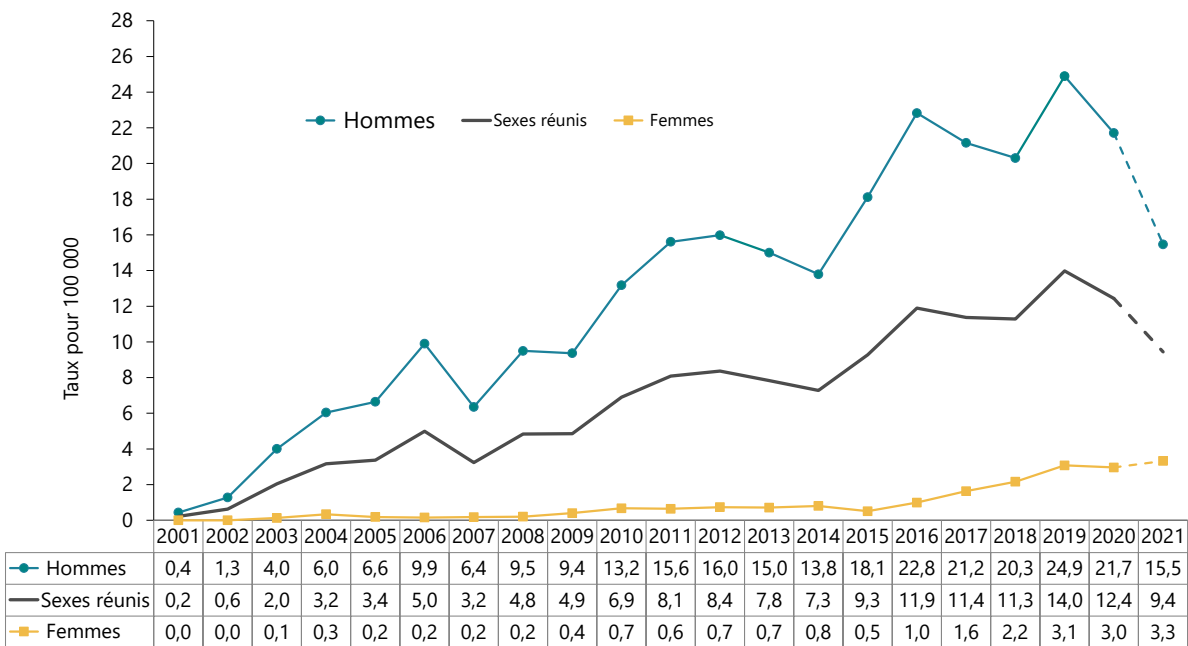
6.5 Syphilis infectieuse et congénitale au Canada

Au Canada, une diminution de 2 % des taux de syphilis infectieuse a été observée entre 2019 et 2020, laquelle pourrait s'expliquer par une diminution de la demande et de la capacité à fournir des services (y compris les tests) en raison de la pandémie de COVID-19. Dans les cinq dernières années, le taux de syphilis infectieuse a augmenté de 124 % (passant de 10,7 pour 100 000 en 2016 à 24 pour 100 000 en 2020); il a augmenté de 740 %, chez les femmes et de 70 % chez les

hommes. Les femmes représentaient 1 cas sur 3 (30 %) en 2020 (contre 8 % en 2016) et la proportion de cas chez des HARSAH était en diminution. Les 25 à 39 ans avaient les taux les plus élevés de syphilis infectieuse en 2020, mais l'augmentation de taux la plus importante dans les 5 dernières années a été observée chez les 15 à 24 ans. Les taux de syphilis infectieuse ont augmenté dans presque toutes les provinces et territoires (à l'exception du Nouveau-Brunswick et du Nunavut). Les augmentations les plus élevées de taux ont été observées en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et dans les Territoires du Nord-Ouest³⁸.

Le nombre de cas de syphilis congénitale a considérablement augmenté en parallèle de l'augmentation observée dans les taux de syphilis infectieuse chez les femmes âgées de 15 à 39 ans. Il y a eu 50 cas confirmés de syphilis congénitale en 2020 (soit un taux de 40 cas pour 100 000 femmes âgées de 15 à 39 ans) alors que 4 cas l'avaient été en 2016.

Figure 18 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)



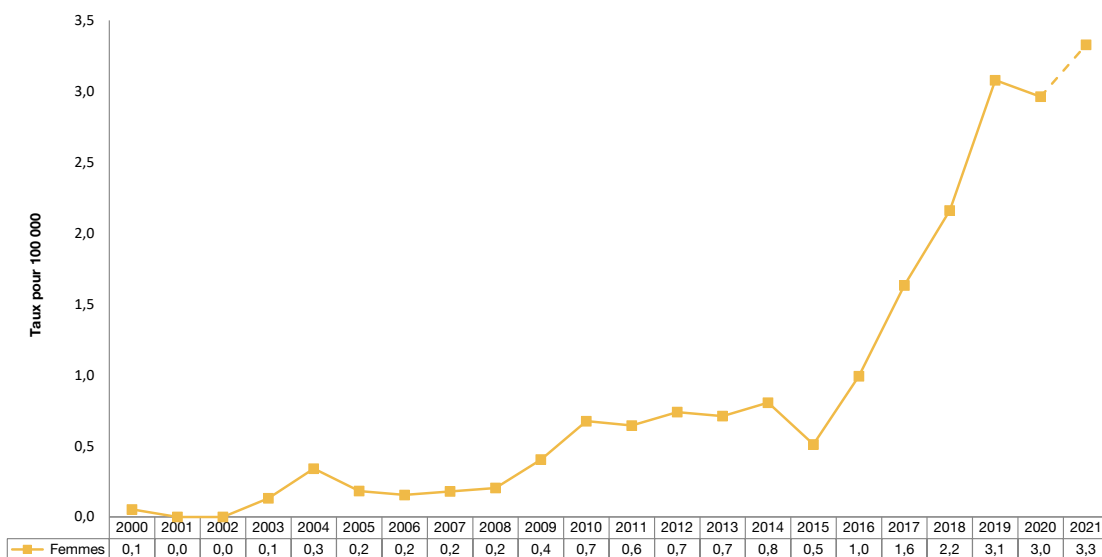
Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

³⁸ Syphilis infectieuse et syphilis congénitale au Canada, 2020 (infographie), Agence de la santé publique du Canada, 2021.11.10.

Figure 19 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)

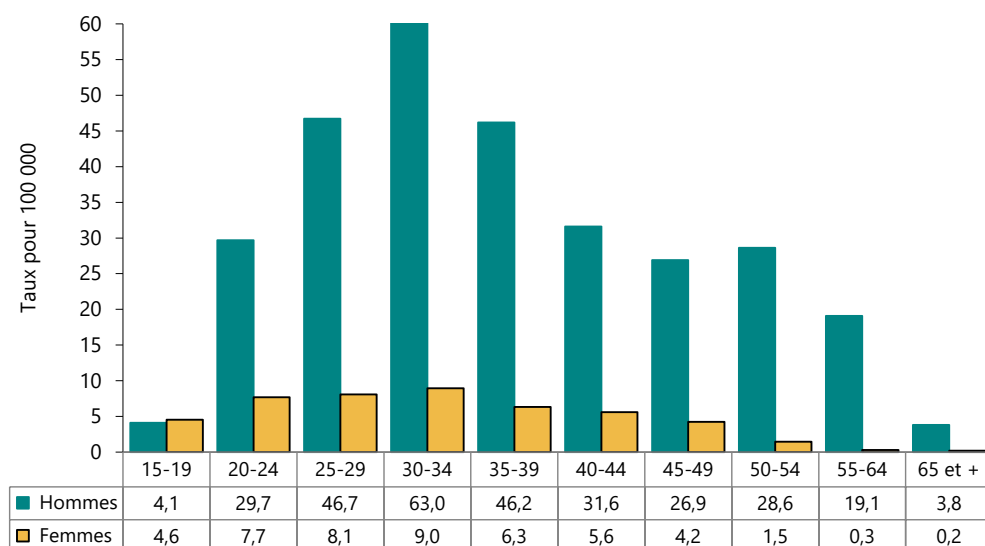


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 20 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2020

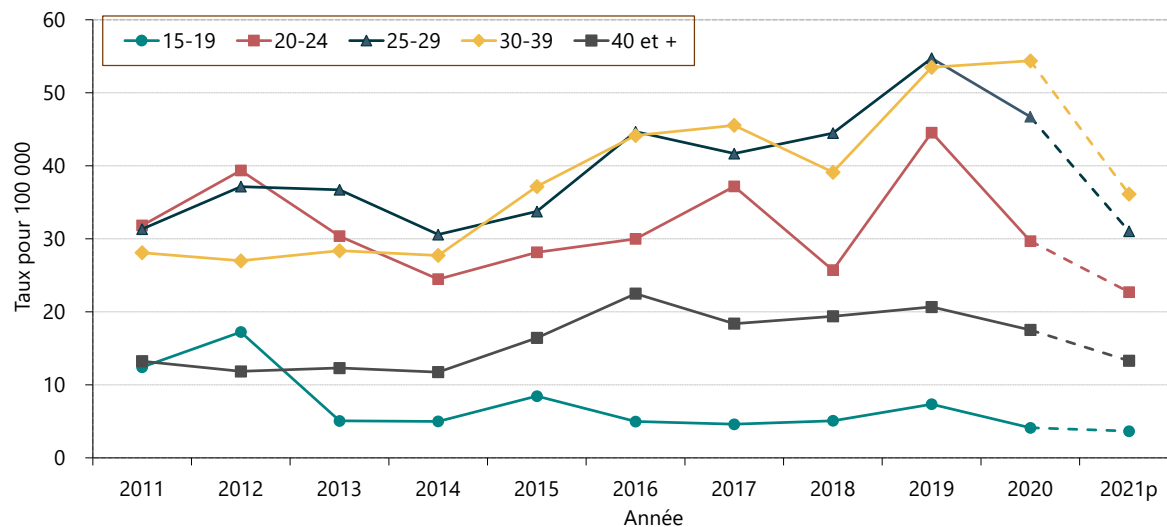


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 21 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires)

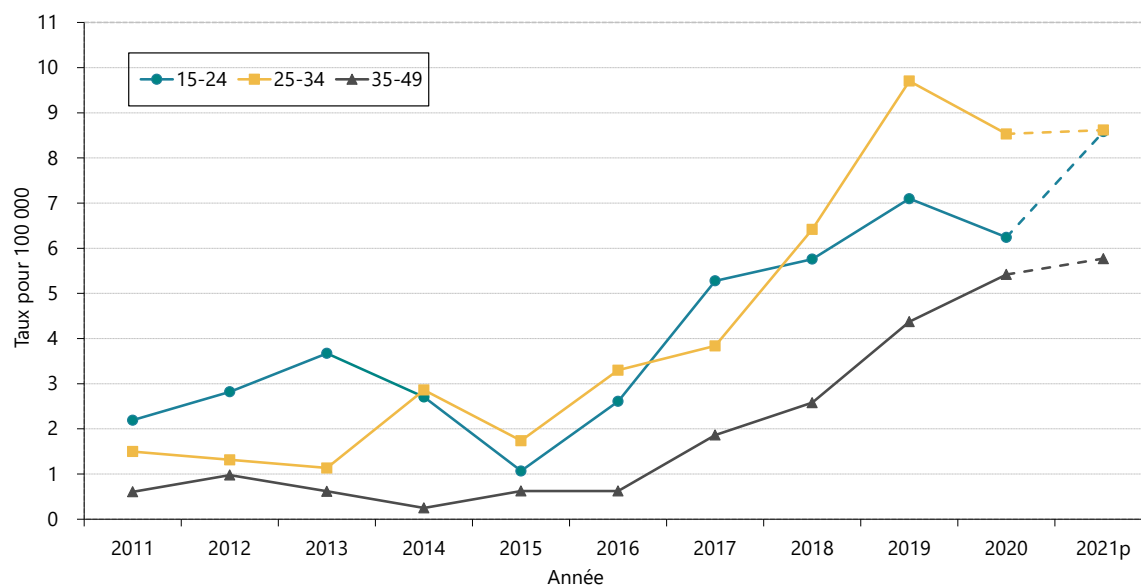


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 22 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

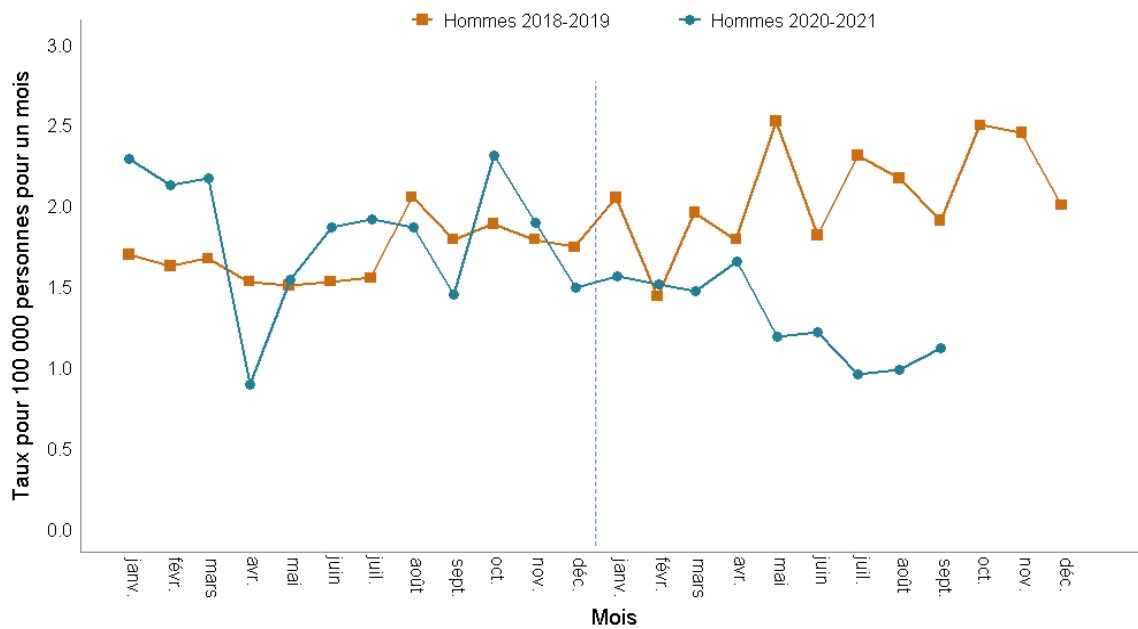
Tableau 11 Syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires)

Région	2016		2017		2018		2019		2020		Moyenne 2016-2020		2021p		Variation 2020-2016			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	2	1,0	5	2,5	9	4,6	1	0,5	4	1,9	2	1,0	-1	-50,0	-0,5	-50,0
Saguenay—Lac-Saint-Jean	26	9,4	18	6,5	6	2,2	6	2,2	10	3,6	13	4,8	10	3,6	-16	-61,5	-5,8	-61,8
Capitale-Nationale	50	6,8	69	9,3	55	7,4	60	8,0	44	5,8	56	7,5	25	3,3	-6	-12,0	-1,0	-14,7
Mauricie et Centre-du-Québec	25	4,9	32	6,2	15	2,9	18	3,5	16	3,0	21	4,1	13	2,5	-9	-36,0	-1,9	-37,9
Estrie	22	4,6	27	5,6	55	11,4	40	8,2	26	5,2	34	7,0	26	5,2	4	18,2	0,6	12,8
Montréal	610	31,1	508	25,6	503	24,8	667	32,3	651	31,4	588	29,1	403	19,7	41	6,6	0,3	0,9
Outaouais	37	9,6	36	9,3	63	16,1	44	11,1	30	7,5	42	10,7	35	8,6	-7	-18,9	-2,1	-22,2
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4	5	3,4	0	0,0	5	3,4	1	0,7	3	1,8	0	0,0	-1	-50,0	-0,7	-50,2
Côte-Nord	3	3,2	1	1,1	2	2,2	1	1,1	2	2,2	2	2,0	1	1,1	-1	-33,3	-1,0	-31,7
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,3	0	0,0	0	1,5	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	3	3,3	0	0,0	1	1,1	2	2,2	1	1,1	1	1,5	0	0,0	-2	-66,7	-2,2	-66,7
Chaudière-Appalaches	14	3,3	18	4,2	9	2,1	14	3,3	15	3,5	14	3,3	6	1,4	1	7,1	0,1	4,5
Laval	20	4,7	27	6,3	35	8,0	34	7,7	21	4,7	27	6,3	26	5,8	1	5,0	0,0	0,9
Lanaudière	28	5,6	30	6,0	23	4,5	33	6,4	26	5,0	28	5,5	39	7,4	-2	-7,1	-0,7	-11,9
Laurentides	32	5,4	29	4,8	39	6,4	52	8,4	31	4,9	37	6,0	40	6,3	-1	-3,1	-0,5	-8,7
Montérégie	103	7,5	110	7,9	120	8,5	143	10,0	124	8,6	120	8,5	100	6,9	21	19,9	1,1	14,3
Nunavik	1	7,5	32	236,2	16	115,8	59	418,1	69	477,0	35	255,0	81	553,8	68	6 750,0	469,5	6 284,5
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	1,1	4	21,4	0	ND	0,0	ND
Région non précisée	0		0		0		0		0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	978	11,9	944	11,4	948	11,3	1 188	14,0	1 067	12,4	1 025	12,2	811	9,4	89	9,0	0,5	4,6

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

ND : Non disponible; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement. Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

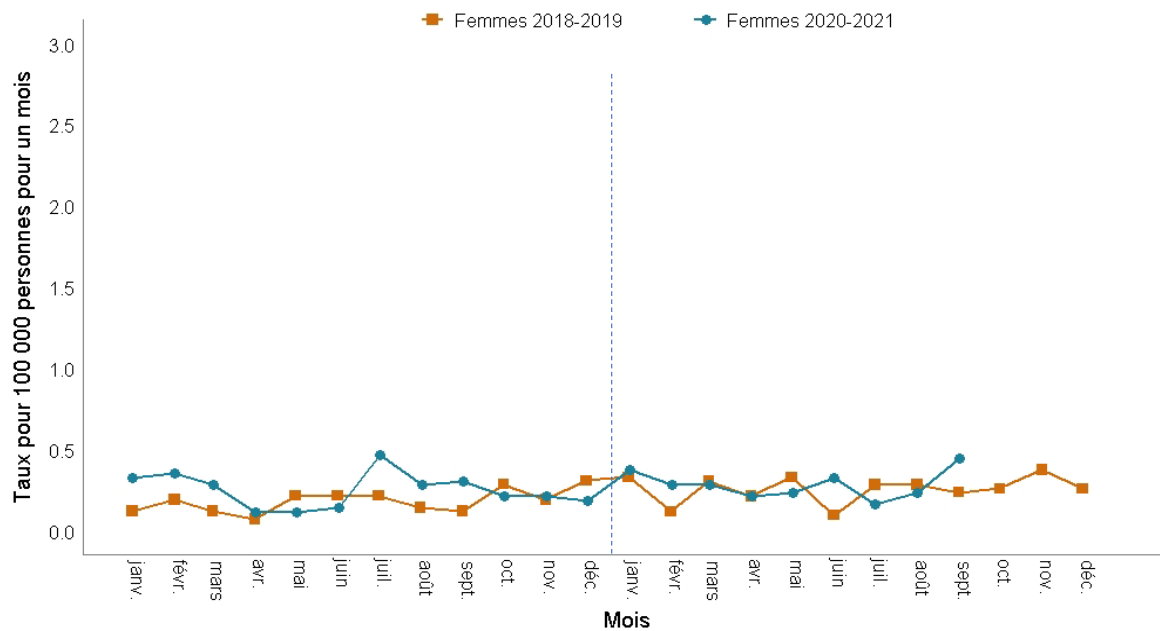
Figure 23 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 24 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

6.6 Commentaires

Au Québec, la syphilis infectieuse continue d'affecter principalement les hommes, lesquels représentent 87 % des cas déclarés en 2020 (selon les informations disponibles, la plupart de ces hommes sont des HARSAH). Toutefois, la hausse du nombre de cas déclarés de syphilis s'accélère chez les femmes. La grande majorité des cas (94 % en 2020) concerne des femmes en âge de procréer. L'éclosion qui se poursuit au Nunavik contribue à l'augmentation du nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés chez les femmes. Toutefois, même en excluant les cas féminins du Nunavik, le nombre de cas féminins a doublé entre 2016 (40 cas) et 2020 (78 cas).

