



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

ANNÉE 2017 ET PROJECTIONS 2018

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

ANNÉE 2017 ET PROJECTIONS 2018

RAPPORT

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Novembre 2018

AUTEURS

Karine Blouin, conseillère scientifique
Gilles Lambert, médecin-conseil
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Sylvie Venne, médecin-conseil
Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction générale adjointe de la prévention et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux

SOUS LA COORDINATION DE

Karine Blouin, conseillère scientifique
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

AVEC LA COLLABORATION DE

Raphaël Bitera, conseiller scientifique
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGE

Virginie Boué
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

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

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

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

Dépôt légal – 4^e trimestre 2018
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2368-7126 (PDF)
ISBN : 978-2-550-82789-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2018)

Remerciements

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

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

Nous souhaitons souligner la collaboration de nos collègues de la direction de la prévention des ITSS, de l'Institut national de santé publique du Québec et du Laboratoire de santé publique du Québec, notamment Riyas Fadel et Michel Alary pour la révision de certaines sections, Brigitte Lefebvre pour les informations sur la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* au Québec ainsi que Dieynaba Diallo et Marc Dionne pour la vigie intensifiée de la lymphogranulomatose vénérienne.

Table des matières

Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	VII
Liste des sigles et acronymes	IX
Sommaire	1
1 Introduction	7
2 Notes méthodologiques	9
3 Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : progression constante de l'incidence des cas déclarés.....	13
4 Infection gonococcique : hausse importante du taux d'incidence chez les hommes, et progression de la résistance	23
5 Syphilis infectieuse : hausse préoccupante chez les femmes.....	35
6 Lymphogranulomatose vénérienne : la recrudescence se poursuit	47
7 Hépatite B, un virus encore bien présent	55
8 Hépatite C, un taux deux fois moins élevé que celui du Canada.....	61
9 Infection par le VIH.....	67
10 Populations particulièrement touchées.....	81
Annexe 1 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2017.....	95
Annexe 2 Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) », de 2013 à 2017.....	101

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2013, 2017 et projections pour 2018.....	4
Tableau 2	Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2017.....	5
Tableau 3	Infections à Chlamydia trachomatis aux sites extragénitaux, Québec, 2017	13
Tableau 4	Infection à Chlamydia trachomatis : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2013 à 2018p	17
Tableau 5	Tests de détection de Chlamydia trachomatis réalisés au Québec	18
Tableau 6	Données comparatives sur la surveillance de l'infection à Chlamydia trachomatis	21
Tableau 7	Infections gonococciques aux sites extragénitaux, Québec, 2017.....	23
Tableau 8	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2013 à 2018p.....	29
Tableau 9	Tests de détection de Neisseria gonorrhoeae réalisés au Québec.....	30
Tableau 10	Données comparatives sur la surveillance de l'infection à Neisseria gonorrhoeae.....	33
Tableau 11	Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2013 à 2017.....	39
Tableau 12	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 2013 à 2018p	43
Tableau 13	Données comparatives sur la surveillance de la syphilis infectieuse	46
Tableau 15	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2013 à 2018p.....	58
Tableau 16	Données comparatives de surveillance de l'hépatite B.....	60
Tableau 17	Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2013 à 2018p	64
Tableau 18	Données comparatives de surveillance de l'hépatite C, taux pour 100 000, année 2016.....	66
Tableau 19	Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2017.....	72
Tableau 20	Infection par le VIH chez les HOMMES : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, HOMMES, Québec, avril 2002 à décembre 2017	73
Tableau 21	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 2017.....	74
Tableau 22	Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2017	75
Tableau 23	Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2013 à 2017	77

Tableau 24	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2017.....	97
Tableau 25	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2017.....	98
Tableau 26	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2017.....	99
Tableau 27	Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contacts (code L), Province, 2013 à 2017.....	105
Tableau 28	Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2017.....	105
Tableau 29	Nombre de bénéficiaires ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2013 à 2017.....	106
Tableau 30	Nombre d'ordonnances par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2013 à 2017.....	106
Tableau 31	Nombre d'ordonnances selon la nature du cas (codes K : personne atteinte et L : cas contact) et le sexe, Province, 2013 à 2017.....	107
Tableau 32	Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2017.....	107
Tableau 33	Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2013 à 2017.....	108

Liste des figures

Figure 1	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p.....	14
Figure 2	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2017	15
Figure 3	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2008 à 2018p	15
Figure 4	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2008 à 2018p	16
Figure 5	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p	27
Figure 6	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2017	27
Figure 7	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2008 à 2018p	28
Figure 8	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2008 à 2018p	28
Figure 9	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p	40
Figure 10	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1998 à 2018p	40
Figure 11	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2017.....	41
Figure 12	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2008 à 2018p	41
Figure 13	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2008 à 2018p.....	42
Figure 14	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2018p	50
Figure 15	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2017 (n = 564).....	50
Figure 16	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p	56
Figure 17	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2017	56
Figure 18	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1998 à 2018p.....	57
Figure 19	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p	62
Figure 20	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2017	62
Figure 21	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2008 à 2018p	63

Figure 22	Infection par le VIH : taux d'incidence bruts de nouveaux diagnostics selon le sexe, Québec, de 2003 à 2017	71
Figure 23	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 à 54 ans, Québec, de 2008 à 2017	76
Figure 24	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 à 54 ans, Québec, de 2007 à 2017	76
Figure 25	Tendances de l'utilisation de seringues et de matériel d'injection déjà utilisés par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017	91
Figure 26	Tendances de l'injection à chaque jour dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017	91
Figure 27	Tendances de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017	92
Figure 28	Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017	92
Figure 29	Éléments de la cascade de soins des infections par le VIH, pour les participants recrutés du 1 ^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et du 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2017, réseau SurvUDI	93

Liste des sigles et acronymes

HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
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
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

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 constante depuis 1997, surtout chez les hommes. Cette hausse de cas déclarés pourrait être expliquée en partie par l'évolution de la détection de cette infection.

INFECTIONS GONOCOCCIQUES

- Le taux d'incidence et le nombre de cas déclarés d'infections gonococciques ont presque doublé entre 2013 et 2017. Cette hausse s'est accentuée depuis 2015 chez les hommes. La hausse rapide et importante du nombre de cas déclarés d'infections gonococciques semble expliquée en partie par la possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales grâce à des analyses plus sensibles que la culture. Le nombre d'infections extragénitales déclarées en 2017 est cinq fois plus élevé qu'en 2013.
- La progression de la résistance du gonocoque aux antibiotiques est très inquiétante, en particulier l'augmentation de la résistance à l'azithromycine qui atteint 31 % en 2017. Une première souche non sensible à la fois à la céfixime et à la ceftriaxone a été détectée en 2017 au Québec. Cette souche est également la première au Canada. Elle s'ajoute aux trois autres souches non sensibles à la céfixime observées au Québec à ce jour. 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 des résistances (et des échecs au traitement pouvant en résulter) et celui d'être en mesure de proposer des schémas thérapeutiques efficaces.

Même si la hausse réelle de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique est possiblement de moindre envergure que la hausse observée des cas déclarés, il est indéniable que ces infections sont très fréquentes, particulièrement chez les jeunes. Force est de constater que l'épidémie se poursuit. En fait, une meilleure détection des cas permet probablement d'avoir un portrait de plus en plus juste de l'ampleur de cette épidémie.

SYPHILIS

- L'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal, touche maintenant la plupart des régions du Québec. Une éclosion est survenue au Nunavik en 2017. La hausse importante observée au cours des dernières années dans la province est préoccupante. Cette hausse concerne surtout les hommes, mais une augmentation est également observée chez les femmes en 2017. 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 et un en 2018, par rapport à cinq cas au total entre 2000 et 2015. Une diminution semble s'amorcer en 2017 (918 cas), et le nombre projeté pour l'année 2018 est de 772 cas.

LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE

- Une recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne est observée depuis le printemps 2013 et touche presque exclusivement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Cette hausse s'est d'ailleurs fortement intensifiée entre 2014 et 2016, année où un pic de 122 cas a été observé. Une diminution semble s'amorcer en 2017 avec 105 cas, et le nombre projeté pour l'année 2018 est de 77 cas.

HÉPATITES

- Entre 1994 (année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire) et 2017, le taux annuel de cas déclarés d'hépatite B aiguë a diminué de 100 % et celui de cas d'hépatite B chronique/ou stade non précisé a diminué de près de 50 %. Avec encore près de 1 000 cas d'hépatite B déclarés en 2017, le virus de l'hépatite B est toujours bien présent au Québec, 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.
- Environ 1 000 cas d'hépatite C (de stade aigu ou de stade non précisé) ont été déclarés en 2017. L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les utilisateurs de drogues ainsi que la sous-estimation du nombre réel de cas aigus/récents 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 sont aussi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI).

VIH

- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics de l'infection par le VIH tend à diminuer légèrement depuis quelques années, notamment chez les HARSAH. Cette diminution est plus prononcée en 2017; il sera très intéressant de surveiller si elle se poursuit. Une hausse du nombre de cas enregistrés chez les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique est toutefois observée en 2017 et concerne principalement des personnes sans numéro d'assurance 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 régions où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, les autochtones ainsi que les travailleurs et travailleuses du sexe. Cela s'explique par divers facteurs sociaux et interpersonnels, par des pratiques qui augmentent le risque d'être exposé et bien évidemment, par une prévalence plus élevée des ITSS à l'intérieur même de ces groupes (ce qui augmente la possibilité qu'une prise de risque soit vécue avec une personne infectée).

- Les personnes UDI sont particulièrement affectées par le virus de l'hépatite C et par le VIH. L'injection de médicaments opioïdes est en forte hausse depuis quelques années. Cette hausse est inquiétante, car le risque de dépendance aux médicaments opioïdes ainsi que le risque de surdose sont importants; la consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et donc le risque d'infection par le VIH et le VHC. Une amélioration encourageante de la prise en charge clinique des personnes UDI pour

leur infection par le VIH a été observée au cours des dix dernières années. Les deux premières cibles de la cascade de soins VIH fixées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (décrites ci-après) sont atteintes dans cet échantillon. Toutefois, il y a une place importante pour l'amélioration dans le cas de la prise en charge des infections par le VHC. Seulement le quart (27 %) des participants au réseau SurvUDI se sachant séropositifs au VHC ont déjà pris des médicaments contre cette infection.

- Les hommes gais, bisexuels et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne; ils représentent une proportion très importante des cas d'infection gonococcique et des cas d'infection au VIH. En 2017-2018, la prévalence de l'infection au VIH parmi les participants à l'étude Engage auprès des HARSAH de la région métropolitaine de Montréal (15 %) est 75 fois plus élevée que celle estimée dans l'ensemble de la population du Québec (0,2 %).

La proportion des participants à l'étude Engage qui rapportent s'être injectés des drogues au cours des six derniers mois (6,0 %) est préoccupante et beaucoup plus élevée que parmi la population générale (0,5 %). De plus la consommation de « crystal meth » semble en croissance. Compte tenu des enjeux de santé publique associée à ce type de drogue, il est important d'en prévenir l'extension.

Les trois cibles de la cascade de soins VIH fixées par l'ONUSIDA sont atteintes dans cet échantillon d'HARSAH. L'atteinte de ces cibles n'est pas un phénomène statique, la situation peut se détériorer ou stagner, particulièrement la capacité des membres de certains sous-groupes d'accéder et d'adhérer au traitement.

Conclusion

Les constats issus de la vigie et de la surveillance des ITSS confirment la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux joindre, dépister, détecter et traiter les ITSS¹. La prévention des ITSS est l'un des objectifs poursuivis par le Programme national de santé publique 2015-2025² (PNSP).

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 la santé sexuelle et la consommation de substances psychoactives. La surveillance des ITSS favorise l'appropriation et l'utilisation des données de surveillance pour soutenir la planification et l'évaluation des actions.

Des travaux sont en cours pour optimiser le programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec par l'ajout des indicateurs de la cascade de soins pour les PVVIH ainsi que d'un algorithme pour évaluer la récence des infections. Ces travaux sont en lien avec les récentes recommandations d'ONUSIDA à propos des nouvelles cibles à atteindre : 90-90-90³. Ces cibles sont, d'ici 2020, d'atteindre 90 % de personnes séropositives connaissant le statut sérologique, 90 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevant des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitement antirétroviraux ayant une charge virale supprimée.

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/>

³ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2014) 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2013, 2017 et projections pour 2018

Infections	Province de Québec					
	2013		2017		2018p ^a	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bactériennes						
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	22 228	272,6	26 656	316,5	27 105	319,3
▪ < 1 an–Sexes réunis	8	9,0	4	4,4	5	5,4
▪ 15-24 ans–Hommes	3895	760,7	4576	967,1	4513	972,8
▪ 15-24 ans–Femmes	10 398	2075,6	10 837	2371,1	10 680	2394,4
Lymphogranulomatose vénérienne	49	0,6	105	1,2	77	0,9
Infection gonococcique	2635	32,3	6142	72,9	7122	83,9
▪ < 1 an–Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	0	0,0
▪ 15-24 ans–Hommes	537	104,9	1046	221,1	1208	260,5
▪ 15-24 ans–Femmes	531	106,0	644	140,9	692	155,2
Syphilis infectieuse^b	635	7,8	918	10,9	760	8,9
▪ 15-24 ans–Hommes	95	18,6	109	23,0	54	11,5
▪ 15-24 ans–Femmes	18	3,6	24	5,3	20	4,4
Syphilis congénitale	1	0,6	1	0,5	nd	nd
Virales						
Hépatite B^c	940	11,5	989	11,7	1151	13,6
▪ aiguë–Sexes réunis	18	0,2	11	0,1	15	0,2
▪ < 1 an–Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C^d	1235	15,1	1027	12,2	1312	15,5
▪ < 1 an–Sexes réunis	1	1,1	3	3,3	2	1,8
Infection par le VIH	362	4,5	343	4,1	nd	nd
▪ Transmission mère-enfant ^e	0	nd	2	nd	nd	nd
▪ 15-24 ans–Hommes	39	7,6	25	5,3	nd	nd
▪ 15-24 ans–Femmes	6	1,2	4	0,9	nd	nd

^a Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 222 premiers jours de l'année.

^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 (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).

^f Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Programme de surveillance du VIH au Québec (Institut national de santé publique du Québec).

Tableau 2 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2017

Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ^a		Lympho-granulomatose vénérienne		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ^d
17	5805,0	17	2060,6	17	236,3	6	4,2	6	28,6	17	22,2	6	10,1
18	2098,3	6	176,1	6	23,9	QC	1,2	17	22,2	6	18,8	QC	4,1
4	368,2	18	137,0	QC	10,9	15	0,8	7	15,8	7	15,8	13	3,9
6	365,2	QC	72,9	3	9,2	3	0,7	QC	11,7	15	15,3	3	3,5
15	350,6	7	60,0	7	8,8	5	0,6	13	10,7	9	12,6	4	2,7
8	331,5	3	56,4	16	7,9	12	0,5	16	9,3	3	12,4	14	2,7
3	324,4	13	46,7	2	6,8	16	0,4	3	7,2	QC	12,2	16	2,3
QC	316,5	15	38,2	4	6,2	7	0,3	5	5,8	14	11,6	7	2,3
9	310,7	16	37,8	13	6,1	1	0,0	4	4,3	18	11,0	2	2,1
14	295,7	14	35,6	14	5,6	2	0,0	9	4,2	5	10,8	15	1,6
13	281,0	5	28,8	5	5,6	4	0,0	1	4,0	11	9,7	5	1,2
2	273,4	10	28,5	15	5,1	8	0,0	12	3,7	16	9,5	11	1,1
10	271,0	8	28,1	12	4,0	9	0,0	14	3,5	8	9,4	12	0,7
5	266,4	4	25,9	8	3,3	10	0,0	2	2,9	4	9,1	8	0,7
7	261,5	12	18,7	9	1,0	11	0,0	11	2,2	10	7,1	1	0,0
16	243,8	2	13,3	1	0,5	13	0,0	8	2,0	13	6,8	9	0,0
1	232,0	11	10,8	10	0,0	14	0,0	15	0,7	2	4,7	10	0,0
12	219,5	1	8,5	11	0,0	17	0,0	10	0,0	12	3,5	17	0,0
11	152,3	9	4,2	18	0,0	18	0,0	18	0,0	1	3,5	18	0,0

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

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

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

^d Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2017.

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

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

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

EFFECTIFS DE POPULATION PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE, 2017



RSS = Région socio-sanaire	Effectifs population	RSS = Région socio-sanaire	Effectifs
01 Bas-Saint-Laurent	200 868	11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	92 606
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	279 082	12 Chaudière–Appalaches	427 298
03 Capitale-Nationale	748 061	13 Laval	440 910
04 Mauricie et Centre-du-Québec	514 452	14 Lanaudière	516 676
05 Estrie	482 760	15 Laurentides	609 441
06 Montréal	2 021 321	16 Montérégie	1 401 273
07 Outaouais	398 073	17 Nunavik	13 540
08 Abitibi-Témiscamingue	149 330	18 Terres-Cries-de-la-Baie-	18 253
09 Côte-Nord	95 265		
10 Nord-du-Québec	14 024	QC Province de Québec	8 423 233

1 Introduction

Le présent portrait s'inscrit dans le cadre du Programme national de santé publique⁴. Ce document s'adresse aux professionnels de la santé, aux associations, aux intervenants, aux groupes communautaires et aux individus engagés, de près ou de loin, dans la 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.