De plus, le nombre de cas déclarés comme syphilis latente tardive ou sans précisions chez les femmes en âge de procréer a augmenté de 51 % entre 2016 et 2020 (passant de 75 à 113 cas). Ces cas ne répondaient pas aux critères de « syphilis infectieuses » établis à des fins de standardisation de la surveillance. Toutefois, il peut s'agir de femmes dont le stade réel d'infection est infectieux, mais pour lesquelles les informations disponibles ne permettaient pas de confirmer ce stade aux fins de surveillance.

Même si les femmes ne comptent toujours que pour une faible proportion des cas déclarés de syphilis, la situation est préoccupante considérant le risque de survenue de syphilis congénitale. Cette crainte se concrétise : 16 cas de syphilis congénitale ont été déclarés entre 2016 et 2021, dont 6 au cours de la seule année 2021, alors qu'un total de cinq cas l'avait été au cours des seize années précédentes (2000-2015).

La hausse de la syphilis justifie la poursuite d'interventions préventives intenses et soutenues non seulement auprès des femmes en âge de procréer et des jeunes, mais aussi auprès des hommes plus âgés, particulièrement les HARSAH.

L'accès au suivi prénatal, le dépistage prénatal systématique de la syphilis, la répétition du dépistage si des facteurs de risque sont présents au cours de la grossesse, le diagnostic en présence de manifestations cliniques compatibles avec la syphilis et le traitement précoce de l'infection chez la mère sont des actions nécessaires pour prévenir la syphilis congénitale.

Les femmes qui n'ont pas de facteur de risque évident et qui ne connaissent pas les facteurs de risque de leurs partenaires sexuels ne sont pas rejointes par le dépistage ciblé de la syphilis. Ainsi, la notification et l'intervention préventive auprès des femmes qui ont été exposées à un partenaire masculin atteint de syphilis constituent parfois la seule opportunité pour ces femmes de bénéficier d'un traitement épidémiologique et d'un dépistage.

La notification des partenaires HARSAH d'une exposition à une ITS comme la syphilis demeure une opportunité pour promouvoir le dépistage des ITSS, notamment celui de l'infection par le VIH.

7 LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) était très rare au Québec jusqu'à la survenue d'une éclosion en 2005 et 2006. Entre 2007 et 2012, une moyenne de neuf cas par année a été déclarée, témoignant probablement d'une transmission locale limitée. Par la suite, une résurgence à partir de l'été 2013 ainsi que deux pics de cas (en 2016 et en 2019) ont été observés. Après deux années de diminution du nombre de cas en 2017 et en 2018, la hausse constatée en 2019 (134 cas) a été frappante et s'est maintenue en 2020. Le nombre de cas déclarés au cours des dernières années suggère que la LGV est maintenant bien installée au Québec. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2020

- En 2020, on recense 128 cas masculins déclarés, ce qui correspond à un taux de 3,0 cas pour 100 000 hommes. Aucun cas de sexe féminin, inconnu ou concernant une personne ayant complété un traitement hormonal et une chirurgie de redéfinition de sexe n'a été rapporté.
- Le génotype L2b compte pour 100 % des cas pour lesquels l'information est connue (83 cas).
- La répartition selon le groupe d'âge est la suivante : 10 cas (2,1 %) ont entre 15 et 24 ans, 57 (44 %) entre 25 et 34 ans, 30 (23 %) entre 35 et 44 ans et finalement, 31 (24 %) ont 45 ans ou plus.
- Parmi les cas déclarés en 2020, 104/128 (81 %) ont été enregistrés dans la région de Montréal et les 24 autres l'ont été dans 7 autres régions, soit celles de la Montérégie (11 cas), de la Capitale-Nationale (3 cas), de Laval (3 cas), de l'Estrie (3 cas), des Laurentides (2 cas), de Lanaudière (1 cas) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (1 cas).

7.2 Tendances

- Après une période d'accalmie (de 2007 à 2012) au cours de laquelle le nombre de cas a fluctué entre 2 et 13 cas par année, une résurgence a été observée à partir du printemps 2013.
 - Le nombre de cas déclarés a augmenté de 43 en 2013 à 123 en 2016, puis a diminué à 89 cas en 2018 et est remonté à 134 cas en 2019, soit une hausse de 51 % comparativement à l'année précédente et le nombre annuel de cas déclarés le plus élevé depuis le début de l'épidémie au Québec.
- Le nombre de cas demeure élevé en 2020 (128 cas), mais diminue en 2021 (81 cas), selon les données préliminaires disponibles.
- Aucun cas féminin n'a été observé depuis 2012.
- Entre 2016 et 2020, des cas ont été déclarés chez une personne ayant complété un traitement hormonal et une chirurgie de redéfinition de sexe et deux personnes pour lesquelles le sexe n'est pas précisé.

- La moyenne d'âge est stable depuis 2005 et varie entre 37 et 41 ans; toutefois, en période de résurgence (2013-2019), la répartition est plus étalée que les périodes précédentes et le pic se trouve chez les hommes de 25 à 39 ans alors qu'il se trouvait chez les 40-49 ans avant 2013. Une hausse quasi constante est observée chez les 25-29 ans entre 2013 et 2020, soit de 1,5 à 7,8 pour 100 000 (+ 242 %). L'augmentation observée en 2019-2020 touche surtout les 30-39 ans et plus particulièrement les 30-34 ans.
- Entre 2019 et 2020, le taux provincial est demeuré relativement stable (1,6 et 1,5 pour 100 000) tout comme celui de la région de Montréal (5,3 et 5,0 pour 100 000) alors qu'il a légèrement augmenté en Montérégie (hausse de 0,4 à 0,8 pour 100 000). Les autres régions ayant déclaré des cas en 2020 sont les régions de la Capitale-Nationale (3 cas), de l'Estrie (3 cas), de Laval (3 cas), des Laurentides (2 cas), de Lanaudière (1 cas) et de la Mauricie et Centre-du-Québec (1 cas).

7.3 Vigie des cas 2013-2019

Depuis l'émergence de la LGV au Québec, il est demandé aux régions d'acheminer les questionnaires d'enquête épidémiologique à la Direction de la vigie sanitaire du MSSS dans le cadre d'une vigie sur la situation épidémiologique de cette infection à l'échelle provinciale. Une analyse détaillée a été effectuée pour les cas masculins déclarés entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2016, et diffusée en juin 2017³⁹.

Une mise à jour des résultats pour la période du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2019 a été publiée en janvier 2022⁴⁰.

Un nouveau questionnaire est en vigueur depuis janvier 2018. Les proportions présentées ont été établies à partir des cas masculins déclarés pour lesquels une information valide était disponible. Sur les 664 cas masculins déclarés⁴¹ entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2019, 589 questionnaires d'enquêtes ont été reçus (89 %).

- La presque totalité (99,7 %, 2005-2019) des cas masculins enquêtés pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.
- La proportion de cas asymptomatiques⁴² a diminué entre 2017 et 2019, passant de 36 % à 23 %.

³⁹ Fiset M, Venne S. Bureau de surveillance et de vigie. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1er janvier 2005 au 31 décembre 2016. Portrait épidémiologique. 2017.

https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/vigie_rehaussee_lgv_rapport_2005-2016_201711_1.pdf

⁴⁰ Blouin K, Diallo D, Dionne M, Labbé A-C, Lefebvre B, Veillette-Bourbeau L, Venne S. Enquête épidémiologique sur la situation de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec, données 2013-2019. Janvier 2022.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/2825>.

⁴¹ Selon l'année civile, ce qui explique certaines différences mineures.

⁴² Les cas asymptomatiques sont inclus dans la définition nosologique depuis septembre 2014; le génotypage systématique des infections rectales à *Chlamydia trachomatis* est effectué au LSPQ depuis juin 2016.

- Une diminution de la fréquence de cas détectés dans un contexte de dépistage est également observée, passant de 42 % en 2018 à 28 % en 2019.
 - En 2018 et 2019, 12 % des cas ont été détectés dans le contexte d’une intervention auprès du cas index et de ses partenaires (IPPAP), et 1,1 % dans le cadre d’une IPPAP pour une LGV spécifiquement.

Antécédents d’ITSS — Entre 86 % et 94 % des cas enquêtés de 2013 à 2019 rapportent des antécédents d’au moins une ITSS.

- La diminution de la proportion des cas concernant des personnes vivant avec le virus de l’immunodéficience humaine (PVVIH) amorcée en 2017 (55 % comparativement à 83 % pour la période 2013-2016) se poursuit en 2018 (54 %) et en 2019 (46 %)⁴³.
- La charge virale du VIH lors du dernier test (inscrite au questionnaire LGV depuis 2018) est rapportée « indétectable » par 88 % des PVVIH en 2018 et 94 % en 2019⁴⁴.

Réinfections — Entre 2013 et 2019, 664 épisodes ont été rapportés chez 604 personnes différentes. Au moins une réinfection potentielle a été observée chez 8,8 % des personnes (53 des 604 personnes).

- Comparativement aux cas de LGV avec épisode unique, les réinfections potentielles rapportent exclusivement des partenaires sexuels masculins et dans une plus grande proportion, des antécédents de VIH (73 % vs 47 %), la rencontre de partenaires sexuels en sauna (64 % vs 32 %) ainsi que la consommation de drogues (54 % vs 31 %).

Traitements — La proportion de cas ayant reçu le traitement recommandé était de 89 %, 95 % et 87 %, respectivement, en 2017, 2018 et 2019.

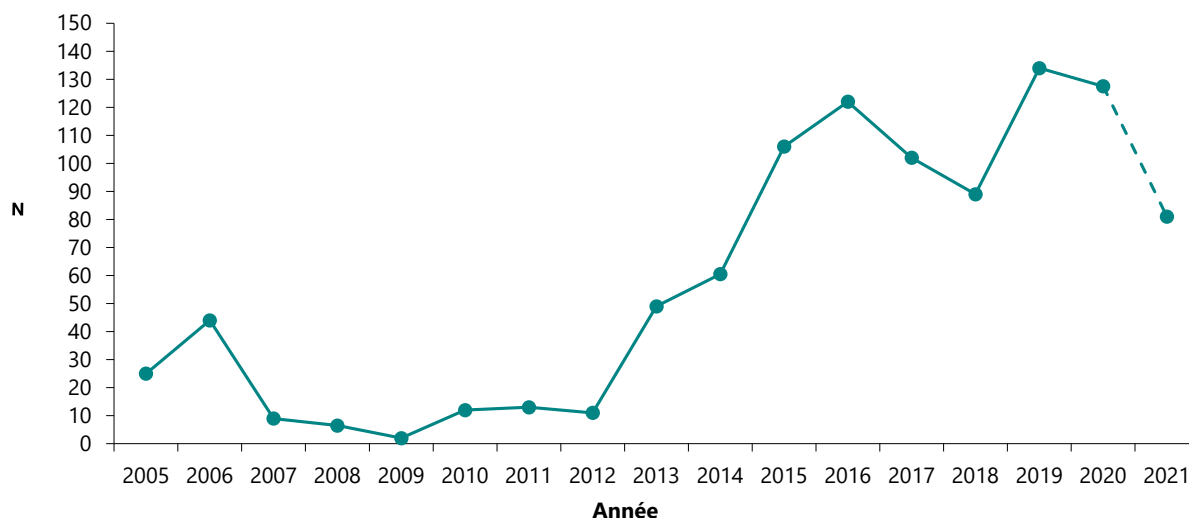
Des résultats détaillés, notamment des comparaisons entre PVVIH et non PVVIH, ainsi qu’entre les cas de Montréal et hors Montréal sont disponibles dans le rapport publié en janvier 2022⁴⁵.

⁴³ Au cours de la période d’analyse (2013-2019), le taux de réponse parmi les cas enquêtés pour les antécédents de VIH a varié entre un minimum de 71 % en 2017 et un maximum de 88 % en 2014. Elle est disponible pour 68 % des cas masculins déclarés en 2019.

⁴⁴ L’information est disponible pour 74 % des cas enquêtés rapportant des antécédents de VIH en 2018 et 85 % en 2019.

⁴⁵ Blouin K, Diallo D, Dionne M, Labbé A-C, Lefebvre B, Veillette-Bourbeau L, Venne S. Enquête épidémiologique sur la situation de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec, données 2013-2019. Janvier 2022. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2825>.

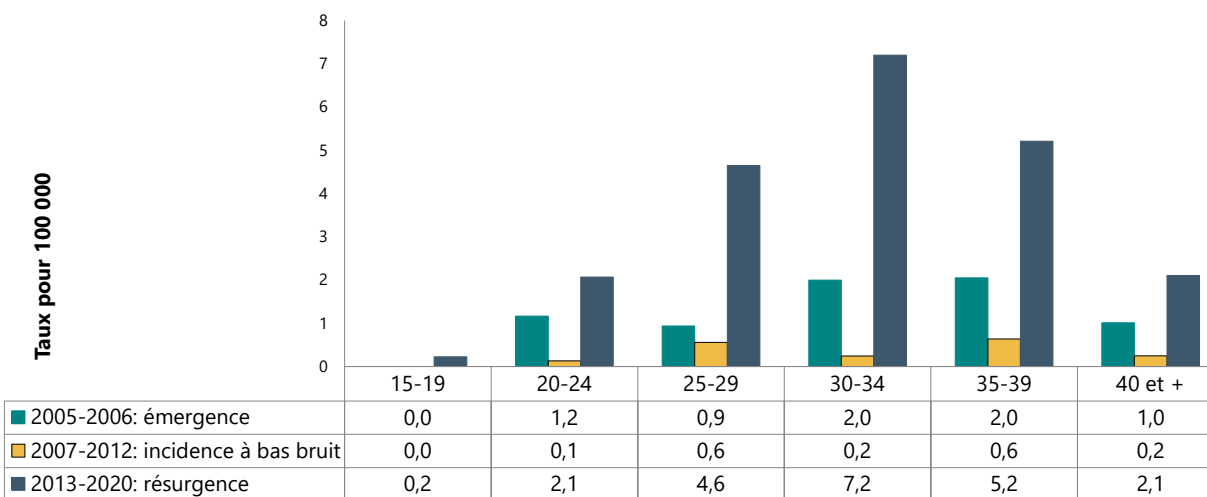
Figure 25 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 26 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2020 (n = 913)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Tableau 12 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires)

Région	2016		2017		2018		2019		2020		Moyenne 2016-2020		2021p		Variation 2020-2016			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,1	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Saguenay–Lac-Saint-Jean	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Capitale-Nationale	4	0,5	5	0,7	3	0,4	5	0,7	3	0,4	4	0,5	0	0,0	-1	-25,0	-0,1	-27,3
Mauricie et Centre-du-Québec	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,4	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0,0	-2,9
Estrie	3	0,6	3	0,6	1	0,2	1	0,2	3	0,6	2	0,5	3	0,6	0	0,0	0,0	-4,6
Montréal	88	4,5	83	4,2	74	3,6	109	5,3	104	5,0	92	4,5	66	3,2	16	17,6	0,5	11,3
Outaouais	1	0,3	1	0,3	1	0,3	2	0,5	0	0,0	1	0,3	3	0,7	-1	-100,0	-0,3	-100,0
Abitibi-Témiscamingue	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,1	0	0,0	-1	-100,0	-0,7	-100,0
Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Chaudière-Appalaches	2	0,5	1	0,2	1	0,2	3	0,7	0	0,0	1	0,3	1	0,2	-2	-100,0	-0,5	-100,0
Laval	4	0,9	0	0,0	3	0,7	2	0,5	3	0,7	2	0,6	1	0,2	-1	-25,0	-0,3	-27,9
Lanaudière	3	0,6	0	0,0	2	0,4	3	0,6	1	0,2	2	0,4	0	0,0	-2	-66,7	-0,4	-68,4
Laurentides	2	0,3	5	0,8	0	0,0	1	0,2	2	0,3	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0,0	-5,8
Montérégie	14	1,0	5	0,4	3	0,2	6	0,4	11	0,8	8	0,6	7	0,5	-3	-21,4	-0,3	-25,1
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Région non précisée	0		0		0	0,0	0		0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	123	1,5	103	1,2	89	1,1	134	1,6	128	1,5	115	1,4	81	0,9	5	3,7	0,0	-0,6

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

7.4 Commentaires

L'augmentation du nombre de cas de LGV depuis le printemps 2013 est préoccupante. La diminution du nombre de cas déclarés entre 2016 et 2018 pouvait laisser penser que le pic de l'écllosion avait été atteint. Toutefois, une hausse importante a été observée au cours de la période 2019-2020. Les données préliminaires disponibles pour l'année 2021 indiquent un retour à la situation de 2018.

Une diminution notable du nombre de cas déclarés de LGV est observée en 2021. Le taux de cas déclarés de syphilis infectieuse a également diminué chez les hommes⁴⁶ (-28 %, soit 499 cas du 1^{er} janvier au 30 septembre 2021, comparativement à 690 cas pour la même période en 2020 (tableau 3). Cette baisse est possiblement attribuable à une diminution récente des expositions sexuelles. Selon l'étude ENGAGE, portant sur la santé sexuelle des hommes montréalais ayant des relations sexuelles avec des hommes, la majorité des hommes participant ont rapporté moins (16 % des participants) ou beaucoup moins (46 % des participants) de partenaires sexuels de mars 2020 à la fin mai 2020 comparativement à la période précédant mars 2020⁴⁷. Ils ont rapporté également un moindre nombre de nouveaux partenaires sexuels et de partenaires occasionnels et anonymes.

- Une proportion élevée de cas est détectée dans un cadre de dépistage : ceci suggère que la recherche systématique de LGV pour les infections rectales à *C. trachomatis* contribue à capter une proportion importante des infections asymptomatiques qui pourraient être manquées, ce qui est d'autant plus vrai que la presque totalité des infections à LGV sont localisées au site rectal.
 - 0 recommandé par le Guide québécois de dépistage des ITSS, le dépistage régulier de l'infection rectale à *C. trachomatis* chez les HARSAH présentant des facteurs de risque de manière continue ou répétée, demeure une priorité pour le contrôle de l'épidémie.
- La proportion des cas chez des PVVIH a diminué depuis 2017; elle est nettement plus faible entre 2017 et 2019 qu'entre 2013 et 2016. La proportion élevée de cas enquêtés pour lesquels l'information au sujet des antécédents d'infection par le VIH est disponible (85 % en 2019⁴⁸) suggère que la diminution de cas de LGV avec antécédents d'infection par le VIH est valide. Celle-ci suggère que le réseau sexuel des personnes atteintes de LGV s'élargit pour toucher de plus en plus de personnes séronégatives au VIH. Cet élargissement du réseau sexuel pourrait contribuer à la transmission du VIH, surtout que le tableau clinique de la LGV comprend des ulcérations ou de l'inflammation des muqueuses rectales.

⁴⁶ Au Québec, la syphilis infectieuse continue d'affecter principalement les hommes, lesquels représentent 87 % des cas déclarés en 2020 (selon les informations disponibles, la plupart de ces hommes sont des HARSAH).

⁴⁷ G Lambert, communication personnelle concernant les résultats du module COVID-19 de l'étude Engage.

⁴⁸ Au cours de la période d'analyse (2013-2019), le taux de réponse parmi les cas enquêtés pour les antécédents de VIH a varié entre un minimum de 71 % en 2017 et un maximum de 88 % en 2014.

- La charge virale du VIH lors du dernier test (disponible au formulaire d'enquête depuis 2018) est rapportée indétectable chez 88 % des PVVIH en 2018 et 91 % en 2019. Ainsi, le risque de transmission du VIH ne serait pas un enjeu dans la majorité des cas de LGV.
- Tous les cas déclarés de LGV de statut VIH séronégatif présentaient des indications claires de prophylaxie antirétrovirale en pré-exposition (PPrE), c'est-à-dire qu'ils avaient une ITS bactérienne rectale et, pour la majorité des cas enquêtés, un nombre élevé de partenaires sexuels⁴⁹).