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

Ces infections sont visées par la Loi sur la santé publique. L'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne, l'hépatite B et l'hépatite C doivent être déclarées au directeur de santé publique par les médecins 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. Les médecins doivent déclarer les cas détectés chez une personne qui a reçu ou donné du sang, des produits sanguins, organes ou tissus. 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. Les derniers cas au Québec ont 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 MADO tenu par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), lui-même rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

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.

⁴ Ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction générale de la santé publique (2016) Programme national de santé publique 2015-2025 - Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 85 p.

2 Notes méthodologiques

Les notes méthodologiques s'appliquent aux cas d'ITSS inscrits dans le fichier des MADO, tenu par le LSPQ. En ce qui concerne les données tirées d'études épidémiologiques particulières, le lecteur peut consulter 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 ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent non détectés et, a fortiori, non déclarés. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. Comme les femmes ont plus régulièrement des contacts avec le système de santé, les occasions se révèlent plus nombreuses que l'infection soit dépistée chez elles et, de ce fait, que la proportion de cas féminins déclarés soit plus élevée que celle des cas masculins. De façon générale, la déclaration des cas (sa justesse par rapport à la situation réelle) est influencée par les facteurs suivants :

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

2.2 Cas anciens ou nouveaux

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

2.3 Extraction des données 1990-2017

Pour les années CDC 1990 à 2017 (du 1^{er} janvier 1990 au 30 décembre 2016), 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 registre des MADO à l'Infocentre le 4 juin 2018.

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), 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 Projections 2018

Les projections pour l'année 2018 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC, soit entre le 1er janvier et le 11 août 2018, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-unis pour l'année 2018 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du fichier des MADO le 18 septembre 2018 – sauf celles qui concernent la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne, dont l'extraction a été effectuée le 15 octobre 2018. Les projections doivent être interprétées avec prudence, en particulier si le rythme de déclaration change en cours d'année.

2.5 Calcul des taux

Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017). Les données ont été tirées du rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique, mise à jour de l'indicateur le 29 mars 2017.

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

Numérateur

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

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

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

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

2.6 Site anatomique de l'infection⁷

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 2017, on retrouve 24 cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* et six cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MADO est le col utérin. La standardisation de la saisie de cette variable est souhaitable.

2.7 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale

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

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

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

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

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

3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : progression constante de l'incidence des cas déclarés

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.

3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2017

- L'infection à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 26 656 cas déclarés en 2017 (taux de 316 pour 100 000 personnes), dont 61 % sont des femmes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 67 % des cas féminins et 44 % des cas masculins. Le taux d'incidence dans ce groupe d'âge (1 658 pour 100 000) est 11 fois plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (150 pour 100 000).
- Parmi les hommes, ceux âgés de 20 à 24 ans ont les taux les plus élevés (1 291 pour 100 000), suivis de ceux âgés de 25 à 29 ans (825 pour 100 000).
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont chez celles âgées de 15 à 24 ans (2 371 pour 100 000) et chez celles âgées de 25 à 29 ans (1 006 pour 100 000).
- La proportion d'infections aux sites extragénitaux (anus-rectum ou pharynx) est plus élevée chez les hommes (18 %) que chez les femmes (1,9 %) : le tableau ici-bas présente la répartition des cas pour les sites extragénitaux chez les hommes et les femmes.

Tableau 3 Infections à *Chlamydia trachomatis* aux sites extragénitaux, Québec, 2017

Cas avec information disponible sur le site*	Hommes N = 9 656		Femmes N = 14 886	
	n	%	n	%
Site anus-rectum**	1 452	15 %	153	1,0 %
Seulement Anus-rectum	1 221	13 %	62	0,4 %
Seulement Anus-rectum et pharynx	109	1,1 %	7	0,05 %
Site pharynx**	394	4 %	148	1,0 %
Seulement Pharynx	238	2,5 %	62	0,4 %
Sites extragénitaux**	1 718	18 %	278	1,9 %
Seulement sites extragénitaux	1 568	16 %	131	0,9 %

* Hommes : 656 cas pour lesquels le site est manquant et 35 cas pour lesquels l'information est invalide (col utérin, vagin ou trompes comme seuls sites rapportés), ont été exclus de l'analyse. Femmes : 1 345 cas pour lesquels le site est manquant ont été exclus de l'analyse.

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

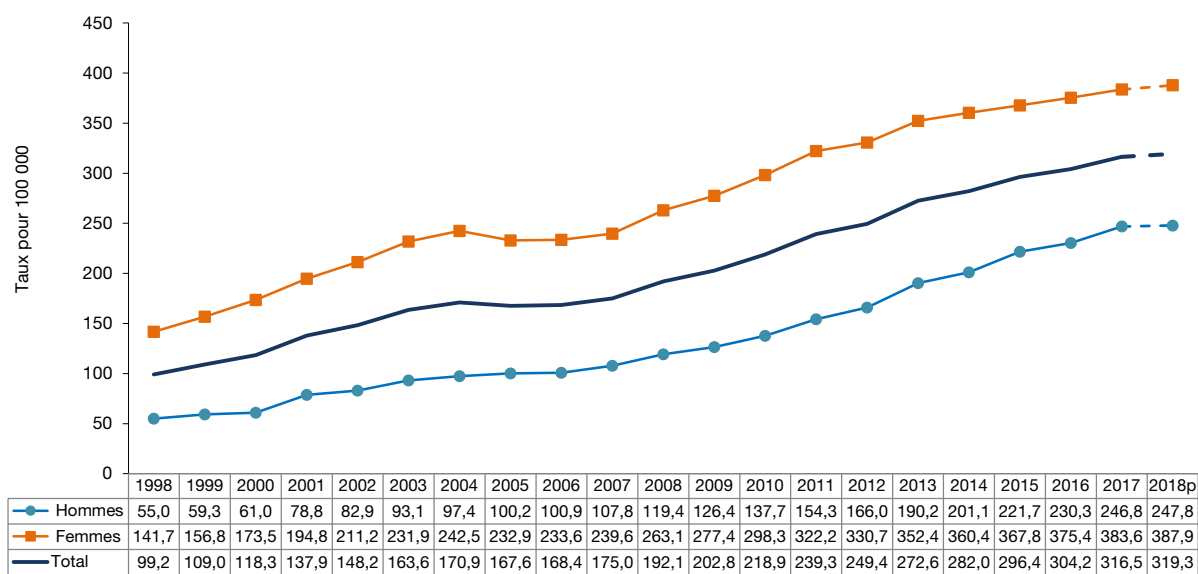
Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

- 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 dix-huit et sept fois supérieur à celui de la province. À l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ce sont la Mauricie-Centre-du-Québec, Montréal, les Laurentides, l'Abitibi-Témiscamingue et la région de la Capitale Nationale qui enregistrent les taux les plus élevés. Les taux les plus faibles s'observent en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, en Chaudière-Appalaches et au Bas-Saint-Laurent.
- Dans la région de Montréal, la proportion de cas masculins dont le site d'infection est uniquement extragénital est de 31 %, soit près du double de celle de l'ensemble du Québec (16 %).

3.2 Tendances des cinq dernières années (2013-2017)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 16 % entre 2013 et 2017; cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+30 %) que chez les femmes (+ 9 %). La hausse a été de +4 % entre 2016 et 2017 et, selon les projections, les taux de 2018 seront similaires à ceux de 2017, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Tous les groupes d'âge sont touchés par la hausse des taux d'incidence.
 - En ce qui concerne les cas féminins, entre 2013 et 2017, on observe des hausses des taux d'incidence de 14 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, de 27 % chez les femmes qui ont entre 25 et 29 ans, de 22 % chez celles qui ont entre 30 et 39 ans et de 49 % chez celles qui ont 40 ans ou plus.
 - Pour ce qui est des cas masculins, entre 2013 et 2017, on observe une hausse du taux d'incidence de 27 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, de 36 % chez les hommes de 25 à 29 ans, de 50 % chez ceux de 30 à 49 ans, et de 121 % chez ceux de 50 à 64 ans.
- Entre 2013 et 2017, le nombre de déclarations de cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes dont le seul site d'infection est le site rectal est passé de 486 à 1221, soit une augmentation de 151 %.
- Entre 2013 et 2017, une hausse des taux d'incidence s'observe dans toutes les régions sociosanitaires du Québec, sauf les régions de l'Estrie (-6,6 %), la Côte-Nord (-6 %) et de l'Outaouais (-1,8 %). Les hausses les plus importantes sont observées dans les régions du Bas-Saint-Laurent (+46 %), du Nunavik (+44 %) et de la Mauricie-Centre-du-Québec (+31 %).

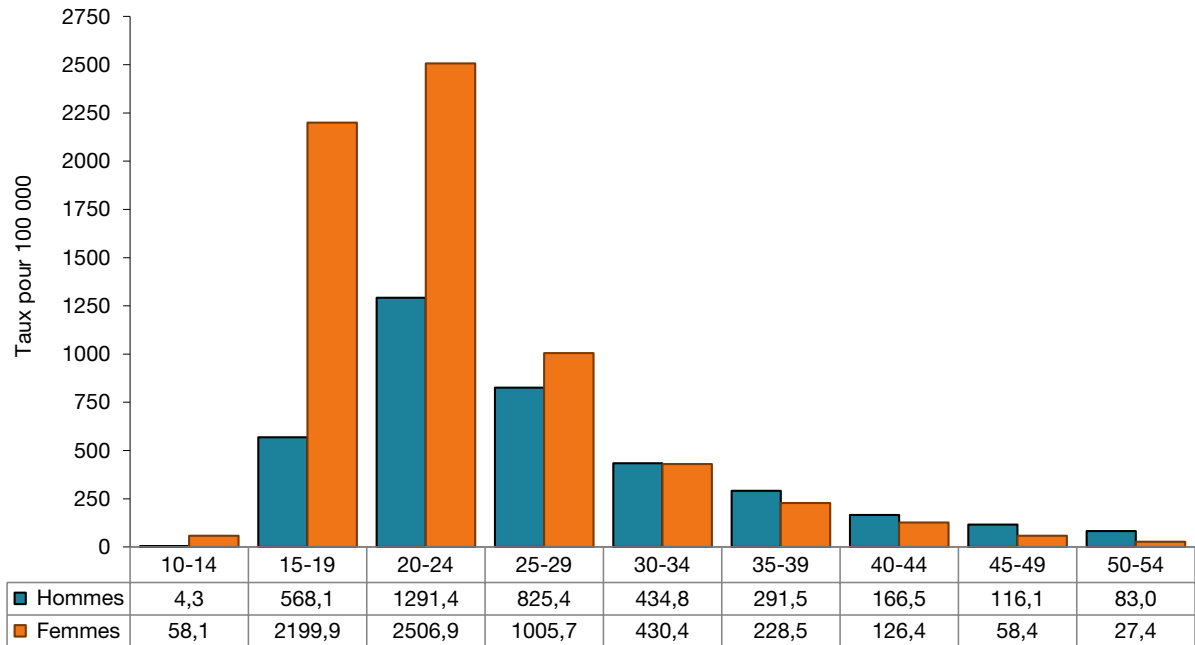
Figure 1 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

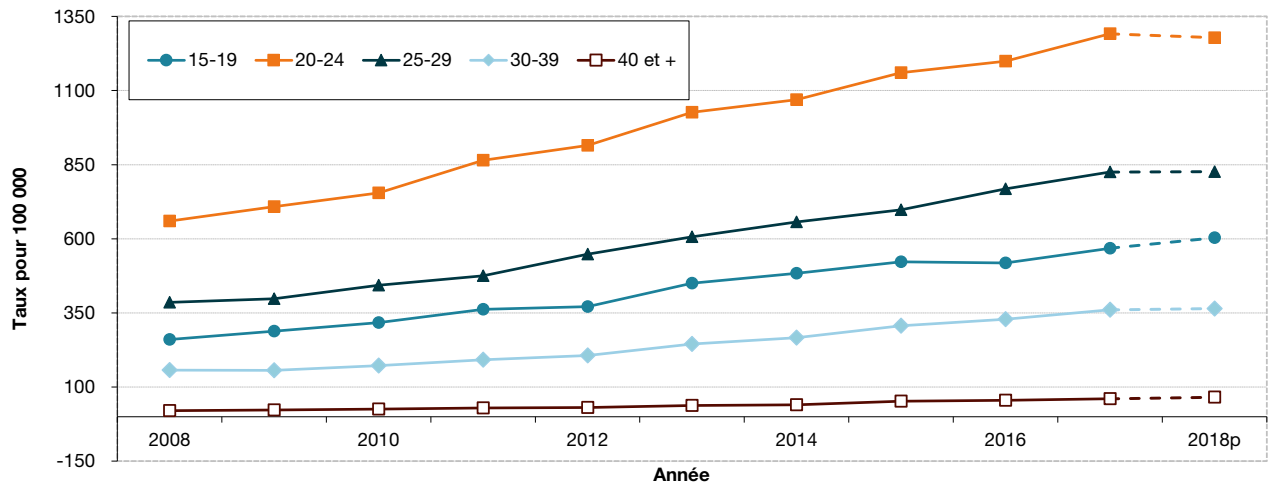
Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'infocentre.

Figure 2 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2017



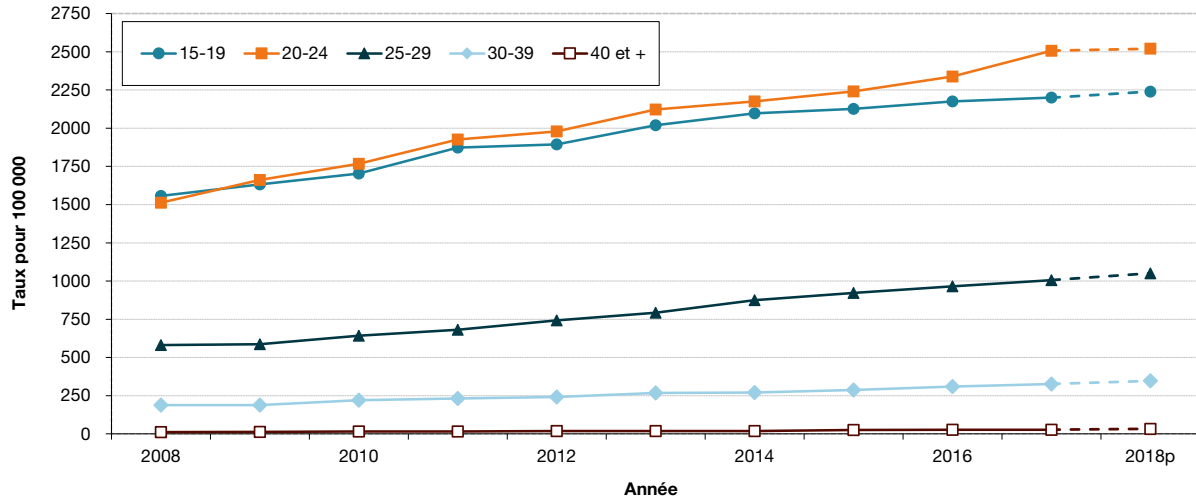
Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.
Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Figure 3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2008 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.
Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Figure 4 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2008 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

Tableau 4 Infection à *Chlamydia trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2013 à 2018p

Région	2013		2014		2015		2016		2017		Moyenne 2013-2017		2018p		Variation 2017-2013			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	320	159,1	392	195,0	401	199,6	372	185,2	466	232,0	390	194,2	442	220,2	146	45,6	72,9	45,8
Saguenay-Lac-Saint-Jean	632	227,3	690	247,9	670	240,5	716	256,8	763	273,4	694	249,2	806	288,4	131	20,7	46,1	20,3
Capitale-Nationale	2 006	276,7	2 031	277,9	2 141	290,6	2 329	313,7	2 427	324,4	2 187	296,8	2522	334,7	421	21,0	47,8	17,3
Mauricie et Centre-du-Québec	1 422	281,1	1 637	322,3	1 700	333,2	1 709	333,6	1 894	368,2	1 672	327,8	1891	366,0	472	33,2	87,0	30,9
Estrie	1 339	285,3	1 292	273,3	1 388	291,5	1 340	279,5	1 286	266,4	1 329	279,2	1503	309,2	-53	-4,0	-18,9	-6,6
Montréal	5 692	290,4	5 991	303,1	6 425	322,5	6 631	330,4	7 381	365,2	6 424	322,6	7242	355,8	1689	29,7	74,7	25,7
Outaouais	1 015	266,3	993	257,7	1 068	274,2	1 124	285,5	1 041	261,5	1 048	269,1	1294	321,6	26	2,6	-4,8	-1,8
Abitibi-Témiscamingue	470	317,7	400	269,8	536	360,7	464	311,4	495	331,5	473	318,2	409	273,4	25	5,3	13,8	4,3
Côte-Nord	316	330,7	318	333,0	325	340,7	340	356,6	296	310,7	319	334,4	340	357,4	-20	-6,3	-20,0	-6,0
Nord-du-Québec	32	224,5	27	190,0	29	205,4	46	327,0	38	271,0	34	243,4	38	270,8	6	18,8	46,4	20,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	131	140,4	138	148,3	152	163,7	131	141,3	141	152,3	139	149,2	107	115,5	10	7,6	11,8	8,4
Chaudière-Appalaches	734	175,3	702	166,8	806	190,5	929	218,5	938	219,5	822	194,3	927	216,0	204	27,8	44,2	25,2
Laval	971	232,7	924	218,2	1 085	252,7	1 117	256,7	1 239	281,0	1 067	248,6	1223	273,9	268	27,6	48,3	20,8
Lanaudière	1 366	279,4	1 484	299,2	1 535	305,3	1 518	297,8	1 528	295,7	1 486	295,6	1677	320,3	162	11,9	16,4	5,9
Laurentides	1 728	297,4	1 865	317,1	1 890	317,5	2 063	342,5	2 137	350,6	1 937	325,4	2151	348,8	409	23,7	53,2	17,9
Montérégie	3 233	239,8	3 440	252,6	3 508	255,1	3 654	263,2	3 417	243,8	3 450	251,0	3611	255,3	184	5,7	4,0	1,7
Nunavik	511	4 029,0	509	3 939,3	555	4 232,1	613	4 606,9	786	5 805,0	595	4 536,0	523	3 806,3	275	53,8	1 776,0	44,1
Terres-Cries-de-la-Baie-James	310	1 816,5	363	2 089,8	358	2 027,1	332	1 849,0	383	2 098,3	349	1 977,2	396	2 136,4	73	23,5	281,8	15,5
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		3		0			
Province de Québec	22 228	272,6	23 193	282,0	24 572	296,4	25 428	304,2	26 656	316,5	24 415	294,5	27 105	319,3	4 428	19,9	43,9	16,1

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2018 est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC. Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

3.3 Commentaires

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est très fréquente et l'incidence de cas déclarés continue d'augmenter parmi tous les groupes d'âge.

Même si les hausses du taux d'incidence de cas déclarés sont moins fortes chez les jeunes de 15 à 24 ans, ils continuent de constituer la majorité (58 % en 2017) des cas déclarés d'infections à *Chlamydia trachomatis*.

L'épidémiologie de cette infection chez les personnes de 40 ans et plus est peu étudiée, mais c'est dans ce groupe d'âge que les plus fortes hausses sont observées entre 2013 et 2017 : +49 % pour les femmes et +61 % pour les hommes. Parmi les cas déclarés chez les femmes, le groupe d'âge des 40 ans et plus comptait pour 3 % (404/14465) des cas déclarés en 2013 et 4 % (627/16231) en 2017; l'augmentation d'incidence touche donc une faible proportion de cas. Par contre, chez les hommes, le groupe d'âge des 40 ans et plus comptait pour 10 % (772/7705) des cas déclarés en 2013 et 13 % (1313/10347) en 2017; l'augmentation concerne particulièrement les hommes âgés de 50 à 64 ans. Le taux a plus que doublé dans ce groupe d'âge qui constitue maintenant 5 % de l'ensemble des cas déclarés. Il serait difficile d'émettre des hypothèses pour expliquer cette situation, mais ce constat justifie de suivre plus attentivement la progression de cette ITS chez les hommes de 40 ans et plus.

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

Une des hypothèses pouvant expliquer l'augmentation du nombre de cas déclarés d'infections à *Chlamydia trachomatis* est l'évolution de l'utilisation des tests de détection :

Tableau 5 Tests de détection de *Chlamydia trachomatis* réalisés au Québec

Recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> (Ct)	2012-2013	2016-2017	2017-2018
TAAN spécimen génital*	365 535	384 843	468 127
TAAN spécimen urinaire*	204 987	292 677	333 893
TAAN spécimen extragénital*	ND	61 702	82 990
Autres (culture, immunofluorescence)	1 620	671	899
Total	572 142	739 893	885 909

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

Source : 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 5 juillet 2018.

Parallèlement à une augmentation de 16 % des cas déclarés entre 2013 et 2017, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec^{9,10} a crû de 29 % entre l'année 2012-2013 et l'année 2016-2017. La tendance se poursuit en 2017-2018 avec une augmentation de 19 % par rapport à l'année précédente. L'interprétation du parallèle entre la progression du nombre de tests de détection 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.

⁹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle d'Andréanne Savard, en date du 5 juillet 2018.

¹⁰ La majorité (94 %) des TAAN effectués pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* détectent aussi le *Neisseria gonorrhoeae*.

L'augmentation du nombre de tests effectués ne signifie donc pas nécessairement que plus de personnes ont eu un test de détection, mais peut aussi s'expliquer par une augmentation du nombre de sites prélevés et analysés par personne, notamment les prélèvements de sites extragénitaux.

- Le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par amplification des acides nucléiques (TAAN) sur des spécimens urinaires a augmenté de 43 % entre l'année 2012-2013 et l'année 2016-2017 et de 14 % entre 2016-2017 et 2017-2018. Plusieurs trousseaux utilisés au Québec permettent aussi l'analyse sur des spécimens vaginaux (inclus dans spécimens génitaux) qui peuvent être autoprélevés. Les TAAN sont donc de plus en plus souvent effectués sur des spécimens prélevés de façon moins invasive pour les personnes qui passent un test (p. ex. : spécimen urinaire, autoprélèvements vaginaux). Ces modes de prélèvement facilitent le dépistage.
- Depuis quelques années, 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 usage¹¹. Leur validité (sensibilité et spécificité) sur des spécimens extragénitaux a été démontrée et leur utilisation est actuellement recommandée lors de certaines situations de dépistage (se référer au tableau intitulé « Prélèvement et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques » en lien avec le Guide québécois de dépistage des ITSS). À titre indicatif, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par TAAN sur des prélèvements provenant de sites extragénitaux réalisés en 2017-2018¹² correspond à 9 % de tous les tests de détection de cette infection pour cette période. Parallèlement, on retrouve une infection à au moins un site extragénital chez 8 % des cas déclarés en 2017.
- En 2017, 16 % des cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* déclarés chez des hommes sont des infections uniquement extragénitales (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 extragénitaux. Chez les hommes, la hausse d'infections uniquement extragénitales observée entre 2013 (540 cas) et 2017 (1 568 cas) représente une différence de 1 028 cas; ce nombre représente 39 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2013 et 2017 (2 642).
- Dans la région de Montréal, la croissance du nombre d'infections uniquement extragénitales (de 413 en 2013 à 1 107 en 2017, soit 694 de plus) représente 53 % de l'augmentation du nombre de cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés entre 2013 et 2017 (1 300).
- La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales 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 extragénitales est trop faible pour avoir une influence 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* utilisent des trousseaux 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.

¹¹ Comité sur les analyses de laboratoire relatives aux ITSS, Avis sur le dépistage de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* à partir de sites extragénitaux, (Québec), Institut national de santé publique du Québec, 2 octobre 2013, 38 p.

¹² 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 13 juillet 2017. Il est difficile de comparer avec les années antérieures puisqu'il s'agit d'un code introduit seulement en 2014-2015 et que la saisie du nouveau code n'a possiblement pas été immédiatement intégrée de façon optimale dans tous les laboratoires.

Ces infections ont probablement été détectées lors de la recherche d'infection gonococcique 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 extragénitales.

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

Dans le cadre de l'étude PIXEL¹³, la première étude québécoise visant à estimer la prévalence de la chlamydie génitale au sein de la population générale des jeunes adultes, des participants âgés de 17 à 29 ans ont été recrutés entre mai 2013 et juin 2014, au sein d'une diversité d'établissements scolaires (écoles de formation professionnelle, centres d'éducation pour adultes, cégeps et universités), et de milieux de travail localisés dans un total de neuf régions administratives.

Parmi spécifiquement les jeunes âgés de 20 à 24 ans, sexuellement actifs ou non, recrutés par l'équipe PIXEL en milieu scolaire, la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* était de 2,9 % chez les hommes et de 2,5 % chez les femmes alors qu'en 2013, au moment de la collecte de l'étude PIXEL, le taux de cas déclarés de CT au registre MADO parmi les 20 à 24 ans avait été respectivement de 1,0 % chez les hommes et de 2,2 % chez les femmes. Ce constat appuie l'hypothèse que les données de déclaration MADO sous-estiment le fardeau réel de l'infection, en particulier chez les hommes, lesquels sont moins en contact avec le système de santé et font donc moins souvent l'objet de tests de dépistage.

Le Québec ne dispose pas de données populationnelles périodiques permettant d'apprécier l'évolution de la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*. Même si la hausse réelle de la prévalence est possiblement moindre que la hausse observée des cas déclarés, il demeure que la chlamydie est extrêmement fréquente, particulièrement chez les jeunes. Jusqu'à 19 % des participantes à l'étude PIXEL sexuellement actives et âgées de 21-29 ans ont rapporté avoir reçu un diagnostic de *Chlamydia trachomatis* au cours de leur vie. L'amélioration de la détection des cas permet probablement d'avoir un portrait de plus en plus juste de l'ampleur de la situation.

Aux États-Unis, le taux d'incidence de cas rapportés pour la population des personnes de 14 à 39 ans, tant en 2007 ou en 2012, est de moins de 1 %¹⁴ alors que la prévalence au cours de la même période, mesurée à partir d'enquêtes sociosanitaires, est estimée à 1,7 %¹⁵. Alors que le taux d'incidence de cas rapportés pour ce groupe d'âge a augmenté de 12 % entre 2007 (878 par 100 000) et 2012 (984 par 100 000)¹⁶, la prévalence est demeurée relativement stable au cours de

¹³ Lambert G, Mathieu-Chartier S, Goggin P, Maurais É, équipe PIXEL. Étude PIXEL – Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec. Québec : Institut national de la santé publique du Québec; 2017. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/es/node/9650>

¹⁴ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (NCHSTP), Division of STD/HIV Prevention, Sexually Transmitted Disease Morbidity for selected STDs by age, race/ethnicity and gender 1996-2014, CDC WONDER Online Database. Accessed at <http://wonder.cdc.gov/std-race-age.html> on Jun 19, 2018 11:27:26 AM

¹⁵ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Chlamydia trachomatis genital infection among persons aged 14-39 ans, United States 2007-2012. MMWR Septembre 2014, Vol 63 no 38;834-838.

¹⁶ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (NCHSTP), Division of STD/HIV Prevention, Sexually Transmitted Disease Morbidity for selected STDs by age, race/ethnicity and gender 1996-2014, CDC WONDER Online Database. Accessed at <http://wonder.cdc.gov/std-race-age.html> on Jun 19, 2018 11:27:26 AM

cette même période (1,7 %)¹⁶. La prévalence étant mesurée à partir d'analyses effectuées sur des spécimens urinaires, elle ne tient pas compte des infections extra-génitales; chez les hommes, la prévalence réelle de l'infection à *Chlamydia trachomatis* est possiblement supérieure à ce qui est estimé à partir de ces études. Parmi les femmes âgées de 14 à 24 ans, la prévalence est passée de 3,6 % en 2001-2004 à 2,8 % en 2013-2016¹⁷. Les hausses d'incidence des cas déclarés ne correspondent pas nécessairement à des hausses comparables au niveau de la prévalence.

Comparaisons avec le Canada, les États-Unis, l'Angleterre et l'Australie

À partir de données comparables pour l'année 2015 et 2016 (voir tableau 6), on constate que le Québec rapporte des taux d'incidence de cas déclarés inférieurs à ceux du Canada, des États-Unis, de l'Angleterre ou de l'Australie. Le Québec se situe au 9^e rang en termes de taux d'incidence parmi les 13 provinces et territoires du Canada.

Si les tendances à la hausse entre 2010 et 2015 sont nettement plus fortes au Québec, notamment chez les hommes, la tendance observée entre 2015 et 2016 se situe dans la moyenne des tendances observées ailleurs.

Tableau 6 Données comparatives sur la surveillance de l'infection à *Chlamydia trachomatis*

	Québec	Canada ¹⁸	États-Unis ¹⁹	Angleterre ²⁰	Australie ²¹
Taux global pour 100 000, 2015	296	325	475	370	378
Taux hommes, 2015	221	249	303	314	320
Taux femmes, 2015	368	399	640	417	441
Tendances 2010-2015	↑ 35 %	↑ 17 %	↑ 12 %	↑ 3 %	↑ 9 %
Tendances hommes	↑ 61 %	↑ 31 %	↑ 29 %	↑ 6 %	↑ 13 %
Tendances femmes	↑ 23 %	↑ 9 %	↑ 5 %	≡	↑ 6 %
Taux global pour 100 000, 2016	304	334	497	370	409
Taux hommes, 2016	230	261	331	314	364
Taux femmes, 2016	375	406	657	415	458
Tendances 2015-2016	↑ 2 %	↑ 3 %	↑ 5 %	≡	↑ 8 %
Tendances hommes	↑ 4 %	↑ 5 %	↑ 9 %	≡	↑ 14 %
Tendances femmes	↑ 2 %	↑ 2 %	↑ 3 %	≡	↑ 4 %

¹⁷ Kreisel K, Philips C, Papp J, Torrone E. CDC Abstract 3A7 Trends in the prevalence of *Chlamydia trachomatis* in women in United states, 2001-2016. Sexually transmitted diseases Vol 45, supplement 2, September 2018, p S14

¹⁸ Choudri Y, Miller J, Sandhu J, Leon A, Aho J. Chlamydia in Canada, 2010-2015. CCDR February 2018 Vol 44-2.; p 49-54. Pour 2016, les données ont été obtenues en ligne Maladies obligatoires en direct : <http://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/>

¹⁹ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (NCHSTP), Division of STD/HIV Prevention. Sexually transmitted Diseases Surveillance 2016. Sept 2017

²⁰ Public Health England, Blood Safety, Hepatitis, Sexually Transmitted Infections (SIT) & HIV services. National Infection service. Table 1: STI diagnoses & rates in England by gender, 2008-2017, consulté en ligne le 19 juin https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/713276/2017_Table_1_STI_diagnoses__rates_in_England_by_gender.pdf

²¹ Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in Australia : annual surveillance report 2017. Sydney: Kirby Institute, UNSW Sydney; 2017

4 Infection gonococcique : hausse importante du taux d'incidence chez les hommes, et progression de la résistance

L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique augmente constamment depuis la fin des années 1990. On retrouve douze fois plus de cas en 2017 qu'en 1998.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2017

- En 2017, 6 142 cas ont été déclarés (taux de 73 pour 100 000 personnes), dont 78 % sont des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 3,6 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 22 % des cas masculins et 49 % des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1,6 pour 1.
- En ce qui concerne les cas masculins, les jeunes de 20 à 29 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (343 pour 100 000), soit un taux quatre fois supérieur à celui des hommes de l'ensemble des autres groupes d'âge (lequel se situe à 81 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 101 pour 100 000.
- Pour ce qui est des cas féminins, les femmes âgées de 15 à 24 ans ont un taux d'incidence de 141 pour 100 000. Ce taux est huit fois plus élevé que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge, qui est de 18 pour 100 000.
- Les infections uniquement à un site extragénital (anus-rectum ou pharynx) comptent pour 58 % des infections gonococciques chez les hommes et 15 % chez les femmes (voir tableau 5).

Tableau 7 Infections gonococciques aux sites extragénitaux, Québec, 2017

Cas avec information disponible sur le site*	Hommes N = 4 676		Femmes N = 1 099	
	n	%	n	%
Site anus-rectum**	1 583	34 %	51	5 %
Seulement Anus-rectum	864	18 %	14	1,3 %
Seulement Anus-rectum et pharynx	482	10 %	6	0,5 %
Site pharynx**	2 197	47 %	243	22 %
Seulement Pharynx	1 389	30 %	141	13 %
Sites extragénitaux**	3 178	68 %	272	25 %
Seulement sites extragénitaux	2 735	58 %	161	15 %

* Hommes : 130 cas pour lesquels le site est manquant et 4 où l'information est invalide (col utérin comme seul site rapporté); ces cas ont été exclus de l'analyse. Femmes : 219 cas pour lesquels le site est manquant; ces cas ont été exclus de l'analyse.