La proportion de cas recevant le traitement recommandé a diminué légèrement entre 2018 et 2019, ce qui souligne l'importance de maintenir des activités d'antibiogouvernance⁵⁰ régulières. Les connaissances scientifiques sur l'efficacité des traitements évoluent continuellement, tout comme les recommandations, ce qui constitue un défi important pour les milieux cliniques.

Les efforts accrus pour réduire la transmission du VIH (notamment le traitement précoce, le maintien aux soins des personnes vivant avec le VIH pour contrôler la charge virale ainsi que la prescription de PPrE pour prévenir le VIH) peuvent avoir contribué à une hausse des dépistages des ITSS et donc au nombre de cas déclarés de LGV au cours des dernières années. Inversement, il est possible que les habitudes de dépistage (Figure 10) et de suivis cliniques réguliers aient subi une diminution depuis le début de la pandémie de COVID-19 (par exemple, le maintien en soins pour les PVVIH et le suivi régulier des personnes sous PPrE)⁵¹.

L'épidémie de LGV demeure concentrée chez les HARSAH et elle touche maintenant autant les personnes qui ne rapportent pas d'antécédents de VIH que les PVVIH. L'enjeu de transmission du VIH est donc présent et sera contrôlé dans la mesure où les PVVIH seront sous traitement avec une charge virale supprimée et où les personnes sans antécédents de VIH utiliseront la prophylaxie préexposition.

⁴⁹ La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec. Janvier 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf>

⁵⁰ Série d'interventions coordonnées visant à mesurer et à améliorer l'utilisation appropriée des antibiotiques en favorisant la sélection du régime médicamenteux (antibiotique) optimal, incluant le dosage, la durée du traitement et la voie d'administration. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2321_plan_surveillance_resistance_antibiotiques.pdf

⁵¹ G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian, EEM Moodie et les membres de l'équipe de recherche Engage. Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, janvier 2019.

Actions

Le dépistage fréquent et le traitement précoce au sein de la population des HARSAH contribuent à contrôler la propagation de la LGV et des autres ITSS. Plusieurs actions ont été mises en place au Québec avec cet objectif, notamment :

- Une recherche systématique des géotypes LGV pour tous les cas de chlamydie rectale, en vigueur depuis le printemps 2016;
- La diminution des délais de résultats pour favoriser un traitement approprié précoce : le LSPQ est maintenant en mesure de réaliser la recherche de géotype LGV par un TAAN multiplexe (analyse auparavant réalisée au laboratoire national de microbiologie de Winnipeg);
- Des outils cliniques portant sur la détection et le traitement des personnes atteintes de LGV et sur la conduite auprès des partenaires de personnes atteintes de LGV.

L'accès au traitement pour les PVVIH et à la PPrE pour les personnes séronégatives à risque est une condition essentielle à la prévention de la transmission du VIH dans le contexte de l'épidémie de LGV.

8 HÉPATITE B

Les cas déclarés d'hépatite B comprennent les cas aigus et chroniques ainsi que les cas dont le stade n'a pu être précisé. Entre 1994 (année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire) et 2020, les taux annuels de cas déclarés d'hépatite B aiguë et d'hépatite B chronique ou de stade non précisé ont diminué respectivement de 99 % et de 61 %. Les données sur l'infection aiguë permettent d'apprécier grossièrement la situation actuelle de la transmission dans la communauté, tandis que les cas d'infection chronique illustrent le fardeau possible de la maladie.

8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2020

- Un total de 717 cas d'hépatite B de stade aigu, chronique ou non précisé a été déclaré en 2020, ce qui équivaut à un taux de 8,4 cas pour 100 000 personnes (9,5 pour 100 000 chez les hommes et 6,8 pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentent 57 % de l'ensemble des cas déclarés.
- En 2020, 5 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,1 pour 100 000), tous étaient des hommes. Deux cas étaient âgés entre 35 et 39 ans et un cas dans les trois catégories d'âge suivantes : 45-49 ans, 50-54 ans et 55-64 ans.
- De plus, 244 cas d'hépatite B chronique (taux de 2,8 pour 100 000) et 468 cas d'hépatite B de stade non précisé (taux de 5,5 pour 100 000) ont été déclarés en 2020, pour un total de 712 cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé (taux de 8,3 pour 100 000). Les cas d'hépatite B de stade non précisé représentent 65 % de l'ensemble des cas d'hépatite B déclarés.
 - Chez les hommes, les taux d'hépatite B chronique ou de stade non précisé les plus élevés sont observés parmi les personnes âgées de 35 à 44 ans (23 pour 100 000), de 45 à 49 ans (17 pour 100 000) et de 30 à 34 ans (16 pour 100 000).
 - Chez les femmes, les taux les plus élevés sont observés parmi les personnes âgées de 35 à 39 ans (21 pour 100 000), de 30 à 34 ans (20 pour 100 000) et de 40 à 44 ans (15 pour 100 000).
- Trois régions présentent un taux d'hépatite B aiguë, chronique ou de stade non précisé supérieur à celui de la province (8,4 cas pour 100 000) : la région de Montréal (18 cas pour 100 000) ainsi que les régions de l'Outaouais (15 cas pour 100 000) et de la Montérégie (9,6 cas pour 100 000). En ce qui a trait spécifiquement à l'hépatite B aiguë, deux régions ont déclaré deux cas (Montréal et Montérégie) alors qu'une région en a déclaré un (Laval).

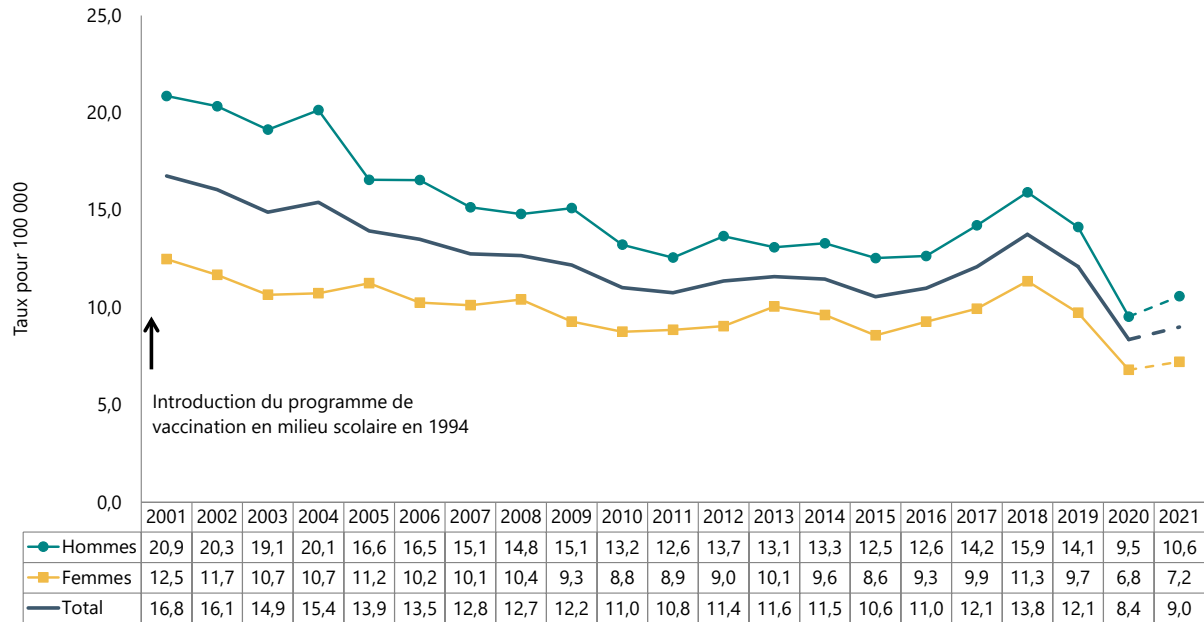
8.2 Tendances

- Le nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë a atteint un sommet de 457 en 1992. Il était de 12 en 2015 et en 2016 et de 11 en 2017. Il a grimpé à 20 en 2018 puis est redescendu à 11 en 2019 et à 5 en 2020.
- Entre 2016 et 2020, le taux de cas déclarés d'hépatite B chronique a diminué de 60 % (passant de 7,0 pour 100 000 à 2,8 pour 100 000). Une diminution plus forte du taux, de l'ordre de 75 % et plus, s'est produite dans les régions de l'Estrie et de la Capitale-Nationale.
- Le taux d'hépatite B de stade non précisé s'est accru de 43 % entre 2016 et 2020 (passant de 3,8 à 5,5 pour 100 000). Une diminution a été observée entre 2020 et 2019 (passant de 7,0 pour 100 000 en 2019 à 5,5 pour 100 000 en 2020). Cette diminution va à l'inverse de la croissance qui était observée depuis 2016 (passant de 3,8 cas pour 100 000 en 2016, à 5,2 pour 100 000 en 2017, à 6,7 pour 100 000 en 2018 puis à 7,0 pour 100 000 en 2019).

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

Aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré en 2020 chez des enfants de moins d'un an (le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré au fichier des MADO il y a plus de 10 ans, en 2009). Deux cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé ont été déclarés chez des enfants de moins d'un an en 2020. Entre 2009 et 2019, un total de quatre cas avait été rapporté dans ce groupe d'âge; il faut remonter en 2005 pour observer plus d'un cas annuellement rapporté chez les enfants de moins d'un an.

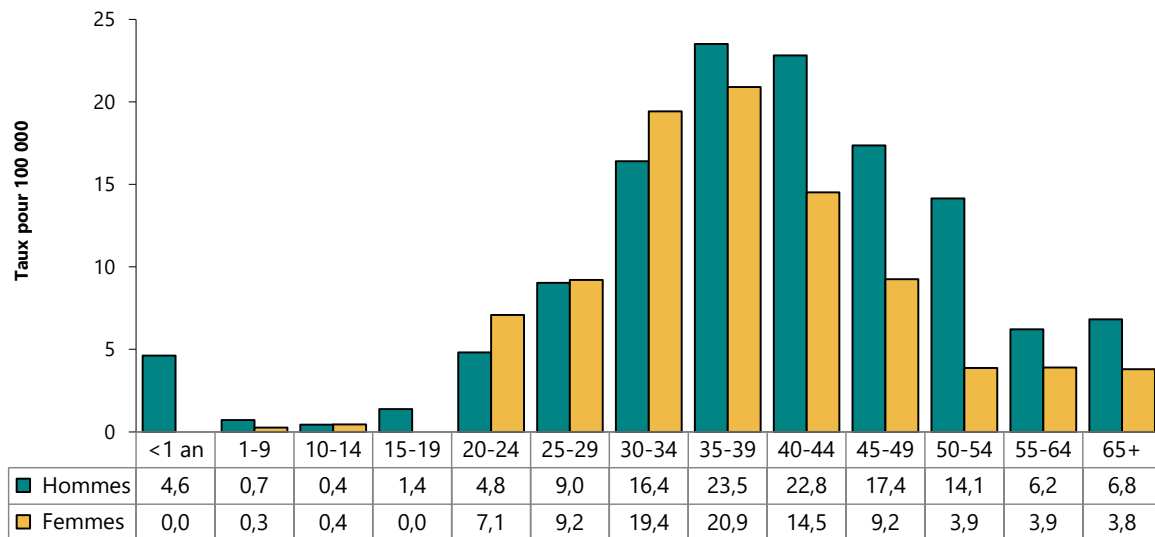
Figure 27 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

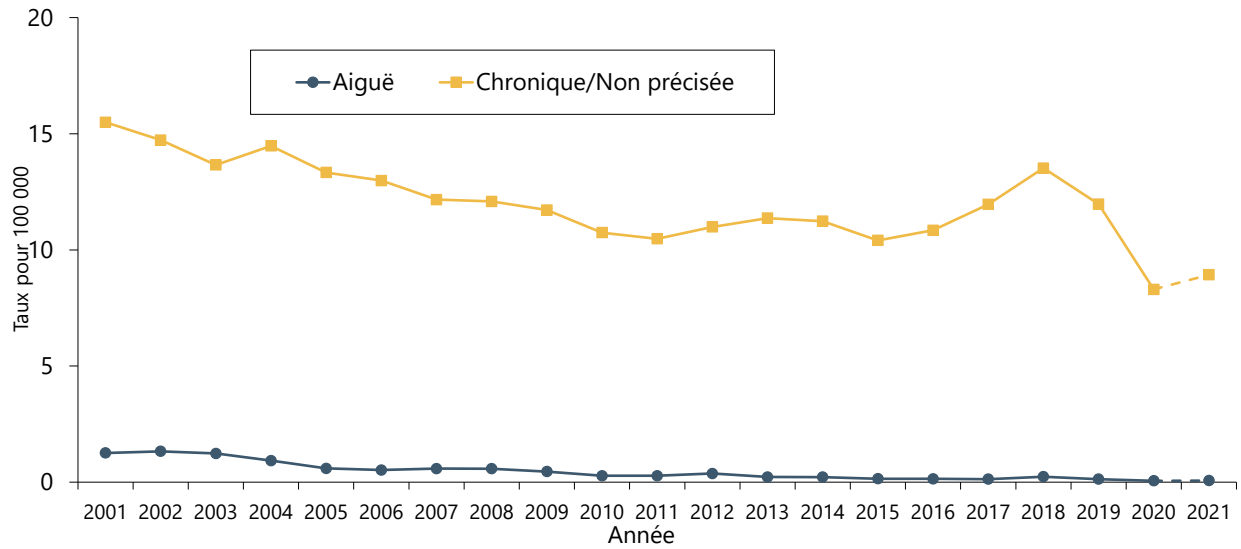
Figure 28 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2020



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 29 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Tableau 13 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires)

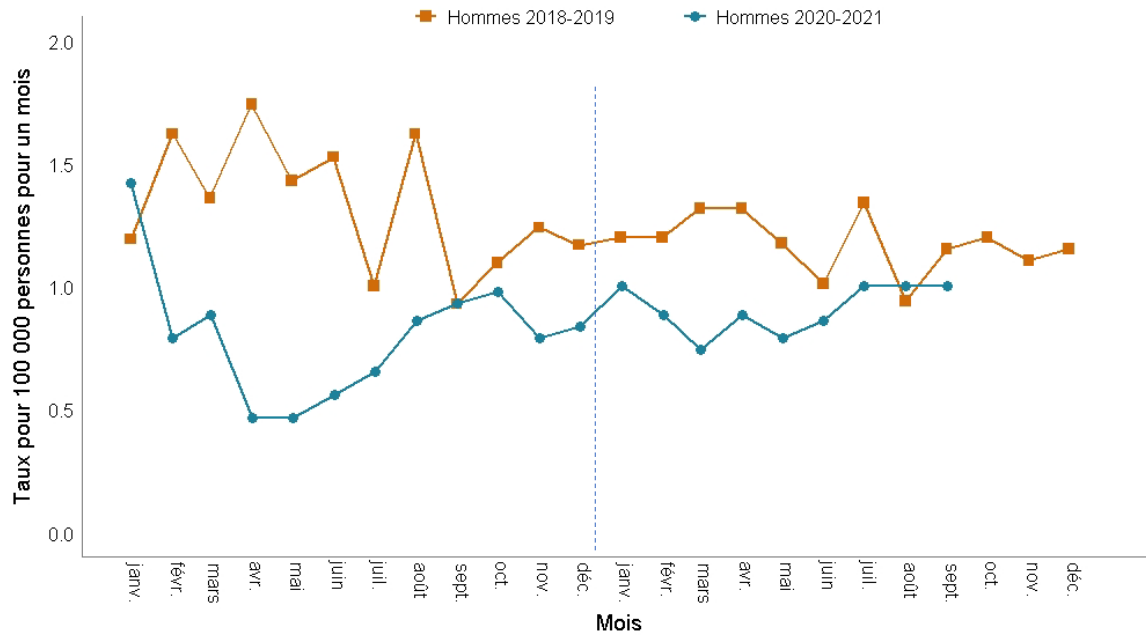
Région	2016		2017		2018		2019		2020		Moyenne 2016-2020		2021p		Variation 2020-2016			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	7	3,5	8	4,1	5	2,5	1	0,5	5	2,3	5	2,5	-1	-50,0	-0,5	-50,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	6	2,2	7	2,5	5	1,8	6	2,2	6	2,2	6	2,2	10	3,6	0	0,0	0,0	-0,7
Capitale-Nationale	62	8,4	54	7,3	49	6,6	63	8,4	27	3,5	51	6,8	41	5,4	-36	-57,3	-4,9	-58,6
Mauricie et Centre-du-Québec	24	4,7	22	4,3	19	3,7	21	4,0	12	2,2	20	3,8	18	3,4	-13	-52,1	-2,5	-53,5
Estrie	43	9,1	28	5,8	32	6,6	29	5,9	16	3,2	30	6,1	27	5,4	-27	-62,8	-5,8	-64,5
Montréal	490	25,0	575	29,0	682	33,6	557	27,0	376	18,1	536	26,5	316	15,5	-115	-23,4	-6,9	-27,5
Outaouais	57	14,8	60	15,5	55	14,0	53	13,3	59	14,7	57	14,5	63	15,6	2	3,5	-0,1	-0,6
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4	3	2,0	9	6,1	3	2,0	5	3,0	4	2,9	12	8,1	3	125,0	1,7	124,1
Côte-Nord	1	1,1	3	3,3	3	3,3	9	9,9	2	2,2	4	3,9	3	3,3	1	ND	1,1	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	3	21,7	1	7,2	0	0,0	0	0,0	1	5,8	1	7,5	0	ND	0,0	ND
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	2	2,2	2	2,2	4	4,4	0	0,0	1	1,1	2	2,0	2	2,2	-1	-50,0	-1,1	-50,0
Chaudière-Appalaches	15	3,6	17	4,0	8	1,9	6	1,4	14	3,2	12	2,8	25	5,8	-1	-6,7	-0,3	-9,0
Laval	45	10,6	47	10,9	57	13,1	56	12,7	26	5,8	46	10,6	41	9,2	-20	-43,3	-4,8	-45,5
Lanaudière	18	3,6	18	3,6	26	5,1	11	2,1	8	1,5	16	3,2	23	4,3	-10	-55,6	-2,1	-57,8
Laurentides	20	3,4	25	4,1	39	6,4	29	4,7	28	4,4	28	4,6	38	5,9	8	40,0	1,1	31,9
Montérégie	116	8,5	130	9,4	157	11,2	181	12,7	138	9,6	144	10,3	147	10,1	22	19,0	1,1	13,4
Nunavik	0	0,0	3	22,1	1	7,2	0	0,0	0	0,0	1	5,8	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	5,7	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	2,2	1	5,4	-1	-100,0	-5,7	-100,0
Région non précisée	0	0,0	0	0,0	0		0		0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	904	11,0	1 004	12,1	1 156	13,8	1 029	12,1	717	8,4	962	11,4	773	9,0	-188	-20,7	-2,6	-24,0

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

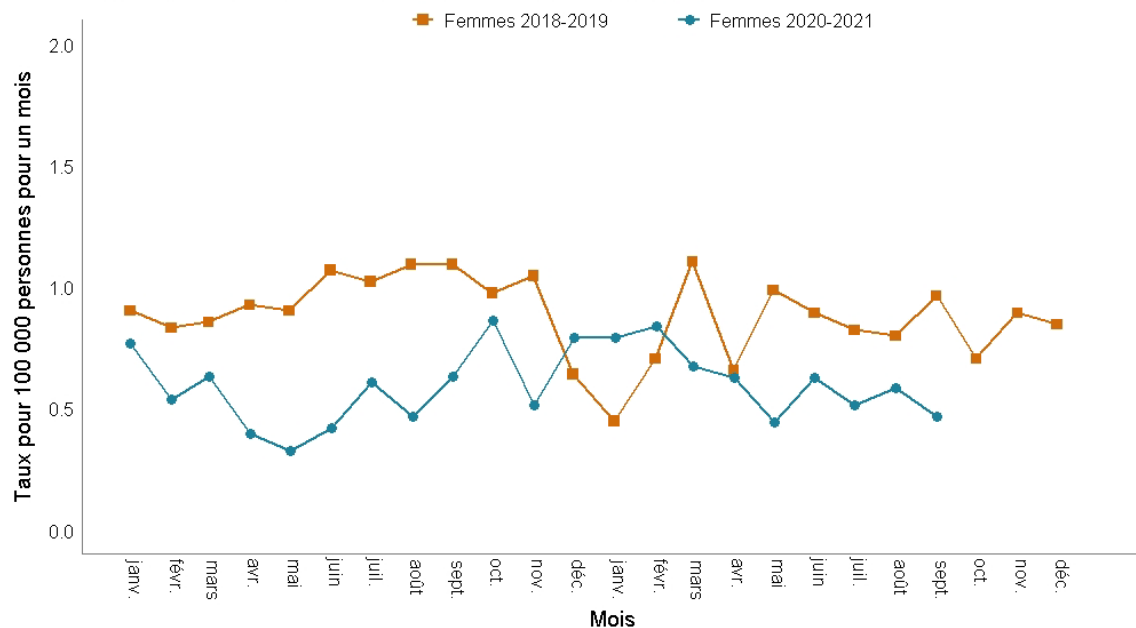
Figure 30 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 31 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

8.4 Commentaire

L'information nécessaire à la classification des cas n'est pas systématiquement recherchée, est difficile à obtenir ou encore n'est simplement pas disponible (par exemple, des tests de détection de cette infection n'ont pas toujours été effectués antérieurement à l'épisode déclaré), ce qui peut contribuer à l'augmentation des cas de stade non précisé.