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

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

- Un peu plus de la moitié (58 %) des cas ont été enregistrés dans la région de Montréal, celle-ci se distingue nettement des autres régions du Québec.
 - Le taux d'incidence de cas déclarés dans cette région (176 pour 100 000 personnes) est quatre fois (4,4 fois) plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 40 pour 100 000 personnes).
 - Le rapport hommes/femmes est de 6 pour 1, alors qu'il est de 2 pour 1 pour le Québec, excluant la région de Montréal;
 - Le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes (307 pour 100 000 personnes) est 5,6 fois plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 55 pour 100 000 personnes);
 - Le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (49 pour 100 000 personnes) est environ 2 fois plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 26 pour 100 000 personnes);
 - Une infection uniquement à des sites rectaux ou pharyngés a été rapportée dans 63 % (1 936/3 052) des cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes de Montréal (pour lesquels l'information sur les sites d'infection est disponible) par rapport à 49 % (799/1 624) chez les hommes du Québec excluant la région de Montréal;
- Le taux d'incidence de cas déclarés dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James est respectivement 28 fois et 2 fois plus élevé que celui qui a été calculé pour l'ensemble du Québec.
- Toutes les autres régions ont un taux inférieur à celui de la province. Les taux les plus faibles se trouvent dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Ces régions ont des taux de moins de 14 pour 100 000.

4.2 Tendances des cinq dernières années (2013-2017)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a plus que doublé entre 2013 et 2017 (+126 %). La hausse a été nettement plus marquée chez les hommes (+168 %) que chez les femmes (+44 %). Ceci se traduit par un rapport hommes/femmes qui est passé de 2/1 en 2013 à 3,6/1 en 2016. Selon les projections, le taux de 2018 sera supérieur à celui de 2017, tant chez les hommes (hausse prévue de 14 %) que chez les femmes (hausse prévue de 18 %).
- Entre 2013 et 2017, on observe une très importante hausse du taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes de tous les groupes d'âge (15 ans et plus). La hausse est de 75 % pour les hommes de 15 à 19 ans et les taux d'incidence ont plus que doublé dans tous les autres groupes d'âge, soit des hausses de 119 % (20 à 24 ans) à 355 % (50 à 64 ans).
- Chez les hommes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 326 en 2013 à 1 583 en 2017, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 422 à 2 197 au cours de la même période. Entre 2013 et 2017, le nombre de déclarations de cas d'infections gonococciques uniquement extragénitales (site anus-rectum ou pharynx, sans autre site avec résultat positif) chez les hommes est passé de 649 à 2 735 soit une augmentation de 321 %.
- Entre 2013 et 2017, on observe une hausse du taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes dans tous les groupes d'âge. L'augmentation des taux d'incidence est de 33 % chez celles âgées de 15 à 24 ans. La hausse est de 71 % chez les femmes âgées de 30 à 39 ans et de 148 % chez celles de 40 ans et plus (de 53 cas à 137 cas).

- Chez les femmes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 5 en 2013 à 51 en 2017, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 49 à 243 au cours de la même période. Entre 2013 et 2017, le nombre de déclarations de cas d'infections gonococciques uniquement extragénitales (site anus-rectum ou pharynx, sans autre site avec résultat positif) chez les femmes est passé de 41 à 161 soit une augmentation de 292 %.
- Au cours de la période 2013-2017, des hausses sont observées dans toutes les régions, sauf celles du Nunavik (-8,6 %) et Terres-Cries (-47 %). Les hausses les plus importantes se trouvent dans les régions de Chaudière-Appalaches (+460 %), Outaouais (+269 %), Capitale-Nationale (+256 %) et Mauricie-Centre-du-Québec (+244 %).

4.3 Résistance aux antibiotiques

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

En 2017²², le LSPQ est en mesure de présenter des analyses de sensibilité pour 1 478 souches, dont 85 % avaient été isolées chez des hommes. Les constats suivants se dégagent des analyses réalisées pour l'année 2017 :

- 67 % des souches analysées au LSPQ étaient résistantes à la **ciprofloxacine**²³; entre 2010 et 2016, cette proportion a varié entre 32 % et 60 %;
- Deux souches (une isolée chez une femme et l'autre chez un homme) étaient non sensibles²⁴ à la **céfixime** (une souche avec CMI 0,5 mg/L et une souche avec CMI > 1 mg/L) selon les critères du Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI); de plus, selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 15 autres souches isolées chez 9 hommes et 6 femmes démontraient une sensibilité réduite à la céfixime;
- Une souche analysée en 2017 était non sensible à la **ceftriaxone**²⁵. De plus, cette souche était aussi non sensible à la céfixime, résistante à la ciprofloxacine et à la tétracycline, mais sensible à l'azithromycine. Il s'agit de la première souche canadienne non sensible à ces deux céphalosporines de 3^e génération. Aucune souche analysée en 2017 ne présentait de sensibilité réduite à la ceftriaxone. Cette proportion était de moins de 1 % entre 2010 et 2013, de 3,9 % en 2014, de 3,6 % en 2015 et 0,3 % en 2016.
- On a compté 457 souches (30,9 %) résistantes à l'**azithromycine** en 2017, dont près de la moitié (219 soit 48 %) avait été isolée chez des hommes de la région de Montréal. Les autres souches concernent des hommes et des femmes de 14 autres régions du Québec. La proportion de souches résistantes à l'azithromycine est de 31 % parmi les souches isolées chez les hommes (390/1261) et est la même (31 %) parmi les souches isolées chez des femmes (67/215).

²² 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, Communications personnelles, août et septembre 2018.

²³ Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec

²⁴ Le terme « non sensible » s'applique lorsque les critères d'interprétation des antibiogrammes pour les catégories « intermédiaires » et « résistantes » ne sont pas définis

²⁵ Pour plus d'informations, consulter le bulletin Flash vigie de mars 2016 : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol12_no2.pdf

4.3.1 ÉCHECS DE TRAITEMENT

Dans le contexte de progression de la résistance, une vigie des échecs de traitement a été mise en place depuis le 21 novembre 2014²⁶. Il a été demandé aux Directions de santé publique de vérifier la possibilité d'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. De plus, un réseau de cliniques sentinelles a été mis en place dans trois régions du Québec (Montréal, Montérégie et Nunavik) et vise entre autres à compléter la vigie des échecs de traitement. Des critères ont été définis afin de discriminer, dans la mesure du possible, les échecs de traitement d'une réinfection due à une nouvelle exposition.

Au cours de l'année 2017, douze cas (onze dans le cadre de la vigie et deux au sein du réseau sentinelle dont un a aussi été rapporté dans le cadre de la vigie) ont été considérés comme cas retenu ou suspect d'échec de traitement.

Sommaire des caractéristiques des douze cas d'échecs de traitement rapportés pour 2017 :

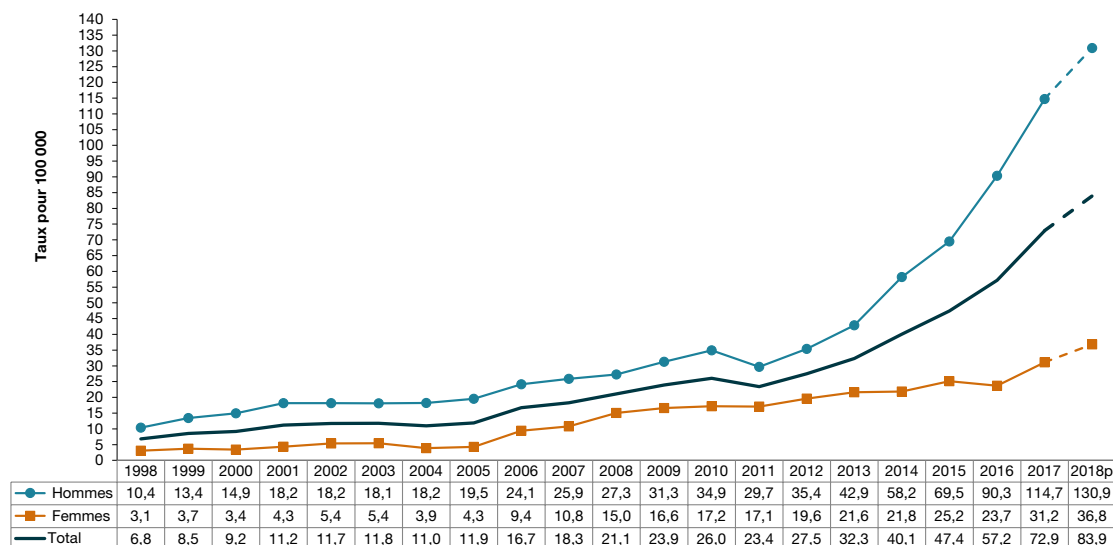
- Les cas ont été rapportés par quatre régions (un à cinq chacune);
- On retrouve quatre femmes et huit hommes;
- Parmi les cas masculins, tous sont des HARSAH;
- Les sites d'échecs de traitement sont le pharynx (6 cas), les six autres échecs sont à un site génital (urètre/col/vagin)
- Tous les cas ont eu un prélèvement pour culture en plus de prélèvements pour TAAN soit à la visite initiale ou lors du suivi.
- Des souches avec résultats d'analyses de sensibilité ont été obtenues pour neuf cas et pour un partenaire de l'un ou l'autre de ces cas index : on compte six souches avec résistance à l'azithromycine (60 %), neuf souches avec résistance à la ciprofloxacine (90 %) et huit souches avec sensibilité intermédiaire ou résistance à la tétracycline (80 %). Par ailleurs, toutes les souches étaient sensibles à la céfixime et à la ceftriaxone.
- En utilisant la définition des souches multirésistantes utilisée dans le cadre du réseau sentinelle canadien²⁷ (résistance à azithromycine ou céfixime ou ceftriaxone ou gentamycine, ET résistance à deux antibiotiques parmi pénicillines, tétracyclines, quinolones ou spectinomycine), parmi les huit souches où les analyses de sensibilité incluent des résultats pour la tétracycline, on retrouve un cas (12,5 %) avec souche multirésistante (résistance azithromycine, ciprofloxacine et tétracycline) et trois autres cas avec des souches qui sont à la limite de répondre à la définition (résistance azithromycine, ciprofloxacine et sensibilité intermédiaire à tétracycline). En considérant qu'une souche n'a pas été isolée pour tous les cas, et que parmi les cas où une souche était disponible, la sensibilité à la tétracycline n'a pas été obtenue pour tous les cas, que la sensibilité à la gentamycine ou la spectinomycine n'est pas disponible, le nombre de souches multirésistantes parmi les échecs de traitement rapportés est probablement sous-estimé.

²⁶ Pour plus d'informations notamment sur l'ensemble des cas d'échecs de traitement rapportés depuis novembre 2014, consulter le Rapport de la vigie des échecs de traitement de l'infection gonococcique. 20 novembre 2014 au 31 décembre 2017. S Venne, MSSS mai 2018

²⁷ Martin I, Laboratoire National de Microbiologie, Enhanced Surveillance of Antimicrobial Resistant Gonorrhoea (ESAG) update, présentation en avril 2018.

- Six cas (50 %) avaient reçu un traitement initial avec azithromycine en monothérapie; une souche résistante à cet antibiotique a été identifiée pour trois de ces cas, aucune souche n'a pu être analysée pour deux cas et une souche sensible à l'azithromycine était rapportée pour un cas.

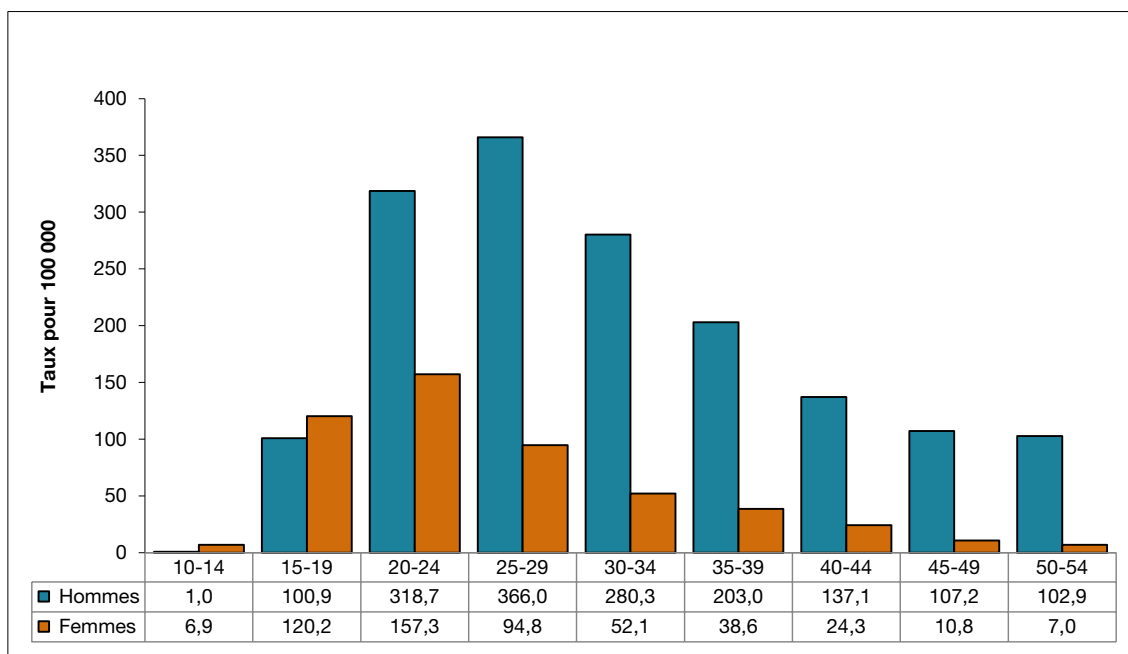
Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

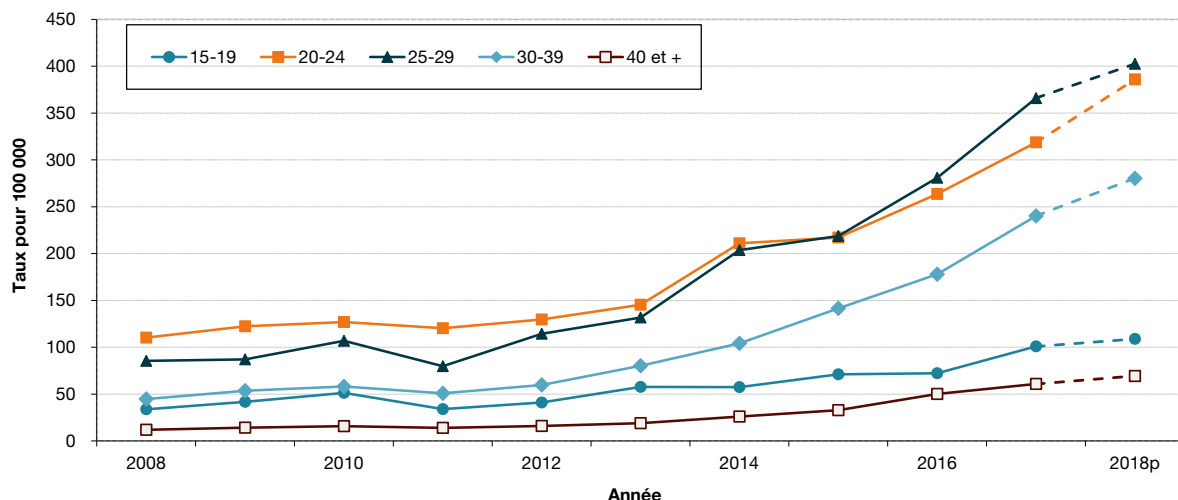
Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2017



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

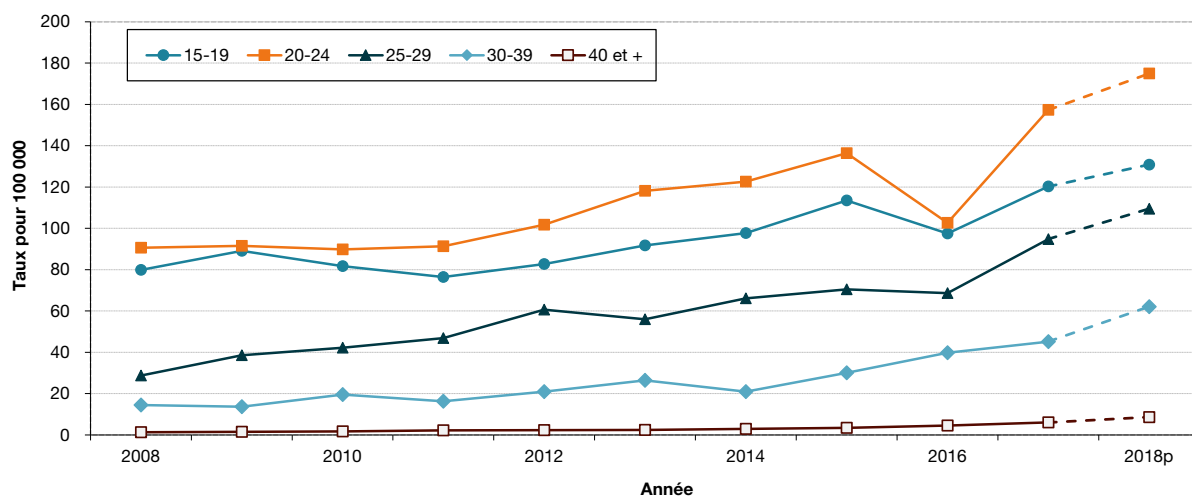
Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2008 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2008 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