Par ailleurs, il est possible que le nombre de déclarations de cas chroniques et de cas de stade non précisé soit alimenté par des personnes originaires de pays où l'hépatite B est fortement endémique, ayant acquis l'infection avant leur arrivée au Québec (à titre d'exemple, lors de soins de santé administrés dans des conditions de stérilisation non optimales) et qui reçoivent maintenant un diagnostic. L'accroissement des cas rapportés en 2018 et 2019 pourrait refléter une augmentation transitoire de l'afflux de réfugiés au Québec.

Le programme de vaccination contre l'hépatite B en milieu scolaire (programme universel de vaccination en 4^e année du primaire et rattrapage effectué dans les écoles secondaires chez les personnes nées depuis 1983) ainsi que les programmes ciblés d'offre de vaccination aux personnes plus susceptibles de contracter l'infection ont eu une influence majeure sur la prévention de cette infection. De plus, le MSSS a instauré en 2013 un programme de vaccination des nouveau-nés contre l'hépatite B, ce qui devrait augmenter dans le futur la proportion des personnes protégées contre cette infection.

- « À l'échelle provinciale, pour la saison 2018-2019, la couverture vaccinale (CV) contre le VHB chez les élèves de la 4^e année du primaire s'élevait à 86 % et varie de 69 à 93 % selon la région de fréquentation scolaire. La CV a augmenté dans la plupart des régions par rapport à l'année précédente. Pour une deuxième année consécutive, on note pour l'ensemble du Québec une hausse de près de deux points de pourcentage. Ces résultats semblent vouloir renverser la stagnation observée au cours des dernières années, et font en sorte que la CV est aujourd'hui revenue à un niveau comparable à celui des années 2010 à 2014. Aussi, sept régions, soit une de plus qu'en 2017-2018, atteignent l'objectif fixé par le PNSP »⁵².
- La couverture vaccinale pour 2019-2020 a chuté grandement. En effet, la CV des élèves « adéquatement » vaccinés pour l'âge était de 28,4 % (IC à 95 % : 28,1 – 28,7) chez les élèves de 4^e année pour l'ensemble de la province⁵³. Suite à l'impossibilité de fournir une deuxième dose de vaccin contre l'hépatite B, le Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ) a recommandé un changement au calendrier provisionnel⁵⁴. Dès septembre 2020, le programme de vaccination scolaire contre les hépatites a été modifié et comprend maintenant une seule dose de vaccin combiné contre les hépatites A et B en 4^e année du primaire et 1 dose contre l'hépatite B administrée en 3^e secondaire. Cette nouvelle recommandation du CIQ a permis, malgré la pandémie, de maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale.

⁵² Bulletin Flash Vigie, Flash Vigie, 2 octobre 2019 (Vol. 14, no 7).

⁵³ Données de l'infocentre mises à jour le 22 avril 2022.

⁵⁴ [Programme de vaccination contre les hépatites A et B en 4^{ième} année.](#)

Tableau 14 Couverture vaccinale¹ contre l'hépatite B chez les élèves de 4^e année et de 3^e secondaire, Québec, de 2018 à 2021

	Couverture vaccinale au moins une dose			
	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021
Ensemble du Québec				
4 ^e année	91,2 %	92,7 %	92,2 %	80,4 %
3 ^e secondaire	92,0 %	93,5 %	93,8 %	93,4 %

¹ Les données correspondent à la couverture vaccinale parmi les élèves appariés au registre de vaccination du Québec. Données de l'Infocentre de l'INSPQ mises à jour le 22 avril 2022. La couverture vaccinale a été mesurée au 31 août de chaque année.

- Il est à noter qu'en 2020, aucun cas d'hépatite B aiguë ne concernait des personnes âgées de moins de 35 ans, soit la tranche d'âge correspondant à la cohorte des personnes vaccinées en milieu scolaire, contrairement aux deux années précédentes au cours desquelles un total de quatre cas avait été recensé dans cette population.
- Les programmes ciblés d'offre de vaccination aux personnes plus susceptibles de contracter l'infection (et n'ayant pas pu bénéficier du programme de vaccination en milieu scolaire) ne les rejoignent pas toutes. Ces personnes chez qui la vaccination est indiquée et gratuite⁵⁵ incluent notamment : les personnes qui ont des contacts sexuels ou qui vivent avec un porteur du virus de l'hépatite B (VHB) ou avec un cas d'hépatite B aiguë (cela inclut les services de garde en milieu familial), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, les personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement (et leurs partenaires sexuels), les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les utilisateurs de drogues dures par inhalation (ex. : crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. : paille, cuillère) et les détenus des établissements correctionnels. Par ailleurs, la vaccination est recommandée aux personnes qui prévoient séjourner en région où l'hépatite B est considérée comme endémique, ainsi qu'à celles qui courent un risque professionnel d'être exposées au sang et aux produits sanguins. Parmi les participants de l'étude Engage, seulement 59 % des personnes de statut VIH négatif ou inconnu et 65 % des personnes de statut VIH positif rapportaient qu'elles avaient reçu une dose ou plus de vaccin contre l'hépatite B⁵⁶.

⁵⁵ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) - Édition Mai 2013, mises à jour de Mars 2016; 2016 [cité le 29 mars 2016]. Disponible : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/misesajour/maj_mars2016_continu.pdf.

⁵⁶ G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian et les membres de l'équipe de recherche Engage. Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Janvier 2019.

Actions

De manière générale, le niveau de couverture vaccinale au sein des populations à risque n'est pas bien connu au Québec, ni la répartition des cas déclarés selon la catégorie d'exposition, ni le niveau d'application des mesures de prévention recommandées lors de la prise en charge de cas (par exemple, l'immunisation des partenaires sexuels et des autres contacts d'un cas), ni le niveau d'accès et de recours aux traitements antiviraux disponibles. En l'absence des informations précédentes, il est difficile de déterminer si des efforts additionnels doivent être effectués, et le cas échéant, lesquels.

9 HÉPATITE C

Depuis 1990, année du début de la saisie des cas d'hépatite C au registre MADDO, près de 46 000 cas ont été déclarés au Québec. Au cours des 20 dernières années, le nombre de cas déclarés a décru graduellement. Le nombre de cas confirmés d'hépatite C aiguë ou récente est toujours demeuré faible. Compte tenu de la complexité de la confirmation d'un cas aigu ou récent, ce nombre sous-estime probablement la situation réelle; des données plus précises permettraient d'évaluer l'ampleur des infections incidentes au Québec.

9.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2020

- Un total de 786 cas d'hépatite C aiguë ou récente⁵⁷ ou de stade non précisé a été déclaré en 2020, ce qui équivaut à un taux de 9,2 cas pour 100 000 personnes (12 pour 100 000 chez les hommes et 5,8 pour 100 000 chez les femmes).
- Les hommes représentent les deux tiers (67 %) de l'ensemble des cas déclarés. Les hommes âgés de 30 à 34 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 et de 45 à 49 ans ont un taux relativement similaire (variant de 15 à 19 cas pour 100 000 personnes), ceux âgés de 20 à 24 et de 25 à 29 ans ont des taux de 5,0 et 7,5 pour 100 000 personnes, respectivement, alors que ceux de 50 à 54 ans et de 55 à 64 ans ont le taux le plus élevé (24 cas pour 100 000 personnes pour les deux groupes d'âge).
- Chez les femmes, le taux est relativement semblable dans toutes les tranches d'âge de 25 ans et plus (variant de 5,3 à 10,6 pour 100 000); le taux le plus élevé (10,6 pour 100 000) est observé parmi les femmes âgées de 30 à 34 ans.
- Les régions de la Côte-Nord (16 pour 100 000), de Montréal (14 cas pour 100 000), de l'Outaouais (12 pour 100 000) et de la Capitale-Nationale (10 cas pour 100 000) ont des taux de cas déclarés supérieurs à celui de la province (9,2 pour 100 000).
- En ce qui a trait spécifiquement à **l'hépatite C aiguë ou récente**, 24 cas ont été déclarés en 2020, dont 19 cas masculins. Aucun cas ne concerne les 24 ans et moins; la majorité concerne des personnes résidentes de la région de Montréal (19 cas) ainsi que les régions de Chaudière-Appalaches et de Lanaudière.

9.2 Tendances

Le taux global de cas déclarés d'hépatite C a diminué de 82 % entre 2000 et 2020 (il est passé de 50 à 9,2 pour 100 000); la légère augmentation du taux observé entre 2017 et 2018 (de 12 à 15 pour 100 000) s'est résorbée en 2019. Entre 2015 et 2019, le taux provincial est demeuré stable (croissance de 1,5 %) alors qu'il augmentait de 31 % en Outaouais, de 25 % dans la Capitale-Nationale et de 16 % dans la région de Montréal. Entre 2019 et 2020, une diminution est observée dans tous les groupes d'âge ainsi que dans toutes les régions à l'exception des

⁵⁷ Le stade hépatite C aiguë ou récente correspond à la terminologie adoptée en 2012 et toujours en vigueur dans le document « Définitions nosologiques pour les maladies infectieuses », 12e édition, révision juillet 2019.

régions de la Côte-Nord et de Chaudière-Appalaches, où une légère augmentation est plutôt observée.

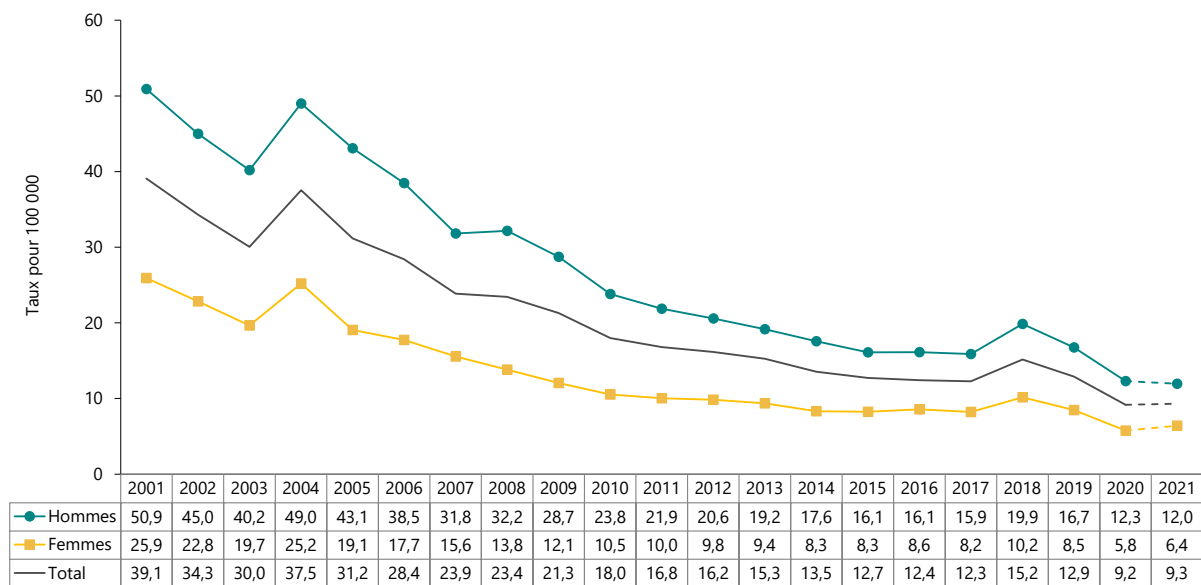
Selon les données préliminaires disponibles, le taux de cas déclarés d'hépatite C en 2021 est très similaire à celui de 2020. Une légère diminution est observée dans tous les groupes d'âge à l'exception des 55 ans et plus, chez qui la tendance est plutôt à la hausse.

Après un pic de 31 cas en 2014, le nombre de cas **d'hépatite C aiguë ou récente** déclarés annuellement a oscillé de 12 à 21 au cours de la période 2015 à 2019; il est de 24 en 2020 et de 30 en 2021 (données préliminaires).

Année 2020 et données préliminaires 2021

Les figures 35 et 36 illustrent une diminution, chez les hommes et les femmes, du nombre de cas déclaré en 2020-2021 comparativement au nombre déclaré en 2018-2019. Cette diminution est légèrement plus prononcée chez les hommes que chez les femmes; elle est plus marquée durant le printemps 2020. La baisse du nombre de cas d'hépatite C semblait déjà amorcée entre 2018 et 2019 (figure 32).

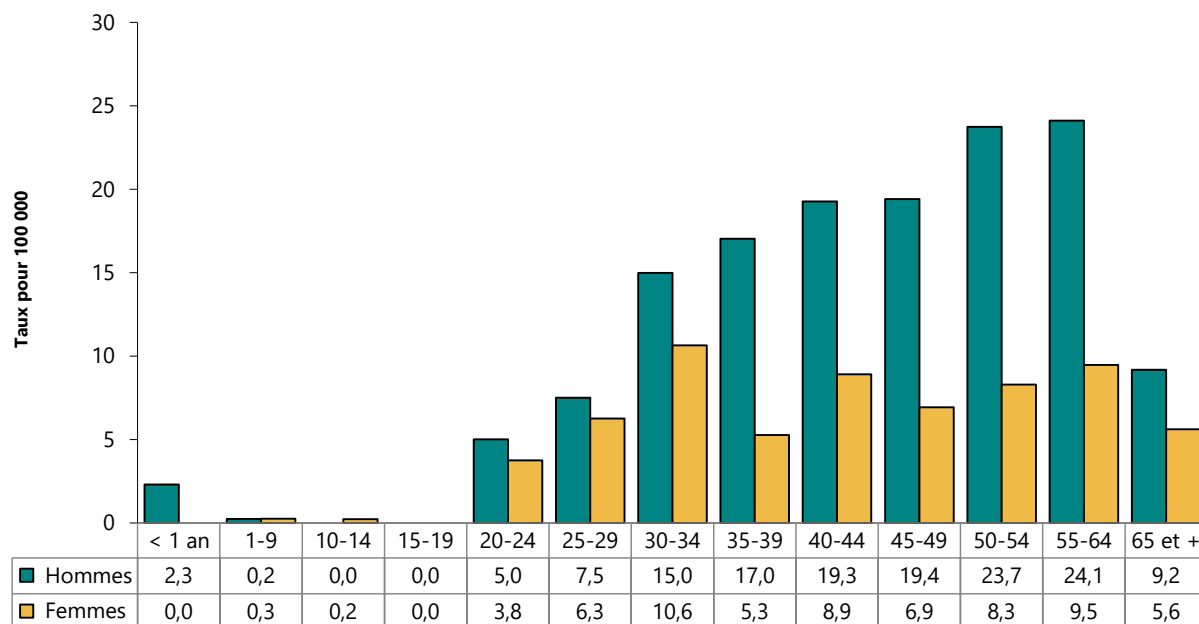
Figure 32 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2001 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information -Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 33 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2020

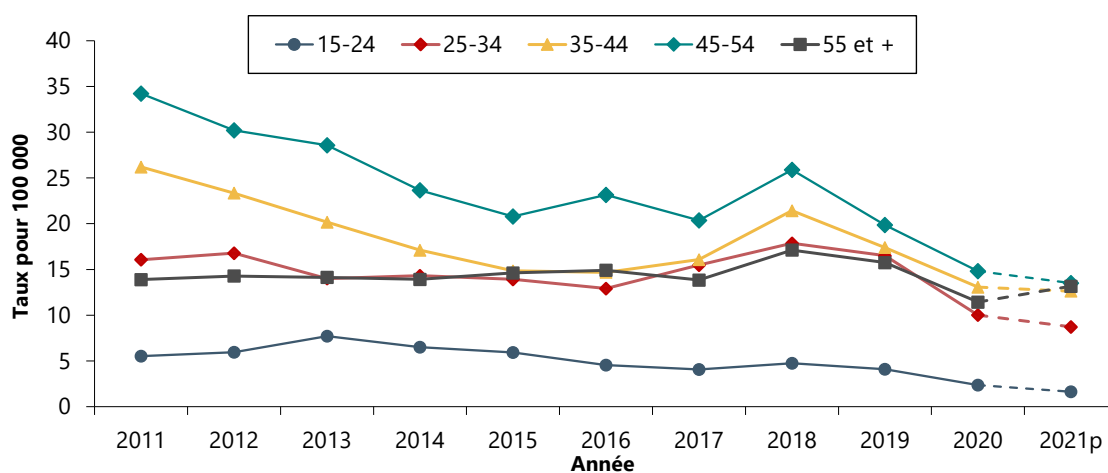


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information -Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 34 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2011 à 2021 (données 2021 préliminaires)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Données du Système d'information -Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Tableau 15 Hépatite C (aiguë ou récente et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2016 à 2021 (données 2021 préliminaires)

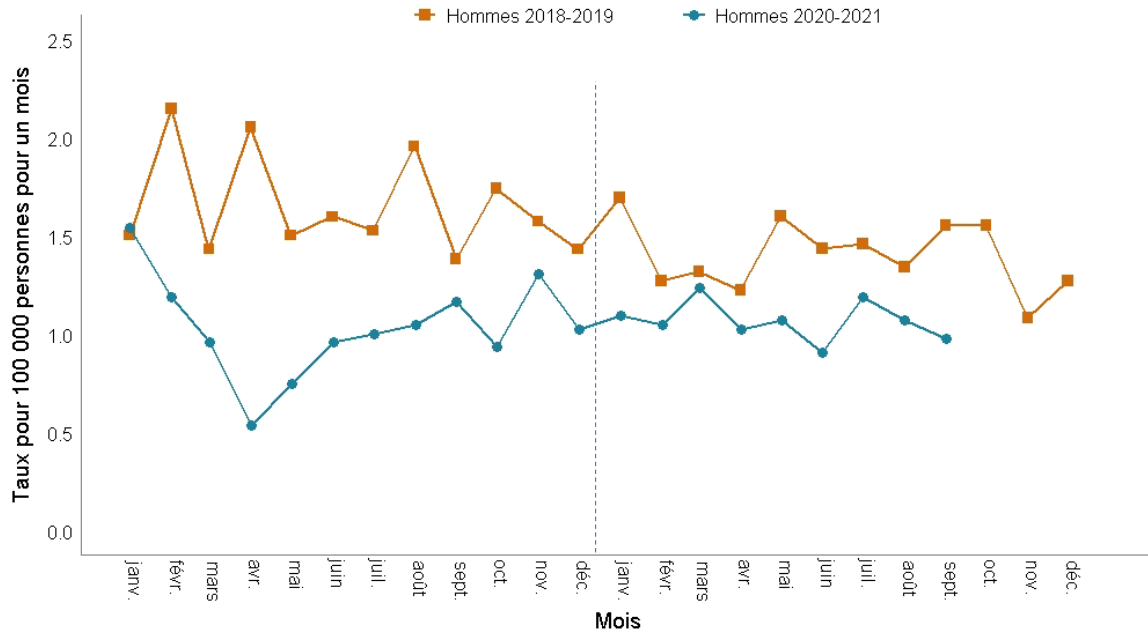
Région	2016		2017		2018		2019		2020		Moyenne 2016-2020		2021p		Variation 2020-2016			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	17	8,6	5	2,5	4	2,0	10	5,1	10	5,1	9	4,7	17	8,6	-7	-41,2	-3,5	-41,2
Saguenay–Lac-Saint-Jean	18	6,5	11	4,0	22	7,9	22	7,9	20	7,2	19	6,7	23	8,3	2	11,1	0,7	10,4
Capitale-Nationale	102	13,9	92	12,5	108	14,5	104	13,8	75	9,9	96	12,9	59	7,8	-27	-26,5	-4,0	-28,7
Mauricie et Centre-du-Québec	60	11,8	46	8,9	58	11,2	34	6,5	32	6,0	46	8,9	41	7,8	-29	-47,5	-5,8	-49,0
Estrie	61	12,8	51	10,7	78	16,1	58	11,8	45	8,9	59	12,1	35	7,0	-17	-27,0	-3,9	-30,4
Montréal	364	18,6	399	20,1	558	27,5	448	21,7	288	13,9	411	20,3	239	11,7	-76	-20,9	-4,7	-25,1
Outaouais	79	20,5	57	14,7	79	20,1	79	19,9	49	12,2	69	17,5	80	19,8	-30	-38,0	-8,3	-40,4
Abitibi-Témiscamingue	14	9,5	14	9,5	23	15,6	14	9,5	9	6,1	15	10,0	15	10,1	-5	-35,7	-3,4	-36,0
Côte-Nord	10	10,8	12	13,1	12	13,2	12	13,2	14	15,5	12	13,1	19	21,1	4	40,0	4,7	43,4
Nord-du-Québec	0	0,0	1	7,2	3	21,7	0	0,0	0	0,0	1	5,8	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	7	7,7	8	8,8	10	11,0	12	13,3	6	6,6	9	9,5	6	6,6	-1	-14,3	-1,1	-14,2
Chaudière-Appalaches	21	5,0	15	3,5	20	4,7	21	4,9	30	6,9	21	5,0	48	11,1	9	42,9	2,0	39,3
Laval	51	12,0	30	7,0	37	8,5	34	7,7	34	7,6	37	8,5	37	8,3	-18	-34,3	-4,4	-36,9
Lanaudière	41	8,2	58	11,5	54	10,6	46	8,9	32	6,1	46	9,1	40	7,5	-9	-22,0	-2,1	-26,0
Laurentides	64	10,8	81	13,4	78	12,7	67	10,8	21	3,3	62	10,2	5	0,8	-43	-67,2	-7,4	-69,1
Montréal	109	7,9	133	9,6	125	8,9	132	9,3	122	8,5	124	8,8	136	9,4	13	11,9	0,5	6,7
Nunavik	0	0,0	3	22,1	3	21,7	2	14,2	0	0,0	2	11,6	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	3	17,2	3	17,0	1	5,6	1	5,5	0	0,0	2	8,9	1	5,4	-3	-100,0	-17,2	-100,0
Région non précisée	0	0,0	0	0,0	0		0	0,0	0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	1 021	12,4	1 019	12,3	1 273	15,2	1 096	12,9	786	9,2	1 039	12,4	801	9,3	-236	-23,1	-3,3	-26,2

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

Données du Système d'information -Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

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

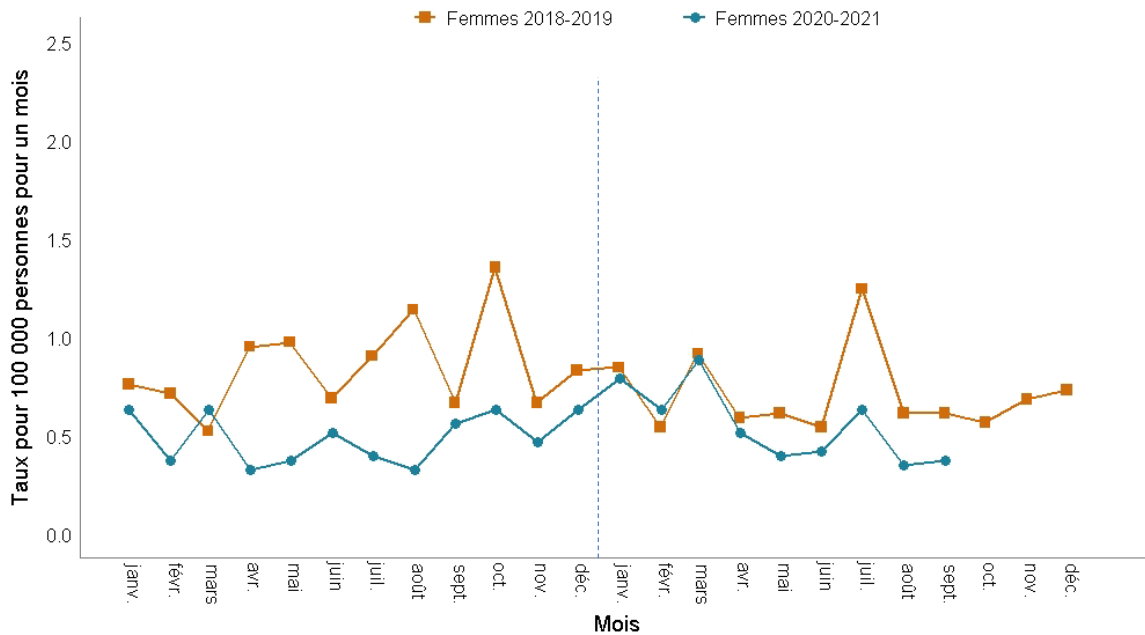
Figure 35 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, hommes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information -Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

Figure 36 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés selon le mois, femmes, Québec, 2018 à 2021



Notes : Taux pour 100 000 personnes pour un mois.

Données du Système d'information -Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

9.3 Commentaires

Bien souvent, la présentation clinique de l'hépatite C aiguë est fruste. De plus, l'information nécessaire à la classification du cas n'est pas systématiquement recherchée, est difficile à obtenir ou encore n'est simplement pas disponible (par exemple, des tests de détection de cette infection n'ont pas toujours été effectués antérieurement à l'épisode déclaré). Il est donc difficile de distinguer une infection aiguë ou récente d'une infection chronique. Le nombre de cas d'hépatites C aiguës ou récentes déclarés se situe possiblement bien en deçà de la situation réelle dans la communauté.

Le nombre de cas déclarés d'hépatite C de stade non précisé a été très élevé au cours des premières années suivant l'arrivée de tests de détection de cette infection. L'ampleur de la diminution de cas déclarés observée par la suite reflète probablement le tarissement du processus de rattrapage du diagnostic d'infections survenues antérieurement.

Avec en toile de fond la baisse constante du taux d'hépatite C (aiguë/récente ou de stade non précisé) depuis l'an 2000, et à la lumière de la situation observée depuis 2019, le pic de cas qui avaient été déclarés en 2018 pourrait ne constituer qu'une fluctuation aléatoire, ou encore refléter une augmentation transitoire de l'afflux de réfugiés.

Étant donné la tendance à la baisse observée dans les années précédentes, il est difficile d'établir à quel point la pandémie de COVID-19 a contribué à la diminution du nombre de cas déclarés en 2020 et 2021. La légère augmentation de cas déclarés d'hépatite C aiguë/récente en 2021 mérite d'être soulignée : une hausse de la transmission est possible, mais une plus grande facilité à identifier les cas d'infection aiguë/récente à l'aide des dossiers médicaux électroniques est également plausible.

Sans traitement, entre 75 et 85 % des adultes et adolescents infectés évoluent vers une infection chronique qui peut persister toute la vie, et mener à des complications telles qu'une cirrhose ou une insuffisance hépatique. Des traitements permettent maintenant de guérir l'infection en quelques semaines avec une efficacité de plus de 90 %. Par contre, même à la suite d'un traitement efficace, une réinfection demeure possible. Plusieurs mesures doivent être déployées pour soutenir le dépistage des personnes à risque et l'accès à une prise en charge médicale des personnes infectées.

L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les personnes qui utilisent des drogues par injection, la sous-estimation du nombre réel de cas aigus ou récents ainsi que la méconnaissance des cas de réinfection après traitement et guérison constituent des enjeux reconnus. D'autres enjeux sont de plus en plus préoccupants : la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les HARSAH qui vivent avec le VIH, la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les personnes UDI. De même, l'absence de données sur les facteurs de risque pour les cas déclarés d'hépatite C limite l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport et l'identification de pistes d'intervention.

Compte tenu du potentiel d'interventions préventives telles que les programmes de distribution de seringues stériles et autres programmes de réduction des méfaits, ainsi que de la disponibilité de traitements très efficaces, l'OMS a publié en 2016 une *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021*⁵⁸. L'objectif général est d'éliminer l'hépatite virale comme menace majeure pour la santé publique d'ici 2030, avec une cible de réduction de 90 % de l'incidence du VHB et du VHC et de 65 % de la mortalité associée. L'Agence de la santé publique du Canada a publié en 2018 son propre *Cadre d'action pancanadien sur les ITSS*, qui a été approuvé par les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé⁵⁹; ce cadre présente une vision et des objectifs stratégiques pour appuyer une action concertée visant à lutter contre les ITSS au Canada, dans tous les secteurs.

⁵⁸ Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021. 2016; 2018 (26 mars).

⁵⁹ Agence de la santé publique du Canada. Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS. Juin 2018. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>

10 INFECTION PAR LE VIH

Depuis 2002, le Programme de surveillance de l'infection par le VIH fournit des données sur la fréquence et les catégories d'exposition des cas confirmés d'infection par le VIH. Un rapport exhaustif⁶⁰ étant diffusé à ce sujet, seuls les éléments principaux sont rapportés ici. Au total, 12 528 cas d'infections par le VIH ont été enregistrés dans le cadre du programme entre avril 2002 et décembre 2020. Parmi ceux-ci, on compte 6 543 nouveaux diagnostics⁶¹, 5 538 anciens diagnostics et 447 cas qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

10.1 Caractéristiques des cas d'infection par le VIH enregistrés au cours de l'année 2020

- En 2020, 515 infections par le VIH ont été enregistrées : 212 nouveaux diagnostics, 301 anciens diagnostics et deux cas pour lesquels on ne peut préciser s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau diagnostic.
- Les hommes représentent 77 % des nouveaux diagnostics. Parmi les nouveaux diagnostics chez les hommes (n = 164), 11 % ont moins de 25 ans, 70 % ont entre 25 et 49 ans et 20 % sont âgés de 55 ans ou plus.
- Quant aux nouveaux diagnostics chez les femmes (n = 48), 2,1 % ont moins de 25 ans, 58 % ont entre 25 et 49 ans et 40 % ont 50 ans ou plus.
- Aucun nouveau diagnostic n'a été enregistré chez des personnes trans⁶².
- L'âge médian des nouveaux diagnostics est de 45 ans chez les femmes et de 36 ans chez les hommes.
- Pour l'ensemble du Québec, le taux moyen de nouveaux diagnostics s'établit à 2,5 cas pour 100 000 personnes. Le taux pour la région de Montréal est nettement supérieur à la moyenne de la province, soit un taux de 5,6 pour 100 000 personnes.
- Pour la région de Montréal, le taux de nouveaux diagnostics variait entre 9,0 et 10,1 pour 100 000 depuis 2011; il a diminué de 39,8 % entre 2019 et 2020.
- Dans les autres régions, les taux sont inférieurs à la moyenne provinciale en 2020, à l'exception de ceux de quatre régions : le Nord-du-Québec et le Nunavik, qui sont très peu

⁶⁰ Bitera, R. et coll. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2020, Québec, Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec l'Unité de recherche en santé des populations du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, 2022.

⁶¹ Nouveau diagnostic : aucun antécédent de test de dépistage ou tests antérieurs tous négatifs ; ancien diagnostic : cas dont au moins un des tests antérieurs s'était révélé positif, mais qui n'avait pas été enregistré dans le cadre du programme, soit parce que le résultat était antérieur au début du programme, soit parce que les informations étaient insuffisantes pour permettre l'enregistrement.

⁶² La collecte de donnée actuelle ne permet pas encore de nuancer et de détailler davantage la diversité des genres des personnes qu'elle rejoint. Trans fait donc ici référence à toutes les personnes transgenres, sans nuances.

peuplées et n'enregistrent qu'un nouveau diagnostic chacun en 2020, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et la Capitale-Nationale.

- Pour les cas de nouveaux diagnostics au sujet desquels l'information était disponible (n = 176), 60 % avaient des taux de lymphocytes CD4 \geq 350/mL au moment du diagnostic et 40 % des taux $<$ 350 CD4/mL indiquant un diagnostic tardif. Parmi ceux-ci, 44 cas (25 %) présentaient des taux de lymphocytes CD4 $<$ 200/mL et/ou une maladie indicatrice du sida (ex. : Pneumonie à *Pneumocystis jiroveci*, toxoplasmose cérébrale, candidose œsophagienne), suggérant que l'infection avait été détectée à un stade avancé de la maladie, selon l'OMS^{63,64}.

10.1.1 Catégories d'exposition des NOUVEAUX DIAGNOSTICS enregistrés en 2020

Les cas de VIH sont catégorisés de façon mutuellement exclusive selon une hiérarchie établie par le Québec en s'inspirant de celle de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), c'est-à-dire que la catégorie d'exposition est attribuée selon un ordre de priorité. Un bon exemple pour illustrer la façon d'interpréter les catégories d'exposition concerne les HARSAH également originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique. Dans ce cas particulier, la procédure hiérarchisée de classification mène à l'attribution de la catégorie d'exposition HARSAH, ce qui représente bien le mode de transmission, mais ne permet plus de voir l'information sur l'origine de pays fortement endémiques pour le VIH lorsque la catégorie d'exposition est examinée seule. Pour davantage d'informations sur l'attribution de la catégorie d'exposition, consulter le rapport du Programme de surveillance du VIH au Québec⁶⁵.

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2020 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont :

- Les **HARSAH**, lesquels représentent 70 % des cas masculins. En 2020, on enregistrait 115 nouveaux diagnostics chez les HARSAH, tous chez des hommes cis. Ce groupe représente 54 % des cas enregistrés en 2020 et 57 % si on inclut les HARSAH qui sont utilisateurs de drogues par injection (n = 6).
- Les **personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique**⁶⁶, lesquelles représentent 21 % des nouveaux diagnostics (n=44), soit 9 % des cas masculins et 60 % des cas féminins. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente chez les femmes.

⁶³ World Health Organisation. WHO | Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 25] p. 41. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>

⁶⁴ Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med.* 2011 Jan;12 (1):61–4.

⁶⁵ Bitera, R. et coll. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2020, Québec, Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval.

⁶⁶ Un pays endémique pour le VIH est un pays ayant une prévalence du virus \geq 1,0 % chez les adultes de 15 à 49 ans et au moins une des trois caractéristiques suivantes : a) une proportion des cas d'infections par transmission hétérosexuelle du VIH \geq 50 % ; b) un rapport hommes-femmes des cas d'infections par le VIH \leq 2:1 et c) une prévalence du VIH \geq 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux.

- Les **personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'autres pays où l'infection n'est pas fortement endémique**, lesquelles représentent 16 % des cas de nouveaux diagnostics (11 % des cas masculins et 31 % des cas féminins). Cette catégorie inclut :
 - Les personnes hétérosexuelles qui ont des partenaires hétérosexuels à risque (PHR). Un partenaire hétérosexuel à risque est un partenaire séropositif, HARSAH, UDI, originaire d'un pays où le virus est fortement endémique, receveur de transfusion et/ou de facteurs de coagulation, etc.
 - Les personnes hétérosexuelles qui ont des facteurs de risque autres que les catégories d'exposition précédentes (partenaires multiples, etc.) ou pour lesquels le risque du partenaire sexuel n'est pas connu.
- Les personnes **UDI** (excluant les HARSAH aussi UDI), lesquelles représentent 6 % (n = 12) des nouveaux diagnostics enregistrés en 2020. Cette proportion monte à près de 9 % si on ajoute les 6 HARSAH aussi utilisateurs de drogues par injection qui ont eu un nouveau diagnostic de VIH.

10.1.2 Transmission périnatale

En 2020, un nouveau diagnostic d'infection périnatale détectée à la naissance a été rapporté chez un jeune immigrant. Depuis avril 2002, un total de 44 nouveaux diagnostics d'infection périnatale a été enregistré, dont 19 concernaient des enfants nés au Canada. Parmi ces derniers, 13 étaient nés de mères immigrantes d'un pays où l'infection par le VIH est fortement endémique.

10.2 Tendances

Les tendances doivent être interprétées avec prudence puisque le nombre de cas fluctue d'année en année. En effet, une forte variation du nombre de nouveaux diagnostics a été observée entre 2019 et 2020, année marquée par la pandémie de la COVID-19 au Québec.

Il est possible de dégager les constats suivants :

- Le taux de nouveaux diagnostics a relativement peu varié entre 2011 et 2019, se maintenant entre 3,6 et 4,5 nouveaux diagnostics pour 100 000 personnes. En 2020, le taux de nouveaux diagnostics a baissé à 2,5 cas pour 100 000.
 - Chez les hommes, le nombre de nouveaux diagnostics était plutôt stable depuis 2009. Le nombre minimal de cas (239) a été observé en 2014 et le nombre maximal (302) en 2013. Une diminution de 29 % du nombre de nouveaux diagnostics est observée en 2020 (n = 164).
 - Chez les femmes, entre 2009 et 2016, le nombre de nouveaux diagnostics était relativement stable, variant entre 41 en 2011 et 63 en 2013. Il a augmenté durant la période 2017-2019 (86 cas en 2017, 83 en 2018 et 75 en 2019). Le nombre de cas a diminué à 48 en 2020.

- En 2020, les taux des nouveaux diagnostics sont faibles chez les 15 à 24 ans et chez les 55 ans et plus. Ils sont les plus élevés chez les 25 à 34 ans, et ce malgré une diminution de 31 % dans ce groupe d'âge entre 2019 (taux de 8,3 par 100 000) et 2020 (5,7 par 100 000).

10.3 Estimation de l'incidence et de la prévalence

Les estimations par modélisation du nombre de cas incidents et prévalents effectuées par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) se basent sur la triangulation de plusieurs sources de données, dont celles du Programme québécois de surveillance du VIH⁶⁷. Les dernières estimations produites par l'ASPC pour l'année 2020 évaluaient qu'environ 410 personnes auraient contracté le VIH au Québec. Le nombre de cas incidents estimé pour le Québec en 2020 compterait pour 27 % des cas incidents estimés pour le Canada.

Selon ces mêmes estimations, environ 17 726 personnes étaient infectées par le VIH au Québec en 2020 (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida et celles n'étant pas au courant de leur infection). Comme l'infection par le VIH est chronique et que le taux de mortalité s'y rapportant connaît une diminution, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même en présence d'une baisse du nombre de cas incidents.