Tableau 8 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2013 à 2018p

Région	2013		2014		2015		2016		2017		Moyenne 2013-2017		2018p		Variation 2017-2013			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	6	3,0	10	5,0	14	7,0	19	9,5	17	8,5	13	6,6	21	10,6	11	183,3	5,5	183,7
Saguenay–Lac-Saint-Jean	17	6,1	22	7,9	24	8,6	25	9,0	37	13,3	25	9,0	48	17,1	20	117,6	7,1	116,9
Capitale-Nationale	115	15,9	176	24,1	152	20,6	267	36,0	422	56,4	226	30,7	427	56,7	307	267,0	40,6	255,7
Mauricie et Centre-du-Québec	38	7,5	86	16,9	94	18,4	89	17,4	133	25,9	88	17,3	158	30,6	95	250,0	18,3	244,1
Estrie	44	9,4	61	12,9	71	14,9	116	24,2	139	28,8	86	18,1	133	27,4	95	215,9	19,4	207,1
Montréal	1 367	69,7	1 728	87,4	2 213	111,1	2 728	135,9	3 559	176,1	2 319	116,5	3 969	195,0	2 192	160,4	106,3	152,5
Outaouais	62	16,3	90	23,4	90	23,1	120	30,5	239	60,0	120	30,9	243	60,5	177	285,5	43,8	269,1
Abitibi-Témiscamingue	24	16,2	23	15,5	25	16,8	16	10,7	42	28,1	26	17,5	59	39,5	18	75,0	11,9	73,4
Côte-Nord	4	4,2	7	7,3	10	10,5	7	7,3	4	4,2	6	6,7	10	10,4	0	0,0	0,0	0,3
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	1	7,1	8	56,9	4	28,5	3	18,4	5	35,3	4	ND	28,5	ND
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	6	6,4	7	7,5	6	6,5	4	4,3	10	10,8	7	7,1	8	8,9	4	66,7	4,4	67,9
Chaudière-Appalaches	14	3,3	26	6,2	33	7,8	71	16,7	80	18,7	45	10,6	74	17,2	66	471,4	15,4	459,9
Laval	130	31,2	127	30,0	145	33,8	202	46,4	206	46,7	162	37,7	275	61,5	76	58,5	15,6	50,0
Lanaudière	98	20,0	158	31,9	150	29,8	148	29,0	184	35,6	148	29,4	266	50,9	86	87,8	15,6	77,7
Laurentides	121	20,8	153	26,0	174	29,2	175	29,1	233	38,2	171	28,8	345	56,0	112	92,6	17,4	83,6
Montérégie	258	19,1	395	29,0	437	31,8	452	32,6	529	37,8	414	30,1	801	56,6	271	105,0	18,6	97,3
Nunavik	286	2 255,0	189	1 462,7	250	1 906,4	285	2 141,9	279	2 060,6	258	1 966,0	232	1 687,7	-7	-2,4	-194,4	-8,6
Terres-Cries-de-la-Baie-James	44	257,8	40	230,3	43	243,5	47	261,8	25	137,0	40	225,4	48	257,1	-19	-43,2	-120,9	-46,9
Région non précisée	1		0		0		0		0		0		0		-1		0,0	
Province de Québec	2 635	32,3	3 295	40,1	3 932	47,4	4 779	57,2	6 142	72,9	4 157	50,1	7 122	83,9	3 507	133,1	40,6	125,7

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2018 est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC. Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

4.4 Commentaires

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

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à la hausse des taux d'incidence de cas déclarés d'infection gonococcique, en particulier des changements 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)	2012-2013	2016-2017	2017-2018
TAAN spécimen génital*	257 842	352 179	436 318
TAAN spécimen urinaire*	180 353	278 875	324 019
TAAN spécimen extragénital*	ND	61 702	82 990
Culture	95 502	82 614	91 450
Total	533 697	775 306	934 674

* inclue recherche *Chlamydia trachomatis*.

Source. 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 5 juillet 2018.

- Ainsi, parallèlement à une hausse de 125,7 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2013 et 2017, le nombre total d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* (cultures et TAAN) a augmenté de 45 % entre 2012-2013 et 2016-2017²⁸. Le grand nombre de recherches de *Neisseria 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 tests TAAN détectant simultanément le *Neisseria gonorrhoeae*. Le nombre de cultures a diminué de 13 % entre 2012-2013 et 2016-2017, mais a augmenté de 11 % en 2017-2018.
- 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.
- En 2017, 2 736 cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes sont des infections uniquement extragénitales (sans mention d'autres sites d'infection) alors que 649 l'étaient en 2013. Le nombre de cas d'infections uniquement extragénitales qui se sont ajoutés entre 2013 et 2017 (2 086 cas) représente 68 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2013 et 2017 (3 072). 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 61 638 en 2016-2017. La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales pourrait donc expliquer une bonne partie de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes. À titre indicatif, les 61 638 tests de détection

²⁸ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Communication personnelle de Kim Aubin, DGSSMU, juillet 2016*. 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.

de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN sur des prélèvements provenant de sites extragénitaux réalisés en 2016-2017²⁹ correspondent à 8 % de tous les tests de détection de cette infection.

- Chez les femmes, l'augmentation du nombre de cas d'infections gonococciques exclusivement extragénitales (41 en 2013 et 161 en 2017) représente 28 % de l'augmentation du nombre de cas entre 2013 et 2017 (120/431).

En résumé, surtout chez les hommes, l'augmentation du nombre de cas déclarés d'infections gonococciques s'explique en partie par la modification des pratiques, notamment de la détection des infections extragénitales par TAAN. Des infections non détectées auparavant peuvent maintenant l'être, ce qui nous permet d'avoir un portrait plus juste de la fréquence de l'infection, notamment chez les hommes.

Même si les changements des pratiques de détection de l'infection gonococcique contribuent à expliquer une partie de l'augmentation importante du taux d'incidence de cas déclarés, notamment chez les hommes, cette augmentation demeure préoccupante.

4.4.2 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 surveillance de la résistance aux antibiotiques permet d'ajuster les recommandations thérapeutiques. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié en janvier 2012 des guides pharmacologiques sur le traitement des ITSS, notamment celui portant sur le traitement des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*. Plusieurs mises à jour ont été effectuées³⁰ dont la plus récente en avril 2018.

Tel que le recommande l'OMS³¹, il est important de concevoir à la fois des stratégies permettant de maintenir la capacité de surveiller la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement et des mécanismes permettant de surveiller la survenue d'échecs thérapeutiques.

La surveillance de la résistance aux antibiotiques ne permet pas à elle seule de prédire la survenue d'échecs de traitement. Il n'y a pas de corrélation absolue entre le profil de sensibilité mesuré en laboratoire (basé sur la concentration minimale requise pour empêcher la croissance du pathogène) et la réponse clinique du patient. Il peut arriver que des infections persistent malgré le traitement, même si la souche a été classée comme sensible et, inversement, que l'infection soit résolue même si une souche a été identifiée comme non sensible.

²⁹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle de Kim Aubin, en date du 12 juillet 2016. Il n'y a pas de données antérieures spécifiques sur ces tests puisqu'il s'agit d'un code nouvellement ajouté à la collecte de données. Il est aussi possible que la saisie du nouveau code ne soit pas intégrée de façon optimale dans tous les laboratoires, la validité de cette donnée n'est pas connue.

³⁰ 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).

³¹ Organisation mondiale de la Santé, Global Action Plan to Control the Spread and Impact of Antimicrobial Resistance in *Neisseria gonorrhoeae*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 2012, 32 p., [En ligne], [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503501_eng.pdf] (Consulté le 29 octobre 2013).

C'est pourquoi des mesures ont été mises en place au Québec pour compléter les activités de surveillance soit 1) la réalisation d'un projet de démonstration d'un réseau sentinelle visant à documenter davantage les caractéristiques des cas d'infections gonococciques, notamment des cas avec une résistance aux antibiotiques et à retracer les cas d'échec de traitement et 2) la mise en place d'une vigie rehaussée des échecs de traitement réalisée dans l'ensemble du Québec et complétant les données recueillies dans le réseau sentinelle sur cet aspect.

Le projet de réseau sentinelle vise aussi à promouvoir au sein des milieux ciblés l'application des recommandations québécoises relatives au dépistage, diagnostic et traitement de l'infection gonococcique. Ce soutien à l'application des recommandations s'ajoute aux activités d'appropriation réalisées dans l'ensemble du Québec pour soutenir l'intégration des recommandations des divers guides et avis diffusés au Québec dans la pratique des cliniciens.

Les activités de vigie et surveillance des échecs de traitement ont permis de documenter douze échecs de traitement au cours de l'année 2017. Ces observations sous-estiment largement la réalité puisque les tests de contrôle ne sont pas effectués pour tous les cas même s'il est recommandé de le faire. Ainsi, au sein du réseau sentinelle en 2016, un test de contrôle a été effectué pour 64 % des cas chez les hommes et 35 % des cas chez les femmes. Parmi les échecs de traitement rapportés en 2017, les éléments qui ressortent sont le site pharyngé (50 % des échecs), le traitement de monothérapie à l'azithromycine (50 % des échecs), la résistance à l'azithromycine (60 %) et la présence de souches multirésistantes. À noter que le traitement de monothérapie à l'azithromycine comme alternative de traitement de l'infection gonococcique pour les personnes allergiques aux céphalosporines de troisième génération n'est plus recommandé depuis avril 2018. L'alternative actuellement recommandée est une combinaison d'azithromycine et de gentamycine³².

Comparaisons avec le Canada, les États-Unis, l'Angleterre et l'Australie

À partir de données comparables pour l'année 2015 ou 2016 (voir tableau 2), on constate que le Québec rapporte des taux d'incidence de cas déclarés inférieurs à ceux du Canada, des États-Unis, de l'Angleterre ou de l'Australie. Le Québec se situe au huitième rang en termes de taux d'incidence parmi les treize provinces et territoires du Canada.

Les tendances à la hausse observées au Québec, plus marquées chez les hommes, sont aussi généralement observées dans les autres pays comparés.

³² INESSS *Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS - Infections à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae*. Mise à jour avril 2018.

Tableau 10 Données comparatives sur la surveillance de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*

	Québec	Canada ³³	États-Unis ³⁴	Angleterre ³⁵	Australie ³⁶
Taux global pour 100 000, 2015	47	55	123	76	79
Taux hommes, 2015	70	70	140	119	116
Taux femmes, 2015	25	41	106	33	41
Tendances 2010-2015	↑82 %	↑65 %	↑22 %	↑132 %	↑69 %
Tendances hommes	↑99 %	↑85 %	↑48 %	↑165 %	↑84 %
Tendances femmes	↑47 %	↑40 %	=	↑71 %	↑35 %
Taux global pour 100 000, 2016	57	65	146	66	101
Taux hommes, 2016	90	84	171	100	146
Taux femmes, 2016	24	47	121,0	33	56
Tendances 2015-2016	↑21 %	↑18 %	↑19 %	↓12 %*	↑28 %
Tendances hommes	↑30 %	↑20 %	↑22 %	↓16 %*	↑25 %
Tendances femmes	↓6 %*	↑15 %	↑14 %	↓1 %*	↑37 %

* Au Québec, la diminution observée entre 2015 et 2016 chez les femmes ne se poursuit pas entre 2016 et 2017 où on observe une hausse de 22 % chez les femmes. En Australie, la diminution observée entre 2015 et 2016 ne se poursuit pas entre 2016 et 2017 où on observe une hausse de 22 % du taux global, de 21 % chez les hommes et de 25 % chez les femmes.

³³ Choudri Y, Miller J, Sandhu J, Leon A, Aho J. Chlamydia in Canada, 2010-2015. *CCDR* February 2018 Vol 44-2.; p 49-54. Pour l'année 2016 les données ont été obtenues en ligne « Maladies obligatoires en direct » <http://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/graphiques?c=y>

³⁴ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (NCHSTP), Division of STD/HIV Prevention. Sexually transmitted Diseases Surveillance 2016. Sept 2017

³⁵ Public Health England, Blood Safety, Hepatitis, Sexually Transmitted Infections (SIT) & HIV services. National Infection service. Table 1: STI diagnoses & rates in England by gender, 2008-2017, consulté en ligne le 19 juin https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/713276/2017_Table_1_STI_diagnoses__rates_in_England_by_gender.pdf

³⁶ Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in Australia : annual surveillance report 2017. Sydney: Kirby Institute, UNSW Sydney; 2017.

5 Syphilis infectieuse : hausse préoccupante chez les femmes

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 2010, le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec est plus élevé que celui de 1984. La grande majorité des cas touche des hommes, particulièrement des HARSAH. En 2017, on retrouve deux fois plus de femmes (69 cas) qu'au cours des quatre dernières années (moyenne de 31 cas/année). Ces femmes sont généralement en âge de procréer et quatre cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2016-2017.

5.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2017

- Au total, 918 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2017 (taux de 11 pour 100 000 personnes); parmi ceux-ci, 24 % étaient des cas de syphilis primaire, 30 % des cas de syphilis secondaire et 46 % des cas de syphilis latente précoce.
- La presque totalité des cas (92 %) concerne des hommes.
- Parmi les cas masculins, 13 % sont âgés de 15 à 24 ans, 42 % ont entre 25 et 39 ans, et 45 % ont 40 ans ou plus. L'âge médian des cas masculins est de 38 ans. Les taux les plus élevés correspondent aux hommes de 30 à 34 ans (47 pour 100 000), suivis de ceux de 25 à 29 ans (40 pour 100 000), et de 20 à 24 ans (38 pour 100 000).
- On compte 69 femmes, dont 87 % (60/69) sont en âge de procréer (entre 15 et 49 ans). L'âge médian des cas féminins est de 28 ans.
- Avec 53 % des cas du Québec, la région de Montréal continue d'afficher en 2017 le plus haut taux d'incidence de cas déclarés (25 pour 100 000 personnes), après la région du Nunavik (236 pour 100 000). Auparavant épargnée par la syphilis, une éclosion est survenue dans cette dernière région à partir de la fin de l'année 2016 avec un pic au cours des premiers mois de 2017. Trente-deux cas ont été répertoriés en 2017 dont 19 chez des femmes et 13 chez des hommes; 87 % des cas étaient âgés de 15 à 34 ans. Des mesures de contrôle (intensification du dépistage, détection et traitement précoce des cas, notification et traitement des partenaires, mobilisation communautaire) ont été rapidement instaurées. Des cas sporadiques continuent de survenir.
- On retrouve des cas de syphilis infectieuse dans toutes les régions du Québec, sauf en Côte-Nord, en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et aux Terres-Cries-de-la-Baie-James. En excluant la région de Montréal, le taux d'incidence de syphilis infectieuse du reste du Québec pour l'année 2017 est de 6,8 pour 100 000.

5.2 Syphilis congénitale

Au Québec, en date du 22 octobre 2018, un cas de syphilis congénitale a été déclaré en 2018, un cas en 2017 et trois cas en 2016.

Cas déclaré en 2018 :

Le nouveau-né n'avait aucun symptôme à la naissance. Un dépistage sur sang veineux s'est avéré positif (par RPR uniquement). Une ponction lombaire a montré un VDRL positif avec augmentation des leucocytes. Un test tréponémique positif à partir de prélèvement sanguin a été obtenu chez le bébé à six mois. La mère n'avait pas eu de suivi prénatal avant 31 semaines de grossesse. Le

prélèvement de dépistage prénatal a été effectué à 35,5 semaines de grossesse et l'accouchement a eu lieu une semaine plus tard et c'est à ce moment que le traitement de la mère a été amorcé.

Cas déclaré en 2017 :

Le nouveau-né n'avait aucune manifestation clinique, biochimique ou radiologique, mais un dépistage sur sang veineux à la naissance s'est avéré positif. La mère n'avait pas eu de suivi prénatal et le diagnostic de syphilis a été établi lorsque la mère s'est présentée à l'hôpital pour rupture prématurée des membranes.