Tableau 16 Nombre estimé de nouvelles infections et de personnes vivant avec le VIH au Québec et au Canada, 2018 et 2020

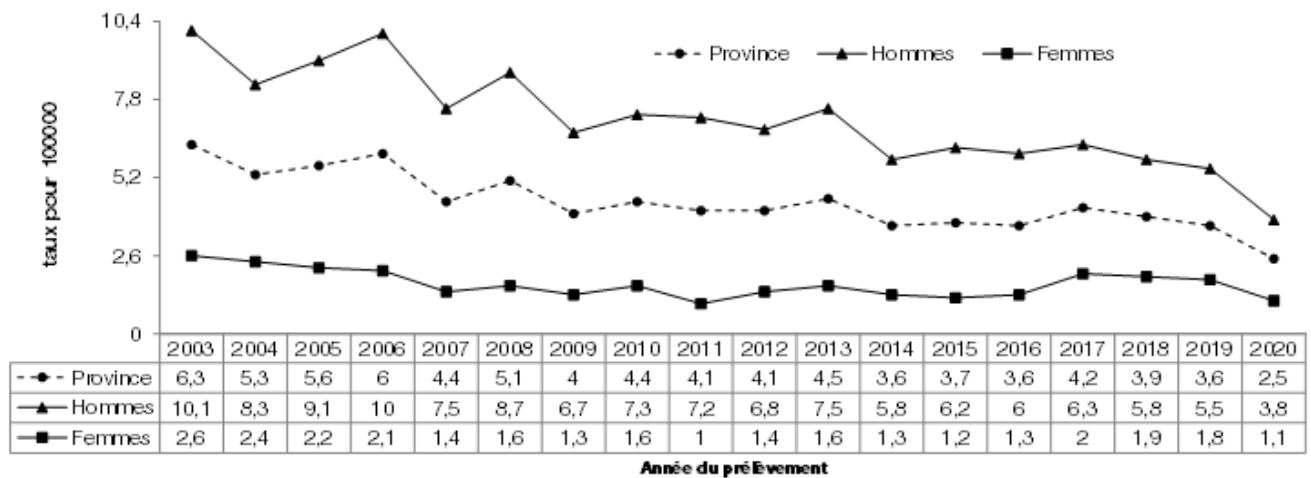
	Québec		Canada	
	Estimé ponctuel	Étendue plausible	Estimé ponctuel	Étendue plausible
Nombre estimé de nouvelles infections				
2020	410	200-610	1 520	870-2 260
2018	685	469-980	2 242	1 080-3 850
Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH				
2020	17 726	15 000-20 300	62 790	55 200-70 300
2018	17 040	14 994-19 361	62 050	54 600-70 500

⁶⁷ Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2020, juillet 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/estimations-incidence-prevalence-vih-progres-canada-cibles-90-90-90-2020.html>

Les estimations de l'atteinte des cibles de l'ONUSIDA⁶⁸ pour la prise en charge des cas au Québec en 2020, effectuées par l'ASPC, sont les suivantes :

- 90 % de personnes séropositives connaîtraient leur statut sérologique;
- 85 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevraient des traitements antirétroviraux;
- 96 % des personnes sous traitement antirétroviraux auraient une charge virale inférieure à 200 copies/ml.

Figure 37 Infection par le VIH : taux d'incidence bruts de nouveaux diagnostics selon le sexe, Québec, de 2003 à 2020



⁶⁸ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2014) 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida, <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>.

Tableau 17 Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2020

Année	Anciens diagnostics					Nouveaux diagnostics					DNC			Total				
	Genre MASC	Genre FÉMIN	Trans	Genre NP	Total	Genre MASC	Genre FÉMIN	Trans	Genre NP	Total	Genre MASC	Genre FÉMIN	S/tot	Genre MASC	Genre FÉMIN	Trans	Genre NP	Total
Avril-déc 2002	251	76	0	0	327	209	54	0	0	263	55	26	81	515	156	0	0	671
2003	319	107	1	0	427	375	98	0	0	473	33	13	46	727	218	1	0	946
2004	263	77	0	0	340	309	90	0	0	399	48	14	62	620	181	0	0	801
2005	223	79	0	1	303	343	84	0	0	427	8	5	13	574	168	0	1	743
2006	194	54	1	0	249	378	82	0	1	461	12	3	15	584	139	1	1	725
2007	210	75	0	0	285	285	56	0	0	341	22	4	26	517	135	0	0	652
2008	193	64	2	0	259	336	62	0	0	398	14	2	16	543	128	2	0	673
2009	206	59	0	0	265	259	52	0	0	311	33	7	40	498	118	0	0	616
2010	159	39	0	0	198	284	63	0	0	347	17	0	17	460	102	0	0	562
2011	135	48	0	0	183	284	41	0	0	325	17	4	21	436	93	0	0	529
2012	197	85	0	0	282	271	58	0	0	329	14	6	20	482	149	0	0	631
2013	193	84	0	0	277	302	63	0	0	365	17	4	21	512	151	0	0	663
2014	149	76	0	0	225	239	53	0	0	292	16	1	17	404	130	0	0	534
2015	212	81	2	0	295	255	51	0	0	306	8	2	10	475	134	2	0	611
2016	244	70	2	0	316	251	53	0	0	304	5	1	6	500	124	2	0	626
2017	228	100	0	0	328	266	86	0	0	352	14	7	21	508	193	0	0	701
2018	207	129	2	0	338	245	83	1	0	329	3	4	7	455	216	3	0	674
2019	223	115	2	0	340	231	75	3	0	309	3	3	6	457	193	5	0	655
2020	213	88	0	0	301	164	48	0	0	212	1	1	2	378	137	0	0	515
Total	4 019	1 506	12	1	5 538	5 286	1 252	4	1	6 543	340	107	447	9 645	2 865	16	2	12 528

DNC : Diagnostic ne pouvant être classé dans les anciens ou les nouveaux diagnostics, MASC : Masculin, FÉMIN : Féminin; Trans : Personne trans; NP : Non précisé.

Tableau 18 Infection par le VIH chez les HOMMES : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2020

Année	HARSAH		HARSAH/UDI		UDI		OPE		PHR		Hétéro. SRC		DS/FC	SRC	Périnatale	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	N
Avril-déc 2002	130	62,2	4	1,9	25	12,0	20	9,6	8	3,8	17	8,1	0	2	3	209
2003	231	61,6	19	5,1	53	14,1	24	6,4	12	3,2	30	8,0	0	6	0	375
2004	196	63,4	14	4,5	27	8,7	30	9,7	6	1,9	29	9,4	0	5	2	309
2005	238	69,4	9	2,6	27	7,9	28	8,2	8	2,3	24	7,0	0	5	4	343
2006	261	69,0	15	4,0	24	6,3	38	10,1	7	1,9	30	7,9	2	0	1	378
2007	210	73,7	9	3,2	15	5,3	17	6,0	4	1,4	28	9,8	0	2	0	285
2008	243	72,3	15	4,5	18	5,4	19	5,7	17	5,1	22	6,5	0	0	2	336
2009	202	78,0	4	1,5	15	5,8	13	5,0	5	1,9	19	7,3	1	0	0	259
2010	220	77,5	9	3,2	9	3,2	21	7,4	6	2,1	18	6,3	0	1	0	284
2011	201	70,8	6	2,1	16	5,6	23	8,1	12	4,2	18	6,3	1	4	3	284
2012	202	74,5	7	2,6	7	2,6	27	10,0	11	4,1	17	6,3	0	0	0	271
2013	231	76,5	9	3,0	6	2,0	24	7,9	9	3,0	18	6,0	0	1	4	302
2014	177	74,1	5	2,1	11	4,6	26	10,9	9	3,8	11	4,6	0	0	0	239
2015	193	75,7	7	2,7	6	2,4	23	9,0	7	2,7	18	7,1	0	0	1	255
2016	200	79,7	4	1,6	4	1,6	18	7,2	6	2,4	19	7,6	0	0	0	251
2017	154	57,9	2	0,8	7	2,6	64	24,1	12	4,5	24	9,0	0	3	0	266
2018	165	67,3	5	2,0	11	4,5	31	12,7	11	4,5	22	9,0	0	0	0	245
2019	164	71,0	8	3,5	2	0,9	29	12,6	3	1,3	25	10,8	0	0	0	231
2020	115	70,1	6	3,7	9	5,5	15	9,1	3	1,8	15	9,1	0	1	0	164
Total	3 733	70,6	157	3,0	292	5,5	490	9,3	156	3,0	404	7,6	4	30	20	5 286

HARSAH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes; **UDI** : usager de drogues par injection; **OPE** : Origine de pays endémique; **PHR** : Partenaire hétérosexuel à risque; **Hétéro-SRC** : Cas hétérosexuel sans risque connu; **DS/FC** : Don de sang/Facteur de coagulation; **SRC** : Sans risque connu.

Tableau 19 Infection par le VIH chez les FEMMES : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2020

Année	UDI		OPE		PHR		Hétéro-SRC		DS/FC	SRC	Périnatale	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	N
Avril-déc 2002	12	22,2	26	48,1	8	14,8	7	13,0	0	0	1	54
2003	22	22,4	49	50,0	13	13,3	12	12,2	0	0	2	98
2004	14	15,6	42	46,7	16	17,8	15	16,7	1	0	2	90
2005	13	15,5	37	44,0	15	17,9	16	19,0	0	0	3	84
2006	17	20,7	28	34,1	20	24,4	15	18,3	1	0	1	82
2007	13	23,2	25	44,6	7	12,5	11	19,6	0	0	0	56
2008	5	8,1	29	46,8	16	25,8	9	14,5	0	1	2	62
2009	5	9,6	26	50,0	13	25,0	8	15,4	0	0	0	52
2010	5	7,9	30	47,6	11	17,5	14	22,2	0	0	3	63
2011	5	12,2	17	41,5	10	24,4	7	17,1	0	0	2	41
2012	7	12,1	30	51,7	12	20,7	7	12,1	0	0	2	58
2013	11	17,5	34	54,0	4	6,3	12	19,0	0	1	1	63
2014	4	7,5	30	56,6	11	20,8	7	13,2	0	1	0	53
2015	2	3,9	24	47,1	20	39,2	3	5,9	0	1	1	51
2016	2	3,8	35	66,0	8	15,1	7	13,2	0	0	1	53
2017	0	0,0	67	77,9	10	11,6	7	8,1	0	0	2	86
2018	7	8,4	52	62,7	11	13,3	12	14,5	0	0	1	83
2019	0	0,0	55	73,3	5	6,7	14	18,7	0	1	0	75
2020	3	6,3	29	60,4	8	16,7	7	14,6	0	0	1	48
Total	147	11,7	665	53,1	218	17,4	190	15,2	2	5	25	1 252

UDI : usager de drogues par injection; **OPE** : Origine de pays endémique; **PHR** : Partenaire hétérosexuel à risque; **Hétéro-SRC** : Cas hétérosexuel sans risque connu; **DS/FC** : Don de sang/Facteur de coagulation; **SRC** : Sans risque connu.

Tableau 20 Infection par le VIH SEXES RÉUNIS : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2020

Année	HARSAH		HARSAH/UDI		UDI		OPE		PHR		Hétéro. SRC		DS/FC	SRC	Périnatale	Total ^a
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	N
Avril-déc 2002	130	49,4	4	1,5	37	14,1	46	17,5	16	6,1	24	9,1	0	2	4	263
2003	231	48,8	19	4,0	75	15,9	73	15,4	25	5,3	42	8,9	0	6	2	473
2004	196	49,1	14	3,5	41	10,3	72	18,0	22	5,5	44	11,0	1	5	4	399
2005	238	55,7	9	2,1	40	9,4	65	15,2	23	5,4	40	9,4	0	5	7	427
2006	261	56,7	15	3,3	41	8,9	66	14,3	27	5,9	45	9,8	3	0	2	460
2007	210	61,6	9	2,6	28	8,2	42	12,3	11	3,2	39	11,4	0	2	0	341
2008	243	61,1	15	3,8	23	5,8	48	12,1	33	8,3	31	7,8	0	1	4	398
2009	202	65,0	4	1,3	20	6,4	39	12,5	18	5,8	27	8,7	1	0	0	311
2010	220	63,4	9	2,6	14	4,0	51	14,7	17	4,9	32	9,2	0	1	3	347
2011	201	61,8	6	1,8	21	6,5	40	12,3	22	6,8	25	7,7	1	4	5	325
2012	202	61,4	7	2,1	14	4,3	57	17,3	23	7,0	24	7,3	0	0	2	329
2013	231	63,3	9	2,5	17	4,7	58	15,9	13	3,6	30	8,2	0	2	5	365
2014	177	60,6	5	1,7	15	5,1	56	19,2	20	6,8	18	6,2	0	1	0	292
2015	193	63,1	7	2,3	8	2,6	47	15,4	27	8,8	21	6,9	0	1	2	306
2016	200	65,8	4	1,3	6	2,0	53	17,4	14	4,6	26	8,6	0	0	1	304
2017	154	43,8	2	0,6	7	2,0	131	37,2	22	6,3	31	8,8	0	3	2	352
2018	166	50,5	5	1,5	18	5,5	83	25,2	22	6,7	34	10,3	0	0	1	329
2019	167	54,0	8	2,6	2	0,6	84	27,2	8	2,6	39	12,6	0	1	0	309
2020	115	54,2	6	2,8	12	5,7	44	20,8	11	5,2	22	10,4	0	1	1	212
Total^a	3 737	57,1	157	2,4	439	6,7	1 155	17,7	374	5,7	594	9,1	6	35	45	6 542

HARSAH : Homme ayant des relations sexuelles avec des hommes; **UDI** : usager de drogues par injection; **OPE** : Origine de pays endémique; **PHR** : Partenaire hétérosexuel à risque; **Hétéro-SRC** : Cas hétérosexuel sans risque connu; **DS/FC** : Don de sang/Facteur de coagulation; **SRC** : Sans risque connu.

^a Le total inclut des personnes transgenres dans la catégorie HARSAH (4).

Figure 38 Taux de NOUVEAUX DIAGNOSTICS par groupe d'âge et année du prélèvement, sexes réunis, Québec, 2003-2020

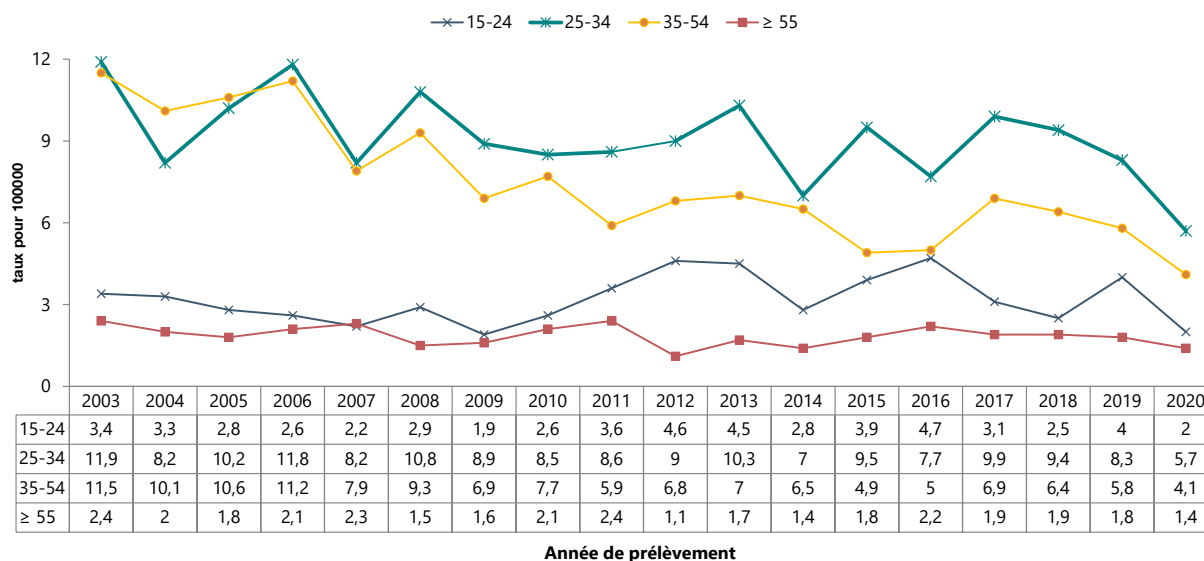
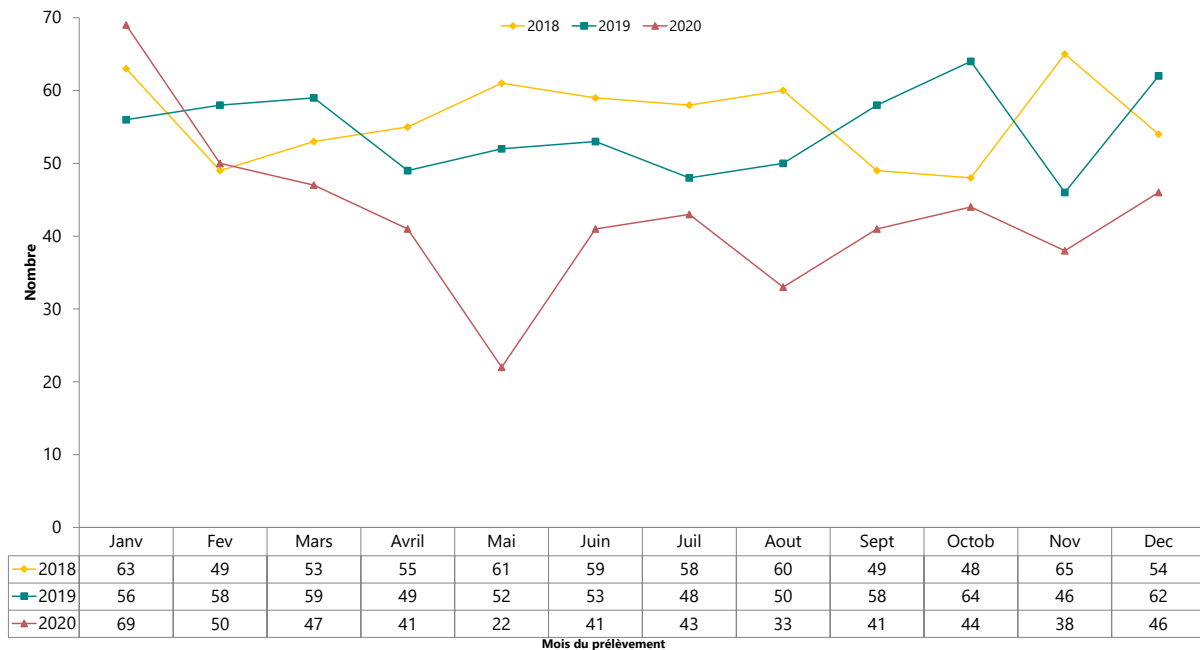


Tableau 21 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2016 à 2020

Région	2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	n	Taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux	n	taux
01	2	1,0	8	4,0	4	2,0	1	0,5	3	1,5	4	2,0	0	0,0	1	0,5	2	1,0	1	0,5
02	2	0,7	5	1,9	4	1,5	2	0,7	4	1,4	2	0,7	6	2,1	4	1,4	3	1,1	8	2,9
03	28	4,0	31	4,4	24	3,4	21	3,0	22	3,0	16	2,2	26	3,5	21	2,8	20	2,7	23	3,0
04	3	0,6	20	4,0	12	2,4	8	1,6	8	1,6	4	0,8	14	2,7	10	1,9	10	1,9	5	1,0
05	14	4,5	5	1,6	10	3,2	8	2,5	4	0,8	5	1,0	6	1,2	5	1,0	5	1,0	5	1,0
06	194	10,1	186	9,6	224	11,5	177	9,0	180	9,0	183	9,1	211	10,4	199	9,8	190	9,3	116	5,6
07	14	3,6	4	1,1	9	2,4	10	2,6	4	1,0	8	2,0	9	2,3	6	1,5	11	2,8	8	2,0
08	1	0,7	1	0,7	2	1,4	3	2,1	3	2,0	5	3,4	1	0,7	5	3,3	3	2,0	3	2,0
09	0	0,0	2	2,1	0	0,0	1	1,1	3	3,1	0	0,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0	1	1,1
10	1	7,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,3	1	7,4
11	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0
12	2	0,5	4	1,0	7	1,7	7	1,7	3	0,7	3	0,7	4	0,9	4	0,9	4	0,9	6	1,4
13	18	4,5	11	2,7	15	3,6	12	2,9	11	2,6	10	2,3	18	4,1	11	2,5	13	3,0	6	1,4
14	10	2,1	7	1,4	7	1,4	5	1,0	12	2,4	15	2,9	14	2,7	7	1,3	5	1,0	3	0,6
15	8	1,4	9	1,6	10	1,7	5	0,9	13	2,2	9	1,5	10	1,6	11	1,8	11	1,8	9	1,4
16	27	1,9	36	2,4	37	2,5	31	2,1	36	2,6	38	2,7	32	2,3	43	3,0	30	2,1	16	1,1
17	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,0
18	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	325	4,1	329	4,1	365	4,5	292	3,6	306	3,7	304	3,6	352	4,2	329	3,9	309	3,6	212	2,5

Figure 39 Nombre de cas par mois les deux années avant la pandémie de la COVID-19 et pendant celle-ci en 2020



10.4 Commentaires

Au Québec, le Programme de surveillance de l’infection par le VIH recueille certaines caractéristiques démographiques et épidémiologiques des PVVIH. Même si l’interprétation de ces données doit tenir compte des limites habituelles de ce type de système de surveillance, il permet de faire un portrait de la situation épidémiologique du VIH au Québec et d’identifier certaines tendances⁶⁹.

L’infection par le VIH est toujours présente au Québec et touche particulièrement les hommes qui ont des relations sexuelles avec d’autres hommes (HARSAH). En effet, bien qu’une diminution du nombre de nouveaux diagnostics ait été observée en 2020, 54 % ont été enregistrés chez des HARSAH. Un peu plus des deux tiers (70 %) des nouveaux diagnostics masculins concernent des HARSAH. Dans la population hétérosexuelle, le VIH touche particulièrement les femmes en provenance de pays où le VIH est endémique. Finalement, le nombre de cas chez les personnes qui utilisent des drogues par injection demeure relativement faible.

⁶⁹ Le lecteur peut se référer au rapport du Programme de surveillance de l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH) au Québec pour les explications relatives aux limites du programme (voir R. Bitera et coll., op. cit.).

Les estimations par modélisation du nombre de cas incidents et prévalents effectuées par l'ASPC se basent sur la triangulation de plusieurs sources de données, dont le Programme québécois de surveillance du VIH. Il convient d'interpréter ces estimations par modélisation avec prudence.

L'ASPC estime qu'entre 200 et 610 nouvelles infections de VIH sont survenues au Québec en 2020. Considérant qu'au cours des cinq dernières années, une moyenne annuelle de 301 nouveaux diagnostics a été enregistrée au programme québécois de surveillance du VIH, il est plausible d'espérer que la réalité du nombre de nouvelles infections soit plus près de la marge inférieure que de la marge supérieure de l'estimation produite par l'ASPC.

On remarque que, comme pour les autres ITSS, le nombre de cas enregistrés de VIH pour l'année 2020 est en deçà de ce qui avait été observé dans les dernières années. La pandémie de COVID-19 pourrait être en partie responsable de cette baisse.

Actions

ONUSIDA a publié des cibles à atteindre en 2020⁷⁰. Selon des études de modélisation, l'atteinte de ces cibles permettrait de contrôler l'épidémie mondiale de VIH d'ici 2030, et aurait des impacts énormes en termes de santé et d'économie. Ces cibles sont, en 2020, que 90 % de personnes séropositives connaissent leur statut sérologique, 90 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité reçoivent des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitement antirétroviraux aient une charge virale supprimée. Ce modèle assume également que 95 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevront des traitements antirétroviraux et auront une charge virale supprimée d'ici 2030. Il est encourageant d'observer que, selon les estimations de l'ASPC, la 1^{re} et la 3^e cible d'ONUSIDA pour l'année 2020 étaient atteintes pour le Québec en 2020, alors que la seconde cible était près de l'être.

⁷⁰ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2014) 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida, <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>.

11 CONCLUSION GÉNÉRALE

Depuis quelques années, la fréquence des cas déclarés des diverses ITSS est généralement stable ou en hausse constante au Québec. La baisse globale, soudaine et importante, observée en 2020, apparaît liée à l'implantation de mesures pandémiques. Des impacts sur les tendances des ITSS, toujours observés en 2021, seront probablement constatés pendant quelques années.

Cette pandémie a mis en exergue les nombreux défis à surmonter pour améliorer la santé de la population et ses déterminants. Elle a également souligné la très grande importance de la prévention et des actions structurelles à long terme pour de nombreux enjeux de santé publique.

Les constats issus de la surveillance et de la vigie des ITSS confirment la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux joindre, dépister, détecter et traiter les ITSS⁷¹. Pour rappel, la **prévention des ITSS** est l'un des objectifs poursuivis par le Programme national de santé publique 2015-2025⁷² (PNSP) et les actions qu'il contient doivent être poursuivies dans le contexte de rétablissement post-pandémie.

En matière de lutte contre les ITSS, une **approche intégrée** permet à la fois de cibler un ensemble de facteurs souvent communs à plusieurs de ces infections et d'aborder globalement la santé sexuelle et la consommation de substances psychoactives. La surveillance des ITSS favorise l'appropriation et l'utilisation des données pour soutenir la planification et l'évaluation des actions.

⁷¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme national de santé publique 2015-2025 JOINDRE, DÉPISTER ET DÉTECTER, TRAITER Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001930/>

⁷² Ministère de la Santé et des Services sociaux, Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015a, 86 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

ANNEXE 1 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2020

Tableau 22 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2020

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx ⁶
< 1 an	6	13,9	2	4,6	0	0,0	0	0,0	2	4,6	1	2,3	0	0,0
1-9	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,7	1	0,2	0	0,0
10-14	10	4,3	2	0,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	0	0,0	0	0,0
15-19	1 093	501,3	157	71,8	0	0,0	9	4,1	3	1,4	0	0,0	1	0,5
20-24	2 793	1076,6	669	257,9	10	3,9	77	29,7	13	4,8	13	5,0	17	6,6
25-29	2 095	714,2	948	323,3	23	7,8	137	46,7	27	9,0	22	7,5	28	9,5
30-34	1 219	434,6	774	276,1	33,5	11,9	177	63,0	46	16,4	42	15,0	28	10,0
35-39	750	255,4	539	183,5	14	4,8	136	46,2	69	23,5	50	17,0	23	7,8
40-44	484	163,5	340	114,9	16	5,4	94	31,6	68	22,8	57	19,3	21	7,1
45-49	264	98,4	225	83,8	7	2,6	72	26,9	47	17,4	52	19,4	14	5,2
50-54	208	75,2	207	74,9	8	2,9	79	28,6	39	14,1	66	23,7	9	3,3
55-64	257	40,9	268	42,7	13	2,1	120	19,1	39	6,2	152	24,1	18	2,9
65 et +	57	7,3	51	6,4	3	0,4	30	3,8	54	6,8	72	9,2	5	0,6
Inconnu	25		9		0		1		0		0		0	
Total	9 258	215,9	4 190	97,7	128	3,0	931	21,7	409	9,5	527	12,3	164	3,8

Données du Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).

Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2022.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Tableau 23 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2020

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx ⁶
<1 an	4	8,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,3
10-14	96	42,5	11	4,9	0	0,0	0	0,0	1	0,4	1	0,2	0	0,0
15-19	3 729	1787,6	273	130,6	0	0,0	10	4,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
20-24	5 133	2138,8	373	155,2	0	0,0	19	7,7	17	7,1	9	3,8	0	0,0
25-29	2 475	911,9	285	104,8	0	0,0	22	8,1	25	9,2	17	6,3	3	1,1
30-34	1 076	401,7	186	69,3	0	0,0	24	9,0	52	19,4	29	10,6	4	1,5
35-39	565	198,2	128	44,8	0	0,0	18	6,3	60	20,9	15	5,3	7	2,5
40-44	344	120,1	94	32,9	0	0,0	16	5,6	42	14,5	26	8,9	7	2,4
45-49	152	58,4	41	15,8	0	0,0	11	4,2	24	9,2	18	6,9	7	2,7
50-54	74	27,1	24	8,9	0	0,0	4	1,5	11	3,9	23	8,3	2	0,7
55-64	48	7,6	25	4,0	0	0,0	2	0,3	25	3,9	60	9,5	14	2,2
65 et +	8	0,9	2	0,2	0	0,0	2	0,2	35	3,8	51	5,6	3	0,3
Inconnu	55		7		0		0		0		0		0	
Total	13 755	320,8	1 449	33,8	0	0,0	127	3,0	292	6,8	248	5,8	48	1,1

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).

Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2022.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Tableau 24 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2020

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx ⁶
< 1 an	10	11,3	2	2,4	0	0,0	0	0,0	2	2,4	1	1,2	0	0,0
1-9	1	0,1	3	0,4	0	0,0	0	0,0	4	0,5	2	0,2	1	0,1
10-14	106	23,1	13	2,8	0	0,0	0	0,0	2	0,4	1	0,1	0	0,0
15-19	4 827	1131,8	430	100,8	0	0,0	20	4,6	3	0,7	0	0,0	1	0,2
20-24	7 947	1591,3	1 047	209,7	10	2,0	99	19,7	31	6,1	22	4,4	17	3,4
25-29	4 584	811,8	1 239	219,4	23	4,1	159	28,2	54	9,5	39	6,9	31	5,5
30-34	2 302	420,0	967	176,3	33,5	6,1	202	36,8	99	18,0	73	13,2	32	5,8
35-39	1 317	227,7	670	115,9	14	2,4	154	26,5	132	22,7	67	11,6	30	5,2
40-44	830	142,7	435	74,8	16	2,8	113	19,3	111	19,1	85	14,5	28	4,8
45-49	417	79,1	266	50,4	7	1,3	83	15,7	74	14,0	71	13,5	21	4,0
50-54	281	51,4	232	42,3	8	1,5	84	15,4	51	9,3	88	16,1	11	2,0
55-64	305	24,3	293	23,3	13	1,0	122	9,7	65	5,1	212	16,9	32	2,5
65 et +	65	3,8	53	3,1	3	0,2	32	1,9	90	5,3	125	7,4	8	0,5
Inconnu	90		20		0		1		0		1		0	
Total	23 080	269,2	5 668	66,1	128	1,5	1 067	12,4	717	8,4	786	9,2	212	2,5

Données du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'Infocentre.

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).

Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2022.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

ANNEXE 2 DONNÉES DU « PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG », DE 2016 À 2020

Introduction

Au Québec, depuis avril 1992, le « Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) » permet aux personnes atteintes d'une ITSS (cas index), ainsi qu'aux partenaires sexuels d'une personne atteinte (cas contact), de se procurer gratuitement les médicaments prescrits pour le traitement de leur infection. Les renseignements sur les modalités d'application du programme sont disponibles sur le site de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)⁷³.

Notes méthodologiques

Les données ont été fournies par la RAMQ. De manière à assurer l'anonymat des informations recueillies, aucun renseignement nominatif n'a été transmis et certaines données ont été regroupées en catégories avant leur transfert.

Les résultats descriptifs suivants sont présentés sous forme de tableaux pour les années 2016 à 2020 :

- Nombre et caractéristiques des bénéficiaires et des médicaments prescrits; caractéristiques des prescripteurs;
- Type de récipiendaire des médicaments, c'est-à-dire une personne atteinte (code K), un cas contact (code L) ou le traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée (code M)⁷⁴; Le code M a été introduit en fin d'année 2019.

La définition d'« **ordonnance** » représente l'ensemble des médicaments prescrits à une même date de service à un même bénéficiaire. Les diverses combinaisons de médicaments inclus dans les « ordonnances » sont présentées. La dose totale du médicament prescrit a été calculée en multipliant le dosage du médicament (ex. : nombre de milligrammes par comprimé) par la quantité remise (ex. : nombre de comprimés).

⁷³ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/professionnels/Pages/liste-medicaments.aspx> (Annexe H).

⁷⁴ Traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance - <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/traitement-accelere-des-partenaires-tap-de-personnes-atteintes-d-infection-chlamydia-trachomatis-ou-neisseria-gonorrhoeae>

MISE EN GARDE

Une ordonnance répétée⁷⁵ ne correspond pas nécessairement à un deuxième épisode d'infection étant donné qu'une personne peut avoir reçu plus d'une ordonnance lors d'un seul épisode infectieux pour diverses raisons cliniques (à titre d'exemples : ajustement de traitement d'une infection gonococcique à la suite du résultat de l'analyse de sensibilité, ajustement du traitement d'une infection à *Chlamydia trachomatis* à la suite de l'identification d'un génotype causant la LGV).

RÉSULTATS

Nombre et caractéristiques des médicaments prescrits, 2016-2020

Le nombre total de médicaments prescrits a augmenté de 12 % entre 2016 et 2019; il est passé de 71 058 médicaments prescrits en 2016 à 79 529 en 2019 (tableau 25). Une baisse importante de 16 % est observée en 2020 (66 871 médicaments prescrits).

Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment en 2020 sont l'azithromycine, la doxycycline, le céfixime, la ceftriaxone et la pénicilline G benzathine (tableau 26).

Nombre et sexe des bénéficiaires, description des ordonnances et des prescripteurs

Le nombre annuel de bénéficiaires différents a augmenté progressivement entre 2015 et 2018, passant de 41 952 bénéficiaires en 2015 à 47 105 en 2018. Ce nombre diminue en 2019 et en 2020 avec respectivement 46 943 et 40 618 bénéficiaires, soit une diminution de 14 % entre 2019 et 2020 (tableau 27). Davantage d'hommes que de femmes ont reçu des médicaments au cours de cette période (respectivement 58 % et 42 % en 2020) et le rapport homme/femme est demeuré stable entre 2016 (1,3) et 2020 (1,4).

En 2020, la grande majorité des bénéficiaires (83 %, 33 866) ont eu une seule ordonnance au cours de l'année (tableau 28). Une proportion non négligeable de bénéficiaires a eu entre deux et cinq ordonnances (16 %, 6 564), mais seulement 188 en ont eu 5 ou plus.

Globalement, au cours des cinq dernières années, le nombre total d'ordonnances est passé de 53 164 en 2016 à un maximum de 58 057 en 2019. Une diminution de 14 % est ensuite observée entre 2019 et 2020 (tableau 29).

Le tableau 29 décrit également le nombre d'ordonnances selon le type de bénéficiaire. Le rapport entre le nombre d'ordonnances destinées à des personnes atteintes (code K) et à des cas contacts (code L) est stable autour de 1,6 pour les sexes réunis. Pour l'ensemble de la

⁷⁵ Une ordonnance remise ultérieurement. Le délai entre deux ordonnances peut être très court.

période 2016-2020, le rapport personnes atteintes/cas contact est plus élevé chez les femmes (2,3) que chez les hommes (1,3).

En 2020, le code M a été indiqué sur 523 ordonnances prescrites à des femmes et 1 439 ordonnances prescrites à des hommes, ce qui représente 3,9 % des 49 950 ordonnances.

En 2020, la majorité des ordonnances ont été prescrites par des omnipraticiens (86 %), suivis des obstétriciens-gynécologues (4,2 %), des résidents (3,6 %), des spécialités autres (2,9 %) et des infectiologues (2,3 %) (tableau 30).

Combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire (ordonnance)

Le tableau 31 montre la fréquence des principales combinaisons de médicaments incluses dans une ordonnance. Les combinaisons rapportées réfèrent aux recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITSS⁷⁶.

En 2020, l'azithromycine 1 g prescrite seule constitue l'ordonnance la plus fréquente (46 %), suivie de la doxycycline 100mg BID 7 jours (18 %), du céfixime 800 mg en combinaison avec l'azithromycine 1 g (16 %) et de la ceftriaxone 250 mg (9,9 %). La ceftriaxone est également parmi les antibiotiques les plus fréquemment prescrits. La prescription d'azithromycine 2 g seule est en diminution (— 62 % entre 2016 et 2020).

La ciprofloxacine prescrite seule est de plus en plus rarement observée, alors que certaines combinaisons de choix alternatifs sont assez fréquemment prescrites. La ceftriaxone prescrite seule augmente progressivement.

Le nombre d'ordonnances de ceftriaxone 250 mg IM, doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID a cru de six fois entre 2016 et 2019 chez les femmes (de 35 à 214 ordonnances) et est demeuré stable entre 2019 et 2020 (204 ordonnances).

Années 2020-2021

Le nombre d'ordonnances a fortement diminué en avril, mai et juin 2020, à la fois chez les femmes et les hommes. Il est remonté à partir de juillet 2020, mais est demeuré légèrement en deçà des nombres observés durant la période 2018-2019, et ce chez les deux sexes (figure 40 et figure 41).

⁷⁶ Consulter le site Web de l'Institut d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) pour connaître ses plus récentes recommandations concernant le traitement des ITSS (www.inesss.qc.ca/index.php).

Tableau 25 Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contacts (code L), Province, 2016 à 2020

	2016	2017	2018	2019	2020	Total
Femmes	26 963	27 275	28 820	28 699	24 738	136 495
Hommes	44 095	47 338	50 109	50 830	42 133	234 505
Total	71 058	74 613	78 929	79 529	66 871	371 000

Tableau 26 Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2020

	Hommes	Femmes	Total
Azithromycine	20 667	14 739	35 406
Doxycycline	7 023	4 489	11 512
Céfixime	6 430	3 112	9 542
Ceftriaxone	4 236	1 074	5 310
Pénicilline G (benzathine)	1 903	179	2 082
Autres ¹	1 443	154	1 597
Métronidazole	123	883	1 006
Gentamicine	101	28	129
Lévofoxacine	97	18	115
Ciprofloxacine	44	9	53
Amoxicilline	9	27	36
Pénicilline G sodique	31	2	33
Non précisé	16	8	24
Triméthoprim/sulfaméthoxazole	6	11	17
Céfuroxime axetil	4	3	7
Érythromycine	0	1	1
Norfloxacine	0	1	1
Total	42 133	24 738	66 871

¹ Médicaments regroupés dans la catégorie « autres » : lidocaïne, véhicules pour suspension orale, eau stérile pour injection, chlorhydrate de diphenhydramine, chlorure de sodium, perfuseur elastomérique et seringue jetable (sans aiguille).

Tableau 27 Nombre de bénéficiaires¹ ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2016 à 2020

	2016	2017	2018	2019	2020
Femmes	19 108	19 197	20 103	19 863	17 117
Hommes	24 782	25 878	27 002	27 080	23 501
Total	43 890	45 075	47 105	46 943	40 618

¹ Nombre de personnes différentes chaque année, une même personne peut compter dans plus d'une année.

Tableau 28 Nombre d'ordonnances¹ par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2016 à 2020

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total de bénéficiaires ²
2016	Hommes	20 354	4 246	182	24 782
	Femmes	16 784	2 307	17	19 108
	Total	37 138	6 553	199	43 890
2017	Hommes	20 999	4 659	220	25 878
	Femmes	16 766	2 416	15	19 197
	Total	37 765	7 075	235	45 075
2018	Hommes	21 898	4 886	218	27 002
	Femmes	17 530	2 557	16	20 103
	Total	39 428	7 443	234	47 105
2019	Hommes	21 786	5 048	246	27 080
	Femmes	17 233	2 617	13	19 863
	Total	39 019	7 665	259	46 943
2020	Hommes	19 013	4 315	173	23 501
	Femmes	14 853	2 249	15	17 117
	Total	33 866	6 564	188	40 618

¹ Une ordonnance est définie comme tous les médicaments prescrits à une même date (date du service), à un même bénéficiaire.

² Nombre de personnes différentes pour cette année, une même personne est susceptible de compter dans plus d'une année.

Tableau 29 Nombre d'ordonnances selon la nature du cas¹ et le sexe, Province, 2016 à 2020

	Femmes			Hommes			Total ²	Femmes rapport K/L	Hommes rapport K/L	Sexes réunis rapport K/L
	K— personne atteinte	L—cas contact	M— TAP	K— personne atteinte	L—cas contact	M— TAP				
2016	15 260	6 711	0	17 768	13 633	0	53 164	2,3	1,3	1,6
2017	15 404	6 769	0	18 821	14 437	0	55 227	2,3	1,3	1,6
2018	16 153	7 126	0	19 813	14 976	0	57 813	2,3	1,3	1,6
2019	15 971	7 031	76	20 064	14 981	178	58 057	2,2	1,3	1,6
2020	13 372	5 995	523	16 526	12 321	1 439	49 950	2,2	1,3	1,6
Total	76 160	33 632	599	92 992	70 348	1 617	274 211	2,3	1,3	1,6

¹ Code K : personne atteinte; code L : cas contact ; code M—TAP : traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée.

² La somme des codes est plus élevée que le nombre d'ordonnances, car une ordonnance peut contenir plusieurs codes différents (un code par médicament).