Cas déclarés en 2016 :

- Un nouveau-né présentait dès la naissance des manifestations de syphilis congénitale telles qu'hépatosplénomégalie massive, thrombopénie, canal artériel et sténose valvulaire pulmonaire. La mère n'avait pas eu de suivi prénatal et le dépistage de la syphilis a été réalisé lorsqu'elle s'est présentée dans un centre hospitalier pour travail prématuré.
- Un autre n'avait aucune manifestation clinique, biochimique ou radiologique, mais un dépistage sur sang veineux à la naissance s'est avéré positif. La mère avait eu un dépistage prénatal positif en début de grossesse, mais n'avait pas été traitée à ce moment. Un dépistage a été répété chez la mère deux semaines avant l'accouchement et le traitement a alors été amorcé, mais n'a pu être complété avant l'accouchement.
- Le troisième cas a présenté une ostéomyélite à l'âge de 6 mois; la syphilis a été diagnostiquée ultérieurement (tests tréponémiques positifs). La mère avait eu un dépistage prénatal négatif en début de grossesse. Le dépistage n'a pas été répété en cours de grossesse puisque la femme n'a signalé ni symptômes évocateurs de syphilis ni nouveau partenaire. L'accouchement s'est déroulé normalement, et le bébé semblait en bonne santé. Un dépistage des ITSS effectué chez la mère plusieurs mois après la naissance a permis de détecter une infection à *C. trachomatis* et une syphilis. C'est à la suite de ce résultat que l'enfant a été dépisté pour la syphilis.

5.3 Tendances des cinq dernières années (2013-2017)

- Une hausse du taux d'incidence de cas déclarés de 40 % est observée entre 2013 et 2017. Depuis la résurgence de la syphilis en 2002, la tendance n'est pas linéaire. D'abord, on observe une hausse constante entre 2002 et 2006, avec une baisse en 2006 et une reprise de la hausse de 2007 à 2012. Une tendance à la baisse semblait s'amorcer en 2013 et 2014, mais le taux observé en 2016 est le plus élevé depuis 1984. Entre 2016 et 2017, une légère diminution (-6,0 %) a été observée. Selon les projections pour l'année 2018, cette diminution se poursuit en 2018.
- Chez les hommes, une hausse globale (+35 %) du taux d'incidence des cas déclarés a été observée entre 2013 et 2017 et des augmentations sont observées dans tous les groupes d'âge : hausse de 24 % chez les 15 à 24 ans, de 10 % chez les 25-29 ans, de 48 % chez ceux de 30 à 39 ans et de 44 % chez les 40 ans ou plus. Par contre, selon les projections pour l'année 2018, les taux pour tous les groupes d'âge chez les hommes seront similaires ou inférieurs à ceux de l'année 2017.
- Chez les femmes, de 2013 à 2017, le nombre annuel de cas fluctue entre 21 (2015) et 69 cas (en 2017), mais une tendance à la hausse se dégage. Le nombre annuel moyen de cas était de 31 entre 2013 et 2016 et se situe à 69 en 2017, soit plus du double. Selon les projections pour l'année 2018, l'augmentation se poursuit (76 cas prévus). La proportion des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) fluctue entre 83 % (2016) et 100 % (2013). Considérant le nombre de cas

qui fluctue d'année en année dans chaque groupe d'âge, il n'est pas possible de dégager des tendances à l'intérieur des groupes d'âge.

- Des hausses du taux d'incidence des cas déclarés entre en 2013 et 2017 sont observées dans douze régions du Québec. Les plus fortes augmentations concernent le Nunavik (contexte d'éclosion), la Mauricie Centre-du-Québec (+ 215 %), Laval (184 %) et le Saguenay–Lac-Saint-Jean (+170 %), mais le nombre absolu de cas déclarés dans ces régions en 2017 se situe entre 19 cas (Saguenay–Lac-Saint-Jean) et 32 cas (Mauricie Centre-du-Québec et Nunavik). À Montréal, la hausse est de 21 %.

5.4 Vigie à l'échelle provinciale portant sur les cas de syphilis infectieuse déclarés chez les femmes et les jeunes

Dans le contexte de la hausse des cas déclarés chez les femmes et chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans, quelques résultats de vigies antérieurement réalisées à l'échelle de la province sont présentés, bien qu'il soit impossible d'affirmer qu'ils s'appliquent à la situation actuelle.

Les femmes

Une vigie avait été réalisée chez les femmes en 2010-2011 (n = 51). Les facteurs de risque le plus souvent rapportés par les femmes étaient :

- Une relation sexuelle récente avec un partenaire à risque³⁷ au regard d'une infection transmissible sexuellement (51 %),
- Un antécédent d'ITSS (33 %),
- Aucun facteur de risque rapporté pour elles-mêmes ou leurs partenaires (36 %).

Une vigie avait aussi été réalisée chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2012-2013. Quelques constats ont pu être dégagés chez les quelques cas survenus chez de jeunes femmes (n = 18) :

- De multiples partenaires étaient rapportés par 28 % des cas féminins.
- Le groupe d'amis ou la famille constituait le principal contexte de rencontres pour 86 % des cas féminins.

Les jeunes hommes de 15 à 24 ans

Lors de la vigie réalisée chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2012-2013, les observations suivantes se dégagent pour les jeunes hommes (N=148) :

- La proportion d'HARSAH était de 92 %; parmi les jeunes hommes de 15 à 19 ans, 18 % étaient des HARSAH ayant aussi des partenaires féminines, alors que cette proportion s'établit à 9 % pour ceux de 20 à 24 ans.
- Un peu plus de la moitié (53 %) avaient eu de multiples partenaires et 44 % ont rapporté avoir eu des partenaires anonymes.
- Une proportion de 12 % des cas masculins rapportaient un lien avec le travail du sexe³⁸.

³⁷ Facteurs de risque du partenaire mentionnés dans le questionnaire utilisé : être un HARSAH, être un usager de drogues, être un travailleur ou une travailleuse du sexe, avoir de multiples partenaires, avoir des relations sexuelles à l'étranger.

³⁸ Avoir donné ou reçu de l'argent, de la drogue ou d'autres biens en échange de relations sexuelles.

- Un antécédent d'ITSS a été rapporté pour 39 % des cas; il s'agissait surtout de *Chlamydia trachomatis* (64 %), d'infection gonococcique (30 %), de syphilis (21 %) et de l'infection par le VIH (17 %).
- La consommation de drogues était rapportée par 48 % des cas de 15 à 19 ans et par 34 % de ceux de 20 à 24 ans. Les drogues consommées étaient surtout les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne. Trois cas étaient des utilisateurs de drogues par injection.

5.5 Syphilis non infectieuses et sans précisions

Dans l'analyse de la problématique de la syphilis, il est pertinent de prendre en considération les stades de syphilis autres que celui de « syphilis en phase infectieuse ». Certains cas ne répondant pas aux critères de la définition nosologique d'un cas de « syphilis en phase infectieuse » 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.

- Le nombre de cas déclarés de syphilis latente tardive est passé de 166 en 2013 à 375 cas en 2017, soit une augmentation de 126 %. La proportion des jeunes de 15 à 24 ans parmi ces cas est passée de 10 % en 2013 à 4 % en 2017.
- Le nombre de cas déclarés de neurosyphilis fluctue entre 21 (2013) et 35 (2016); il est de 33 pour l'année 2017.
- De 2012 à 2015, le nombre de cas de syphilis sans précision a fluctué entre 98 cas en 2015 et 210 cas en 2016, mais s'élève à 444 cas en 2017, ce qui est nettement supérieur à ce qui était observé au cours des années précédentes. Entre 2013 et 2017, la proportion de jeunes de 15 à 24 ans parmi ces cas fluctue entre 6 et 11 %.

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 près de quinze ans, il importe de surveiller la survenue de complications tardives de l'infection, lesquelles pourraient augmenter le fardeau de la maladie. On retrouve 18 cas de syphilis tertiaire (excluant la neurosyphilis) déclarés entre 2013 et 2017, dont 56 % (10/18, 6 hommes et 4 femmes) concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus. Les autres cas (2 femmes et six hommes) sont âgés entre 28 et 59 ans pour une moyenne de 44 ans.

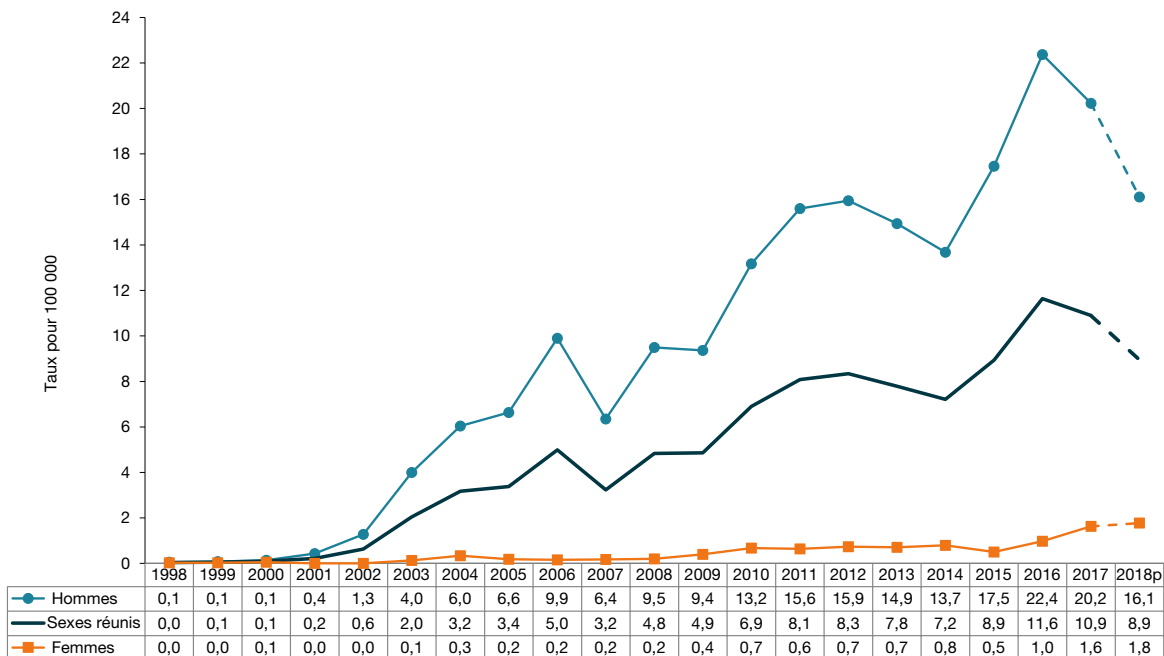
Ainsi, parallèlement à l'augmentation de 40 % du taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse entre 2013 et 2017, une augmentation de 188 % du nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuses ou sans précisions est observée.

Tableau 11 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2013 à 2017

Hommes	2013	2014	2015	2016	2017
Syphilis latente tardive	98	132	146	201	244
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	9 (9 %)	12 (9 %)	10 (7 %)	12 (6 %)	8 (3 %)
Neurosyphilis	15	20	29	35	29
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	1	5	0	2	4
Syphilis sans précision	78	81	74	181	379
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	5 (6 %)	4 (5 %)	9 (12 %)	15 (8 %)	29 (8 %)
Femmes					
Syphilis latente tardive	68	67	57	84	130
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	8 (12 %)	3 (4 %)	9 (16 %)	6 (7 %)	8 (6 %)
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	43 (63 %)	43 (64 %)	42 (74 %)	52 (62 %)	84 (65 %)
Neurosyphilis	6	2	3	0	4
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	2	0	0	3	1
Syphilis sans précision	22	28	23	27	64
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	1 (5 %)	2 (7 %)	2 (9 %)	1 (4 %)	3 (5 %)
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	9 (41 %)	13 (46 %)	9 (39 %)	12 (44 %)	28 (44 %)
Sexes réunis					
Syphilis latente tardive	166	200	203	287	375
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	17 (10 %)	16 (8 %)	19 (9 %)	18 (6 %)	16 (4 %)
Neurosyphilis	21	22	32	35	33
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	3	5	0	5	5
Syphilis sans précision	105	111	98	210	444
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	6 (6 %)	7 (6 %)	11 (11 %)	16 (8 %)	32 (7 %)
Total syphilis non-infectieuses et sans précisions	297	340	334	538	858

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

Figure 9 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p

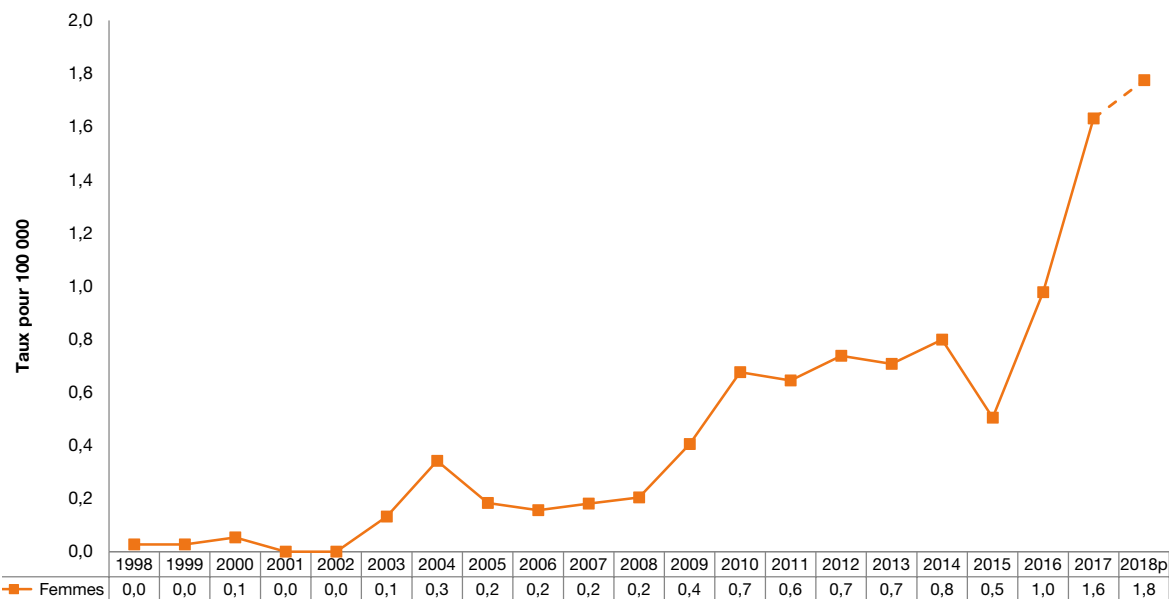


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Figure 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1998 à 2018p