Tableau 30 Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2020

Spécialité du prescripteur	2020		
	Femmes	Hommes	Total
Omnipraticiens	26 203	16 940	43 143
Obstétriciens-gynécologues	897	1 204	2 101
Résidents	1 084	726	1 810
Autres spécialités	1 015	444	1 459
Infectiologues	784	374	1 158
Spécialités manquantes	132	112	244
Urologues	13	11	24
Dermatologues	6	5	11
Total	30 134	19 816	49 950

Tableau 31 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2016 à 2020

		2016	2017	2018	2019	2020	Total
Azithromycine 1 g prescrite seule <i>1^{er} choix infection à Chlamydia trachomatis urétrale, endocervicale ou pharyngée¹, 2^e choix infection rectale¹</i>	Femmes	14 160	14 328	15 305	15 231	11 026	70 050
	Hommes	13 439	13 839	15 359	15 820	11 703	70 160
	Total	27 599	28 167	30 664	31 051	22 729	140 210
Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) prescrite seule <i>1^{er} choix infection à Chlamydia trachomatis rectale traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis, urétrale, endocervicale ou pharyngée</i>	Femmes	686	722	926	989	2 955	6 278
	Hommes	1 203	1 406	1 613	1 905	4 327	10 454
	Total	1 889	2 128	2 539	2 894	7 282	16 732
Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) ² <i>1^{er} choix infection à Chlamydia trachomatis rectale traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis, urétrale, endocervicale ou pharyngée</i>	Femmes	854	892	1 125	1 164	3 283	7 318
	Hommes	1 854	2 310	2 614	2 974	5 901	15 653
	Total	2 708	3 202	3 739	4 138	9 184	22 971
Céfixime 800 mg et azithromycine 1 g ² <i>1^{er} choix infection gonococcique sauf infection gonococcique pharyngée</i>	Femmes	3 357	3 341	3 396	3 381	2 460	15 935
	Hommes	7 233	7 660	7 517	7 540	5 287	35 237
	Total	10 590	11 001	10 913	10 921	7 747	51 172
Ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g ² <i>1^{er} choix infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée (jusqu'en août 2020)</i>	Femmes	117	245	311	426	284	1 383
	Hommes	3 662	4 227	4 831	4 575	2 203	19 498
	Total	3 779	4 472	5 142	5 001	2 487	20 881
Ceftriaxone 250 mg ² <i>1^{er} choix infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée (à partir d'août 2020)</i>	Femmes	436	607	791	876	886	3 596
	Hommes	4 367	5 305	5 616	5 396	4 035	24 719
	Total	4 803	5 912	6 407	6 272	4 921	28 315

¹ Incluant femmes enceintes ou qui allaitent et les partenaires de personnes infectées. Changement des recommandations en 2015. La recommandation des Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS en 2013 était azithromycine 1 g pour toutes les infections à *Chlamydia trachomatis* en premier choix, sauf pour femmes enceintes ou qui allaitent. Consulter les Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS en ligne pour les recommandations à jour : <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/outils-par-types/guides-dusage-optimal.html>

² Seule(s) ou en combinaison. Voir à la fin du tableau pour des combinaisons supplémentaires de céfixime et ceftriaxone (par exemple, ceftriaxone toutes doses, prescrite seule).

Tableau 31 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2016 à 2020 (suite)

		2016	2017	2018	2019	2020	Total
Doxycycline 100mg BID ¹ (42 comprimés) <i>1^{er} choix lymphogranulomatose vénérienne</i>	Femmes	9	7	11	21	18	66
	Hommes	272	293	227	256	239	1 287
	Total	281	300	238	277	257	1 353
Azithromycine 2 g prescrite seule <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie avant avril 2018</i>	Femmes	733	687	537	409	308	2 674
	Hommes	834	796	572	330	291	2 823
	Total	1 567	1 483	1 109	739	599	5 497
Azithromycine 2 g et gentamicine 240 mg <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie à partir d'avril 2018</i>	Femmes	0	0	7	16	11	34
	Hommes	0	0	50	110	83	243
	Total	0	0	57	126	94	277
Céfixime 800 mg et Doxycycline 100mg BID (14 comprimés) ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique</i>	Femmes	82	93	102	90	146	513
	Hommes	273	277	264	254	357	1 425
	Total	355	370	366	344	503	1 938
Ceftriaxone 250 mg et Doxycycline 100mg BID (14 comprimés) ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique</i>	Femmes	18	15	18	28	104	183
	Hommes	266	522	562	616	1 007	2 973
	Total	284	537	580	644	1 111	3 156
Ciprofloxacine 500 mg et azithromycine 1 g ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si souche connue sensible</i>	Femmes	16	11	12	8	3	50
	Hommes	25	34	18	7	12	96
	Total	41	45	30	15	15	146
Amoxicilline 500 mg TID ¹ (21 comprimés) <i>traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis femme enceinte ou qui allaite</i>	Femmes	50	27	25	25	22	149
	Hommes	3	4	4	2	5	18
	Total	53	31	29	27	27	167

¹ Seule(s) ou en combinaison.

Tableau 31 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2016 à 2020 (suite)

		2016	2017	2018	2019	2020	Total
Penicilline G benzathine ² 2,4 millions d'unités <i>1^{er} choix syphilis infectieuse</i>	Femmes	96	86	83	140	153	558
	Hommes	1 655	1 663	1 549	1 812	1 733	8 412
	Total	1 751	1 749	1 632	1 952	1 886	8 970
Doxycycline 100 mg BID ^{1,2} (28 comprimés) <i>traitement alternatif de la syphilis</i>	Femmes	1 076	1 069	1 098	996	893	5 132
	Hommes	576	505	442	375	438	2 336
	Total	1 652	1 574	1 540	1 371	1 331	7 468
Doxycycline 100 mg BID prescrite seule (28 comprimés) <i>traitement alternatif de la syphilis</i>	Femmes	469	423	318	255	200	1 665
	Hommes	411	335	290	256	288	1 580
	Total	880	758	608	511	488	3 245
Ceftriaxone 250 mg et doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID (dose totale de 14 000 mg) <i>traitement syndromique de l'atteinte inflammatoire pelvienne</i>	Femmes	35	94	163	214	204	710
	Hommes	0	0	1	1	1	3
	Total	35	94	164	215	205	713
Céfixime 400 mg et azithromycine 1 g ²	Femmes	99	68	44	38	16	265
	Hommes	146	83	74	53	40	396
	Total	245	151	118	91	56	661
Ciprofloxacine seule, toutes doses	Femmes	12	3	6	3	0	24
	Hommes	12	18	14	13	7	64
	Total	24	21	20	16	7	88
Céfixime seul, toutes doses	Femmes	160	153	126	129	106	674
	Hommes	280	231	233	198	155	1 097
	Total	440	384	359	327	261	1 771

Tableau 31 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2016 à 2020 (suite)

		2016	2017	2018	2019	2020	Total
Ceftriaxone seule, toutes doses	Femmes	72	98	131	112	209	622
	Hommes	217	287	318	446	869	2 137
	Total	289	385	449	558	1 078	2 759
Ceftriaxone ² , toutes doses	Femmes	560	768	956	1 032	1 071	4 387
	Hommes	4 515	5 645	5 847	5 640	4 232	25 879
	Total	5 075	6 413	6 803	6 672	5 303	30 266

¹ Incluant femmes enceintes ou qui allaitent et les partenaires de personnes infectées. Changement des recommandations en 2015. La recommandation des Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS en 2013 était azithromycine 1 g pour toutes les infections à *Chlamydia trachomatis* en premier choix, sauf pour femmes enceintes ou qui allaitent. Consulter les Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS en ligne pour les recommandations à jour : <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/outils-par-types/guides-dusage-optimal.html>

² Seule(s) ou en combinaison.

Figure 40 Nombre d'ordonnances selon le mois, femmes, 2018 à 2021.

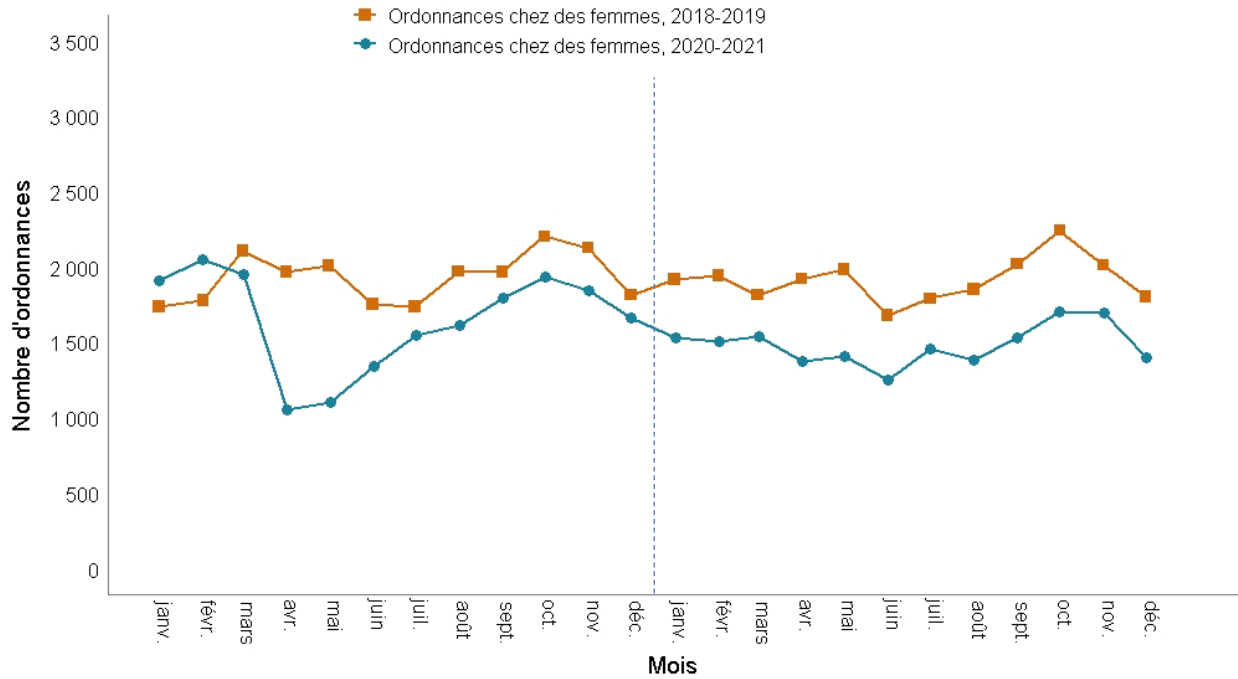
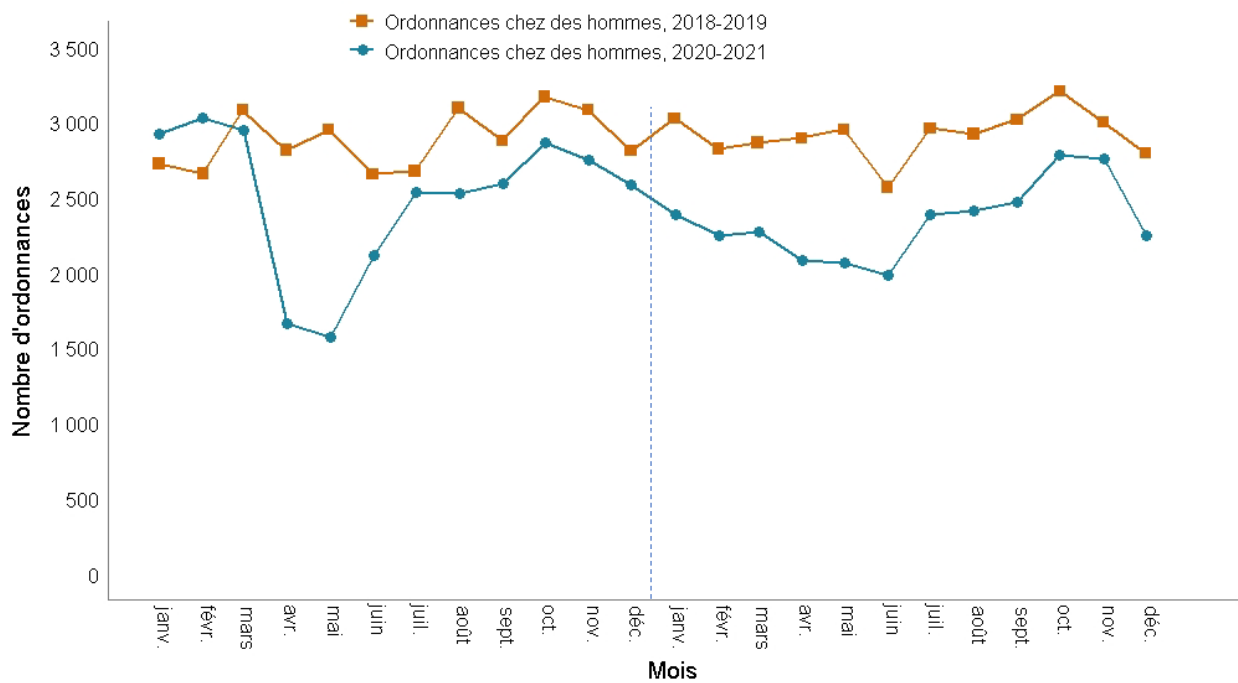


Figure 41 Nombre d'ordonnances selon le mois, hommes, 2018 à 2021.



Commentaires

La base de données analysée est une banque administrative. Les limites habituelles à ce type de banque de données s'appliquent. Il est donc nécessaire d'être très prudent lors de l'interprétation de ces résultats. La qualité des données dépend de l'utilisation adéquate des outils de collecte et du niveau de complétion des informations fournies par les professionnels. Par exemple, les codes servant à différencier les cas-index (code K - personne atteinte) des cas contact (code L - cas contact ayant reçu un traitement épidémiologique) peuvent avoir été inversés par les cliniciens. Les données du programme sous-estiment le nombre de personnes traitées pour une ITS ciblée et le nombre de traitements administrés pour le traitement des ITS ciblées dans la mesure où le traitement serait fourni hors programme (traitement ITS sans que les codes soient inscrits sur la prescription). La base de données ne comprend pas de renseignements directs sur le diagnostic, ce qui limite l'identification de l'ITS traitée. L'ITS traitée peut parfois être déduite à partir des profils de traitement (ex. : prescription de Pénicilline G benzathine et syphilis). Dans certains cas, des interprétations sont nécessaires. L'analyse a toutefois permis de fournir certaines informations utiles.

Le nombre total de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique, de LGV et de syphilis (toutes syphilis) déclarés au registre des MADO en 2020 était de 30 809. Ce nombre est près du nombre d'ordonnances prescrites à des personnes atteintes (code K) en 2020, c'est-à-dire 29 898 ordonnances. Les personnes traitées comme cas contact (code L) peuvent ne pas être incluses dans le fichier MADO car seuls les cas confirmés par laboratoire sont généralement enregistrés au fichier MADO et qu'il est recommandé de traiter les partenaires même en l'absence d'un test avec résultat positif. Pour ces raisons, il n'est pas surprenant d'observer que le nombre total d'ordonnances prescrites dans le cadre de ce programme en 2020 (49 950 – tableau 28) excède le nombre de cas déclarés au registre des MADO. Il est même plutôt rassurant d'observer une différence aussi importante.

Il serait souhaitable que le nombre de cas contacts traités (code L) soit au minimum égal au nombre de personnes atteintes traitées (code K), c'est-à-dire qu'au moins un partenaire soit traité pour chaque cas détecté. Ce n'est pas le cas, et le rapport des codes K/L est stable (1,6) depuis plusieurs années. Une première explication serait qu'il y a place à l'amélioration pour la notification des partenaires et que davantage d'efforts pourraient y être attribués dans le but de contrôler les épidémies d'ITS. Toutefois, une autre explication pourrait être la présence d'erreurs dans les codes K et L. Rappelons que la répartition des ordonnances selon le type de bénéficiaire doit être interprétée avec prudence considérant la possibilité d'inversion du code K (personne atteinte) et du code L (cas contact).

Le traitement accéléré du partenaire d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée⁷⁷ est encadré au Québec depuis la fin de l'année 2019 (code M). L'année 2020 est donc la première année complète pour le code M, qui a été identifié pour 523 ordonnances chez

⁷⁷ <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/itss/tap-personnes-atteintes-infection-c-trachomatis-n-gonorrhoeae>

des femmes et 1 439 ordonnances chez des hommes. Il sera intéressant d'examiner l'évolution de son utilisation dans la pratique clinique.

En général, les changements observés dans la nature des antibiotiques prescrits laissent croire que les recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITS⁷⁸ sont adoptées par une majorité de médecins. Certains éléments méritent d'être soulignés, notamment que l'azithromycine 2 g prescrite seule demeurait fréquente entre 2018 et 2020. Une diminution importante était anticipée à partir du changement de la recommandation en avril 2018, cette monothérapie n'étant plus recommandée pour traiter l'infection gonococcique. Toutefois, le rapport entre les ordonnances d'azithromycine 2 g prescrite seule et le traitement combiné avec gentamicine est de 19 pour 1 en 2018 et de 5 pour 1 en 2019, ce qui suggère un délai dans l'application de cette nouvelle recommandation. Dans le contexte où 23,7 % des souches de *N. gonorrhoeae* étaient résistantes à l'azithromycine en 2020⁷⁹, l'adoption de ce changement des recommandations est importante. On remarque également qu'un nombre très faible de prescriptions de ciprofloxacine est observé au cours des dernières années et que la fréquence a beaucoup diminué. Rappelons qu'un résultat d'antibiogramme devrait toujours être disponible et documenter la sensibilité avant de prescrire cet antibiotique. Comme attendu, le nombre d'ordonnances incluant la doxycycline a augmenté de façon importante en 2020, la recommandation de privilégier cet antibiotique pour le traitement de la chlamydie étant entrée en vigueur en août 2020.

La combinaison de ceftriaxone 250 mg IM, doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID est considérée au Québec comme un traitement spécifique de l'atteinte inflammatoire pelvienne. Une hausse du nombre d'ordonnances est observée au cours des dernières années chez les femmes, une observation qui doit être surveillée et analysée davantage afin de mieux la comprendre.

⁷⁸ <https://www.inesss.qc.ca/outils-cliniques/outils-cliniques/outils-par-types/guides-dusage-optimal.html>

⁷⁹ Lefebvre, B., Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Communication personnelle, novembre 2020.

ANNEXE 3 COVID-19—SONDAGES SUR LES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS DES ADULTES QUÉBÉCOIS

Depuis juillet 2020, 3 300 adultes québécois répondent chaque semaine à un sondage Web portant sur leurs attitudes et leurs comportements dans le contexte de la pandémie de la COVID-19. Le questionnaire comprend environ 60 questions adaptées selon l'évolution de la pandémie et des mesures recommandées par les autorités gouvernementales ([méthode détaillée](#)).

Pour la période de collecte du 4 au 17 mars 2022, des questions supplémentaires portant sur les comportements sexuels ont été posées. Ces questions visaient une meilleure compréhension de l'impact de la pandémie sur la vie sexuelle des adultes québécois (n = 6 024).

Liste des questions posées sur les comportements sexuels :

1. Au début de la pandémie de COVID-19 au Québec (Mars 2020) étiez-vous...?

Célibataire

Dans une relation stable avec cohabitation

Dans une relation stable sans cohabitation

Dans une nouvelle relation

Dans une relation occasionnelle

Dans une relation occasionnelle avec plus d'une personne

Autre type de relation

Je préfère ne pas répondre

2. Depuis le début de la pandémie, quels changements sur différents aspects de votre vie sexuelle avez-vous observés ? (Réponses : A augmenté de façon importante, A augmenté légèrement, Est restée la même, A diminué légèrement, A diminué de façon importante, Je ne sais pas, Je préfère ne pas répondre)

Votre intérêt/désir sexuel

Vos opportunités d'avoir des relations sexuelles

Votre utilisation d'applications/sites de rencontre pour connecter avec des gens en ligne

Votre utilisation d'applications/sites de rencontre pour rencontrer des gens en personnes

Votre nombre de partenaires sexuels

- 3. Pendant le premier confinement (mars 2020 à mai 2020), avez-vous observé un changement dans votre nombre de partenaires sexuels ?** (*Réponses : A augmenté de façon importante, A augmenté légèrement, Est restée la même, A diminué légèrement, A diminué de façon importante, Je ne sais pas, Je préfère ne pas répondre*)
- 4. Au cours de l'année 2020, avec combien de partenaires différents (hommes ou femmes) avez-vous eu des relations sexuelles ?**
- 5. Parmi ces partenaires que vous avez eus au cours de l'année 2020, combien étaient de nouveaux ou nouvelles partenaires (personne avec qui vous avez eu une relation sexuelle pour la première fois) ?**

Centre de référence
et d'expertise



www.inspq.qc.ca