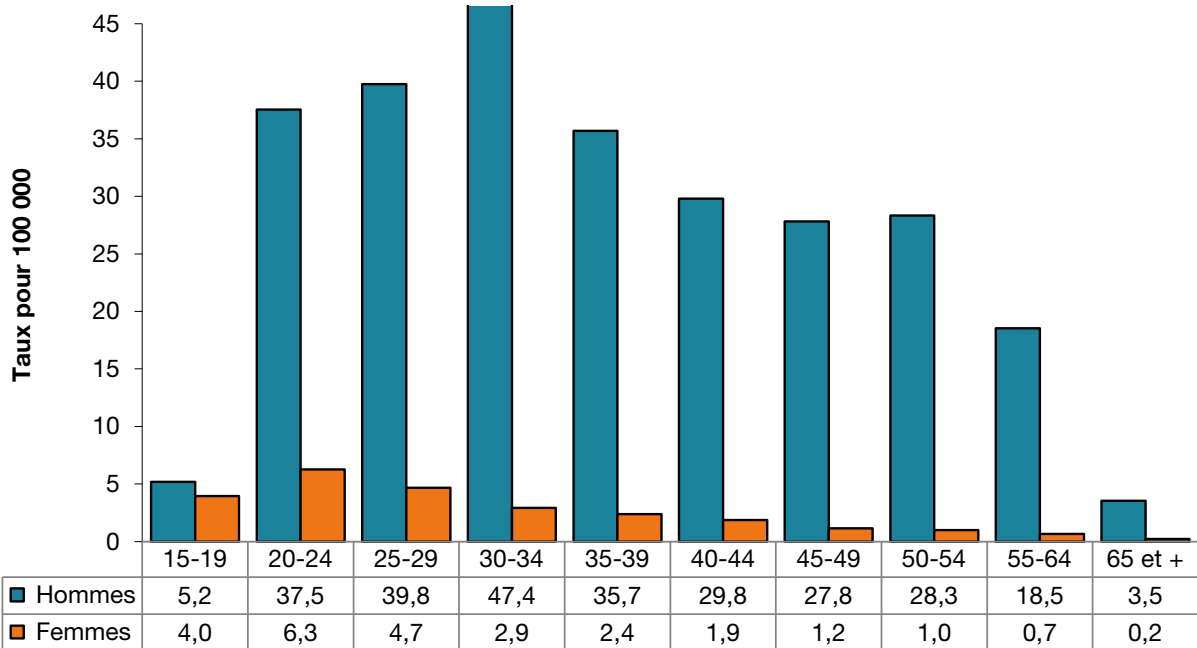


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

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

Figure 11 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2017

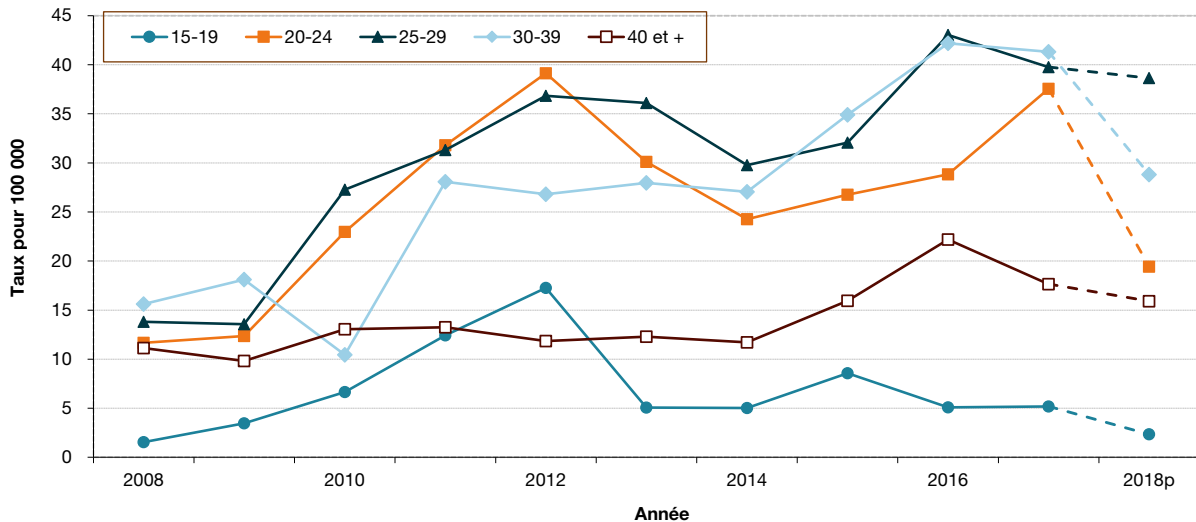


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

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

Figure 12 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2008 à 2018p

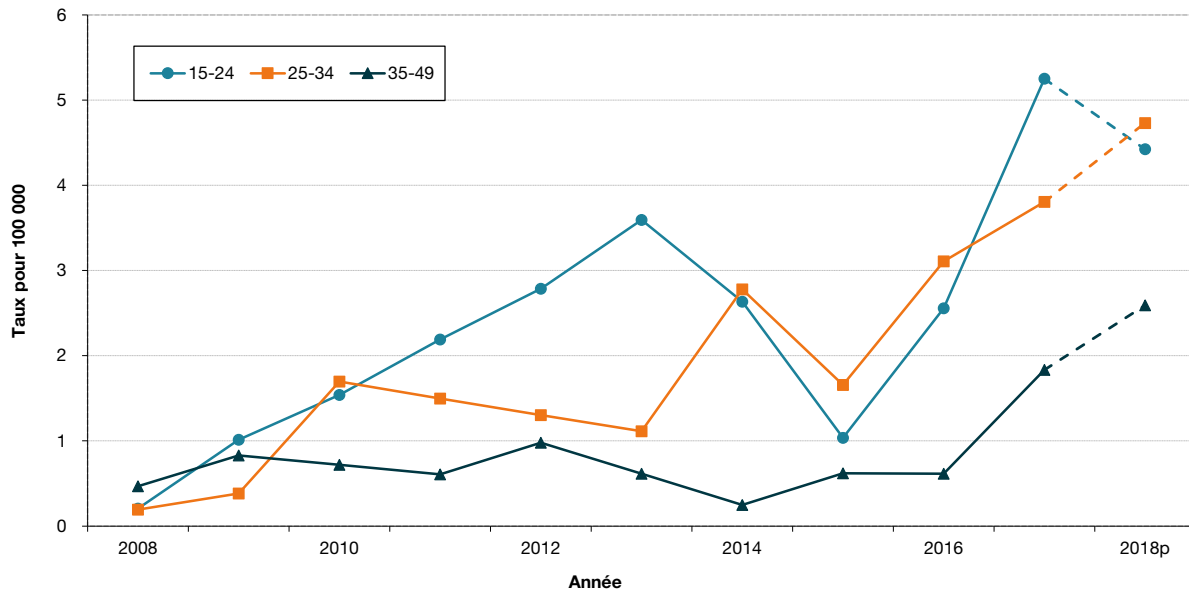


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

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

Figure 13 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2008 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

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

Tableau 12 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 2013 à 2018p

Région	2013		2014		2015		2016		2017		Moyenne 2013-2017		2018p		Variation 2017-2013			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	5	2,5	4	2,0	6	3,0	2	1,0	1	0,5	4	1,8	7	3,3	-4	-80,0	-2,0	-80,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	7	2,5	3	1,1	16	5,7	26	9,3	19	6,8	14	5,1	8	2,9	12	171,4	4,3	170,4
Capitale-Nationale	54	7,4	70	9,6	70	9,5	51	6,9	69	9,2	63	8,5	62	8,3	15	27,8	1,8	23,9
Mauricie et Centre-du-Québec	10	2,0	14	2,8	19	3,7	25	4,9	32	6,2	20	3,9	18	3,5	22	220,0	4,2	214,6
Estrie	11	2,3	19	4,0	28	5,9	22	4,6	27	5,6	21	4,5	48	9,8	16	145,5	3,2	138,6
Montréal	401	20,5	344	17,4	432	21,7	605	30,1	483	23,9	453	22,7	322	15,8	82	20,4	3,4	16,8
Outaouais	13	3,4	15	3,9	11	2,8	37	9,4	35	8,8	22	5,7	69	17,2	22	169,2	5,4	157,8
Abitibi-Témiscamingue	7	4,7	10	6,7	2	1,3	2	1,3	5	3,3	5	3,5	0	0,0	-2	-28,6	-1,4	-29,2
Côte-Nord	1	1,0	1	1,0	0	0,0	3	3,1	1	1,0	1	1,3	2	1,7	0	0,0	0,0	0,3
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	1	1,1	3	3,2	0	0,0	1	0,9	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Chaudière-Appalaches	12	2,9	15	3,6	17	4,0	14	3,3	17	4,0	15	3,5	10	2,3	5	41,7	1,1	38,8
Laval	9	2,2	10	2,4	15	3,5	20	4,6	27	6,1	16	3,8	36	8,1	18	200,0	4,0	183,9
Lanaudière	25	5,1	22	4,4	29	5,8	28	5,5	29	5,6	27	5,3	23	4,4	4	16,0	0,5	9,8
Laurentides	25	4,3	17	2,9	26	4,4	32	5,3	31	5,1	26	4,4	33	5,3	6	24,0	0,8	18,2
Montérégie	51	3,8	50	3,7	69	5,0	102	7,3	110	7,9	76	5,6	117	8,3	59	115,7	4,1	107,5
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,5	32	236,3	7	50,3	5	35,9	32	ND	236,3	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	4	23,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,5	0	0,0	-4	-100,0	-23,4	-100,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	635	7,8	593	7,2	741	8,9	973	11,6	918	10,9	772	9,3	760	8,9	283	44,6	3,1	40,0

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2018 est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

ND : Non disponible; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement. Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

5.6 Commentaires

Au Québec, la syphilis continue d'affecter principalement les hommes, qui représentent 92 % des cas; selon les informations disponibles, la plupart de ces hommes sont des HARSAH. Une diminution du nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes a été observée entre 2016 et 2017 et semble se poursuivre en 2018. Si la diminution qui s'annonce pour 2018 se confirme, ce sera la première fois depuis l'année 2000 qu'une diminution serait observée pendant trois années consécutives. Cette tendance est à l'opposé de ce qui est observé pour les infections à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique qui touchent aussi les HARSAH. Par contre, en parallèle à la diminution observée de syphilis infectieuse chez les hommes entre 2016 et 2017, un nombre accru de déclarations de syphilis latente tardive et de syphilis sans précisions³⁹ a été observé chez les hommes. Le nombre combinant ces deux classifications est passé de 382 en 2016 à 623 en 2017. Cette augmentation peut être en partie expliquée par un changement des pratiques de santé publique de la région de Montréal qui a consenti des efforts accrus pour réaliser des enquêtes épidémiologiques de cas déclarés autrefois laissés « en suspens »; (dans plusieurs cas, les informations obtenues n'ont pas permis une classification plus précise que « sans précision »). Le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes est en diminution, mais on observe parallèlement une hausse de cas déclarés de syphilis non infectieuse.

Chez les femmes, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuses a connu un bond en 2017 et la majorité des cas (87 %) concerne des femmes en âge de procréer. Cette augmentation semble se poursuivre en 2018. L'éclosion récente survenue au Nunavik contribue en grande partie à l'augmentation du nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés chez les femmes en 2017. Toutefois, même en excluant les cas féminins du Nunavik (19 femmes), le nombre de cas rapporté en 2017 dans les autres régions (50) demeure largement plus élevé que le nombre moyen pour les années précédentes (31).

De plus, le nombre de cas déclarés comme syphilis latente tardive ou sans précisions chez les femmes en âge de procréer a aussi considérablement augmenté, passant de 52 en 2013 à 112 en 2017. 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 où les informations disponibles ne permettaient pas de le confirmer aux fins de surveillance. Même si les femmes ne comptent toujours qu'une faible proportion des cas déclarés de syphilis, la situation est préoccupante considérant le risque accru de survenue de syphilis congénitale. Cette crainte se concrétise : quatre cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2016-2017 et un cinquième en 2018 alors que cinq cas avaient été déclarés au total pour les seize années précédentes (2000-2015).

L'augmentation des cas déclarés de syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans, commencée entre 2008 et 2009, semblait avoir atteint son point culminant en 2012. Une compilation à l'échelle provinciale des renseignements recueillis lors des enquêtes afin de mieux comprendre la situation et intervenir de façon appropriée, une mobilisation de l'ensemble du réseau de santé par des alertes à la vigilance, une intensification des interventions préventives auprès des personnes infectées et auprès de leurs partenaires ainsi que la collaboration des cliniciens de première ligne sont tous des éléments qui avaient été mis en place pour contrôler la propagation. Même si une diminution s'annonce pour 2018 dans ce groupe d'âge, l'analyse des facteurs de risque réalisée antérieurement

³⁹ Les cas qui ne répondent pas à tous les critères exigés des définitions nosologiques des stades spécifiques sont classés sans précisions; il est raisonnable de croire que certains sont en réalité des cas de syphilis infectieuse.

indique que le potentiel de propagation est présent et la hausse observée chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans entre 2013 et 2017 en témoigne.

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

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

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 et qui ne connaissent pas les facteurs de risque de leurs partenaires sexuels ne sont pas rejointes par le dépistage ciblé de la syphilis. 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.

L'intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels (IPPAP) est une stratégie démontrée efficace pour contribuer au contrôle de la syphilis infectieuse^{40, 41, 42}. Il est ainsi attendu que les cliniciens qui détectent et traitent ces cas discutent avec leurs patients de l'importance d'aviser leurs partenaires afin qu'ils soient dépistés et traités et qu'ils les soutiennent dans cette démarche. Une intervention plus intense et soutenue par un professionnel spécifiquement formé à cet effet a démontré une efficacité additionnelle et c'est pourquoi les professionnels de santé publique offrent généralement un soutien pour cette intervention. La collaboration entre les cliniciens de première ligne et les professionnels de santé publique est une condition essentielle à la lutte contre la syphilis. Toutefois, la fréquence de cas avec partenaires anonymes est l'une des limites importantes de cette intervention.

Comparaisons avec le Canada, les États-Unis, l'Angleterre et l'Australie

Il est difficile d'établir des comparaisons pour la syphilis infectieuse, car les définitions de cas varient considérablement. Ainsi, aux États-Unis, les taux sont calculés de façon distincte pour les syphilis primaire/secondaire et pour la syphilis latente précoce. Pour la syphilis latente précoce, seuls des nombres et taux globaux sont fournis, non ventilés selon le sexe. En Australie, la définition de « syphilis infectieuse » correspond à une infection acquise depuis moins de deux ans. La définition de syphilis infectieuse utilisée au Québec est comparable à celles du Canada et de l'Angleterre. En tenant compte des limites, on constate que le Québec rapporte des taux d'incidence de cas déclarés légèrement inférieurs à ceux du Canada, des États-Unis, de l'Angleterre ou de l'Australie. Le Québec se situe au 4^e rang en termes de taux d'incidence parmi les 13 provinces et territoires du Canada. Une augmentation des taux d'incidence est observée dans les pays comparés.

⁴⁰ Centers for Disease, C. and Prevention (2008) Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhoea, and chlamydial infection. *MMWR Recomm Rep*, 57(RR-9), 1-83; quiz CE1-4.

⁴¹ Golden, M.R., E. Fazelid et N. Low. Partner Notification for Sexually Transmitted Infections Including HIV Infection : An Evidence Based Assessment, *Sexually Transmitted Diseases*, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, Chap. 54, p. 965-984.

⁴² Hogben, M., Paffel, J., Broussard, D., et collab. (2005) Syphilis partner notification with men who have sex with men : a review and commentary. *Sex Transm Dis*, 32(10 Suppl), S43-7.

Tableau 13 Données comparatives sur la surveillance de la syphilis infectieuse

	Québec	Canada ⁴³	États-Unis ⁴⁴	Angleterre ⁴⁵	Australie ⁴⁶
Taux global pour 100 000, 2015	8,9	9,3	15	9,7	12
Taux hommes, 2015	18	18	ND	18	21
Taux femmes, 2015	0,5	1,2	ND	1,2	2,5
Tendances 2010-2015	↑ 29 %	↑ 86 %	↑ 69 %	↑ 94 %	↑ 131 %*
Tendances hommes	↑ 33 %	↑ 92 %	ND	↑ 102 %	↑ 133 %*
Tendances femmes	↓ 29 %	↑ 33 %	ND	↑ 9 %	↑ 127 %*
Taux global pour 100 000, 2016	12	ND	16	11	14
Taux hommes, 2016	22	ND	ND	21	25,0
Taux femmes, 2016	1,0	ND	ND	1,2	3,6
Tendances 2015-2016	↑ 30 %	ND	↑ 8 %	↑ 11 %	↑ 32 %
Tendances hommes	↑ 28 %	ND	ND	↑ 12 %	↑ 19 %
Tendances femmes	↑ 100 %	ND	ND	≅	↑ 44 %

Notes :

Australie : La définition de cas a changé en 2015 pour inclure des cas probables, ce qui peut expliquer une partie de la hausse entre 2010 et 2015; la définition de cas correspond aux cas de syphilis acquis depuis moins de deux ans, ce qui est plus large que la définition de cas établie pour le Québec.

États-Unis : Le taux a été calculé à partir des données sur le nombre de cas de syphilis primaires et secondaires en y ajoutant le nombre de syphilis latente précoce, et les dénominateurs populationnels fournis par le *Census bureau*. Le nombre de syphilis latentes précoces n'étant pas ventilé selon le sexe, seuls les taux globaux ont pu être calculés.

⁴³ Choudri Y, Miller J, Sandhu J, Leon A, Aho J. Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010-2015. *CCDR* February 2018 Vol 44-2, p 49-54. Pour l'année 2016 les données en ligne « Maladies obligatoires en direct » comprennent toutes les syphilis (infectieuses et non infectieuses) <http://maladies.canada.ca/declaration-obligatoire/graphiques?c=yl> donc non comparables.

⁴⁴ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention (NCHSTP), Division of STD/HIV Prevention. Sexually transmitted Diseases Surveillance 2016. Sept 2017

⁴⁵ Public Health England, Blood Safety, Hepatitis, Sexually Transmitted Infections (SIT) & HIV services. National Infection service. Table 1: STI diagnoses & rates in England by gender, 2008-2017, consulté en ligne le 19 juin https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/713276/2017_Table_1_STI_diagnoses__rates_in_England_by_gender.pdf

⁴⁶ Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in Australia : annual surveillance report 2017. Sydney: Kirby Institute, UNSW Sydney; 2017

6 Lymphogranulomatose vénérienne : la recrudescence se poursuit

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. Une recrudescence est observée depuis l'été 2013. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2017

- On recense 104 cas masculins en 2017, ce qui équivaut à un taux de 2,5 cas pour 100 000 hommes. Aucun cas féminin n'a été déclaré en 2017. Le sexe est inconnu pour un cas.
- Le génotype L2b prédomine et compte pour 99 % des cas pour lesquels l'information est connue.
- La répartition selon le groupe d'âge parmi les cas masculins est la suivante : 4 cas (4 %) ont entre 15 et 24 ans, 29 (28 %) entre 25 et 34 ans, 35 (34 %) entre 35 et 44 ans et finalement, 36 (35 %) ont 45 ans ou plus.
- Parmi les cas déclarés en 2017, 84/105 (80 %) ont été enregistrés dans la région de Montréal et les 21 autres l'ont été dans 6 autres régions, soit celles de la Capitale Nationale (5 cas), de l'Estrie (3 cas), de l'Outaouais (1 cas), de Chaudière-Appalaches (2 cas), des Laurentides (5 cas) et de la Montérégie (5 cas).

6.2 Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 2017

- Entre 2005 et la fin de 2017, 570 cas de LGV ont été déclarés, dont 565 sont des hommes.
- On retrouve 2 cas féminins : le premier cas en 2008 (20-24 ans, Lanaudière) et le deuxième en 2012 (25-29 ans Laurentides). Seul le cas de 2012 est un cas confirmé, de génotype L2b. On compte aussi une personne transsexuelle et deux personnes pour lesquelles le sexe n'est pas précisé.
- Les hommes de 45 ans et plus comptent pour 36 % des cas, ceux de 35 à 44 ans pour 30 % des cas, ceux de 25 à 34 ans pour 27 % des cas, et enfin ceux de 15 à 24 ans pour 6 %.
- La région de Montréal regroupe 81 % des cas déclarés entre 2005 et 2017. Au cours de cette période, onze autres régions ont déclaré entre un et 37 cas (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie).
- La presque totalité (99,6 %) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAS.

6.3 Vigie des cas de 2013 à 2017

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 1er janvier 2005 et le 31 décembre 2016 et diffusée en juin 2017⁴⁷. Une mise à jour de l'analyse pour inclure les cas déclarés en 2017 est en cours. L'analyse a été réalisée à partir des formulaires d'enquête reçus pour 90 % des cas.

Nous présentons ici quelques résultats préliminaires de cette analyse dont l'ensemble des résultats seront présentés dans un rapport à paraître⁴⁸. Les proportions présentées ont été établies à partir des cas masculins déclarés entre le 1er janvier 2013 et le 31 décembre 2017 et pour lesquels une information valide était disponible :

- **Sexe des partenaires** : 97 % des hommes concernés avaient des relations exclusivement avec des hommes; 3 % des cas avaient des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, et un cas avait exclusivement des partenaires de sexe féminin;
- **Antécédents d'ITSS** : des antécédents d'ITSS sont rapportés chez presque tous les cas (94 %). Les antécédents d'ITSS les plus souvent rapportés sont l'infection à *Chlamydia trachomatis* (81 %), l'infection gonococcique (78 %), la syphilis (78 %) et l'infection par le VIH (78 %). Les antécédents d'hépatites B et d'hépatite C sont beaucoup moins souvent rapportés (13 % et 12 %, respectivement), mais l'information est connue seulement pour le tiers des cas.
- **Manifestations cliniques** : 65 % rapportaient des signes et symptômes associés à la LGV (rectite, lymphadénopathie inguinale, ulcération/papule) et 23 % ne rapportaient aucun symptôme;
- **Raison de consultation** : la majorité des cas (70 %) a été détectée dans un contexte de consultation pour symptômes; selon les informations disponibles, quelques cas (3 %) auraient été détectés parce qu'ils étaient des contacts de cas connus de LGV et 24 % dans un contexte de dépistage (probablement dépistage d'infection rectale à *Chlamydia trachomatis*).
- **Partenaires sexuels** : une histoire de relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec est mentionnée pour 35 % des cas. Au cours de l'année précédant l'épisode, la moitié (51 %) avaient eu plus de dix partenaires et 73 % avaient eu des partenaires anonymes. Les contextes de rencontre les plus souvent mentionnés sont internet (67 %), les saunas (61 %) et les clubs/bars (20 %). Le travail du sexe est rapporté par 12 cas (5 %).
- **Consommation de drogues** : la consommation de drogues au cours des douze derniers mois est rapportée pour un peu plus de la moitié des cas déclarés pour l'ensemble de la période 2013-2017 (57 %); les drogues les plus souvent rapportées sont la méthamphétamine en cristaux (« crystal meth »), l'ecstasy, le « hasch/pot », les « poppers » et la cocaïne.
- **Réinfections potentielles** : les 442 cas déclarés en 2013-2017 sont survenus chez 356 personnes. Plus d'un épisode a été déclaré pour 45 personnes : 36 ont eu deux épisodes, 9 trois épisodes et un cas a eu quatre épisodes.

⁴⁷ 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/its/vigie_rehaussee_lgv_rapport_2005-2016_201711_1.pdf

⁴⁸ Diallo D, Venne S, Blouin K, Dionne M. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1er janvier 2005 au 31 décembre 2017. Portrait épidémiologique. 2017, à paraître.

6.4 Tendances

Au Québec, un total de 10 cas de LGV a été déclaré entre 1990 et 2004; 25 cas l'ont été en 2005 et 44 en 2006 (période d'émergence). Entre 2007 et 2012, une période d'accalmie a été observée, le nombre de cas fluctuant entre 2 (2009) et 13 (2011) par année, pour une moyenne de 9 cas annuellement (période d'incidence à bas bruit). À partir du printemps 2013 (période de résurgence), le nombre de cas déclarés a augmenté, atteignant un total de 49 en 2013, 62 en 2014, 106 en 2015, 123 en 2016 et 105 en 2017. Selon les projections, le nombre de cas déclarés en 2018 sera possiblement légèrement inférieur à celui de 2017. La moyenne d'âge est stable depuis 2005; toutefois, en période de résurgence (2013-2017), la répartition est plus étalée que les périodes précédentes et le pic se trouve chez les hommes de 30 à 34 ans alors qu'il se trouvait chez les 40-44 ans et les 45-49 ans au cours des précédentes périodes.

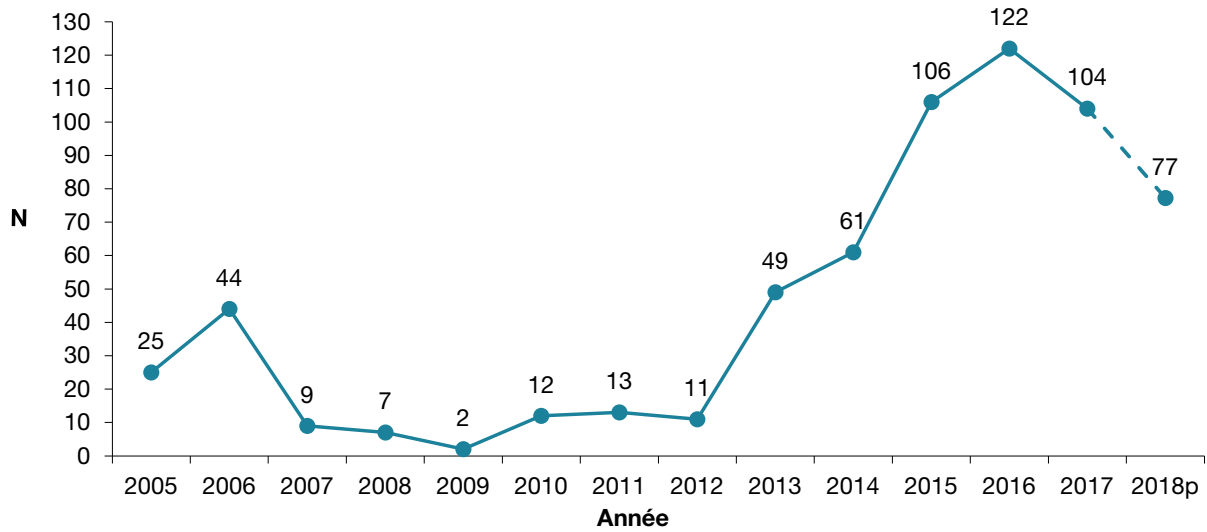
Lors des analyses portant sur la période 2005-2016, la comparaison des caractéristiques des cas déclarés lors de l'émergence en 2005-2006, la période d'incidence à bas bruit (2007-2012), et la période de résurgence (2013-2016) avaient permis de dégager les constats suivants :

- La proportion de cas rapportant des relations sexuelles avec un partenaire résidant hors de la province est plus faible en période de résurgence (27 %) qu'en période d'émergence (36 %) ou d'incidence à bas bruit (41 %), pouvant signifier une propagation locale plus importante depuis 2013.
- La proportion de cas rapportant une infection par le VIH en période de résurgence (83 %) est beaucoup plus élevée qu'auparavant : 55 % en émergence et 60 % en période d'incidence à bas bruit.

L'analyse préliminaire des cas déclarés pour l'année 2017 en comparaison avec des caractéristiques des cas déclarés en 2013-2016 a permis de mettre en évidence les constats suivants :

- La proportion de cas rapportant une infection par le VIH est plus faible en 2017 qu'en 2013-2016 (56 % vs 83 %).
- La proportion de cas pour lesquels la raison de consultation est le dépistage ou à cause d'un contact d'un cas connu de LGV est passée de 12 % en 2013 à environ 30 % au cours des trois dernières années.
- La proportion de cas rapportant une exposition hors Québec est plus élevée en 2017 qu'en 2013-2016 (75 % vs 27 %).
- La proportion de questionnaires disponibles par rapport au nombre de cas déclarés a diminué de 93 % en 2015 à 81 % en 2017.

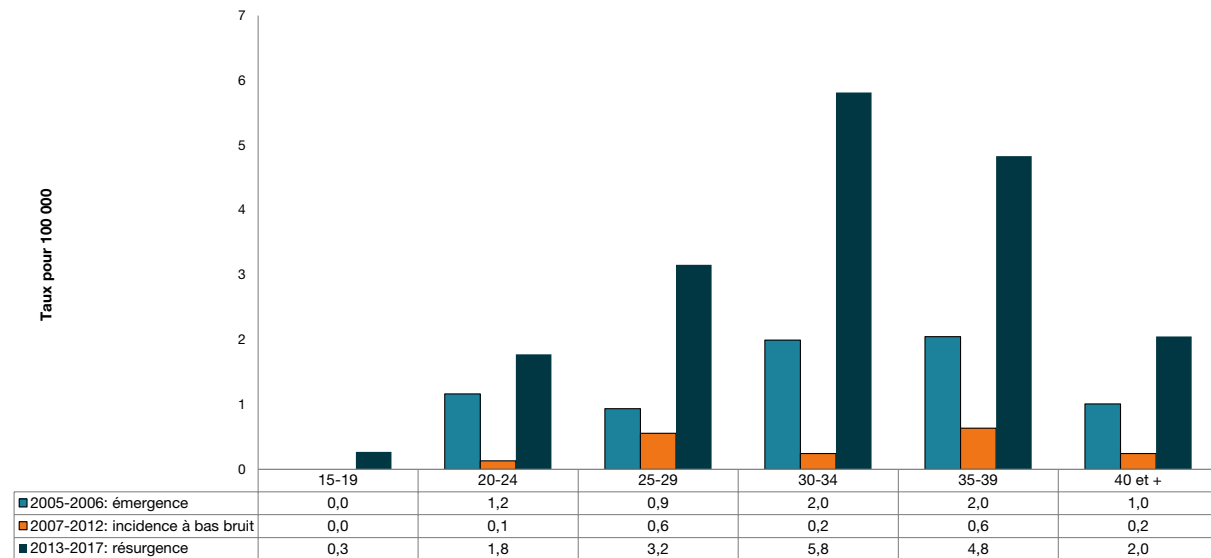
Figure 14 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2018, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2017 (n = 564)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Tableau 14 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2018p

Région	2013		2014		2015		2016		2017		Moyenne 2013-2017		2018p		Variation 2017-2013			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	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	1	0,1	2	0,3	0	0,0	4	0,5	5	0,7	2	0,3	0	0,0	4	400,0	0,5	384,7
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Estrie	0	0,0	1	0,2	0	0,0	3	0,6	3	0,6	1	0,3	0	0,0	3	ND	0,6	ND
Montréal	43	2,2	54	2,7	89	4,5	88	4,4	84	4,2	72	3,6	67	3,3	41	95,3	2,0	89,4
Outaouais	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,2	0	0,0	-1	-50,0	-0,3	-52,1
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,1	0	0,0	0	ND	0,0	ND
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	1	0,2	1	0,2	2	0,5	2	0,5	2	0,5	2	0,4	2	0,4	1	100,0	0,2	96,0
Laval	0	0,0	0	0,0	1	0,2	4	0,9	0	0,0	1	0,2	3	0,7	0	ND	0,0	ND
Lanaudière	1	0,2	0	0,0	1	0,2	3	0,6	0	0,0	1	0,2	3	0,6	-1	-100,0	-0,2	-100,0
Laurentides	0	0,0	2	0,3	2	0,3	2	0,3	5	0,8	2	0,4	0	0,0	5	ND	0,8	ND
Montérégie	1	0,1	1	0,1	11	0,8	14	1,0	5	0,4	6	0,5	2	0,1	4	400,0	0,3	381,0
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	
Province de Québec	49	0,6	61	0,7	106	1,3	123	1,5	105	1,2	89	1,1	77	0,9	56	114,3	0,6	107,5

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

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

6.5 Commentaires

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

La diminution du nombre de cas déclarés entre 2016 et 2017 et qui s'annonce pour 2018 pourrait indiquer que le pic de l'éclosion a été atteint. Le contexte des efforts accrus pour réduire la transmission du VIH, notamment par le traitement précoce et le maintien aux soins des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pour contrôler la charge virale et par la prescription de prophylaxie antirétrovirale en pré-exposition au VIH peut avoir contribué initialement à une hausse des cas déclarés de LGV (dépistage ITSS plus fréquents, possible changement de pratiques sexuelles avec diminution de l'utilisation du condom). Dans la mesure où le réseau sexuel des personnes atteintes de LGV est dense, le dépistage fréquent et le traitement précoce au sein de cette population pourraient aussi contribuer à contrôler sa propagation et fournir des opportunités plus fréquentes d'intervention préventive, ce qui pourrait expliquer que la tendance à la hausse depuis 2013 commence à s'inverser.

L'analyse préliminaire des renseignements colligés pour les cas déclarés en 2017 indique un changement pour plusieurs caractéristiques notamment :

- une proportion plus élevée de cas détectés dans un cadre de dépistage, ce qui est cohérent avec la recherche systématique de LGV lorsqu'un résultat de TAAN s'est avéré positif pour un spécimen anorectal;
- une proportion plus faible de PVVIH : ceci pourrait indiquer que le réseau sexuel des personnes atteintes de LGV s'élargit pour toucher de plus en plus de personnes non PVVIH. Il sera d'autant plus important de mieux documenter certaines caractéristiques telles que la charge virale pour les PVVIH et la prise de prophylaxie pré-exposition pour les non PVVIH, pour s'assurer que l'élargissement du réseau sexuel des personnes atteintes de LGV ne pose pas de risque accru de transmission du VIH. Toutefois, la proportion de données manquantes pour cette variable étant très élevée en 2017, cette tendance doit être interprétée avec prudence. Les travaux d'analyse en cours permettront de mieux comprendre ce résultat.
- une proportion plus élevée de personnes rapportant une exposition hors du Québec : des analyses plus précises permettront de mieux comprendre ce constat.

La lymphogranulomatose vénérienne : comparaison avec d'autres pays

La lymphogranulomatose vénérienne a fait l'objet d'une vigie rehaussée pendant quelques années au Canada à la suite de la survenue de quelques éclosions en 2004 -2005 dans certaines provinces, notamment le Québec, la Colombie-Britannique et l'Ontario. Toutefois, comme elle n'est pas à déclaration obligatoire dans toutes les provinces ou territoires au Canada, il n'y a pas de données récentes disponibles à l'échelle canadienne sur cette infection.

Aux États-Unis, la situation est similaire et il n'y a pas de données à l'échelle du pays; quelques rapports d'éclosions dans des villes américaines sont épisodiquement publiés.

Un rapport européen sur la LGV⁴⁹ présente des résultats de surveillance pour l'année 2015 : 1 787 cas ont été rapportés dans 23 pays. La plupart des cas (87 %) provenaient du Royaume-Uni (948 cas), de la France (480 cas), ou des Pays Bas (181 cas). Pratiquement tous les cas rapportés étaient des HARSAH et, parmi ceux pour lesquels l'information a pu être documentée, 69 % étaient des PVVIH. Les groupes d'âge les plus touchés sont les 35-44 ans, suivis des 25-34 ans et des 45 ans et plus. Le groupe d'âge des 15-24 ans compte pour environ 5 % des cas. Une hausse de 26 % du nombre de cas rapportés a été observée entre 2014 et 2015. La surveillance en Europe comporte plusieurs limites et ces données sous-estiment la réalité.

Comme les taux ne sont pas présentés dans le rapport, les comparaisons sont difficiles à établir. À partir des données démographiques disponibles (estimation de la population masculine en 2015), on peut estimer que le taux chez les hommes en 2015 s'établissait à environ 3 pour 100 000 au Royaume-Uni, à 1,5 pour 100 000 en France, et à environ 2 pour 100 000 dans les Pays Bas. Ces taux seraient comparables à celui du Québec chez les hommes qui s'établit à 2,6 pour 100 000 en 2015.

Actions

L'INSPQ a publié en juin 2016 un avis scientifique sur la LGV : *Lymphogranulomatose vénérienne : avis sur le dépistage, la prise en charge clinique et la surveillance au Québec*
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2130>.

Cet avis émet plusieurs recommandations pour contribuer au contrôle de cette infection, notamment :

- Une recherche systématique des géotypes LGV pour tous les cas de chlamydirose 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 précisions sur la détection et le traitement des personnes atteintes de LGV et sur la conduite auprès des partenaires de personnes atteintes de LGV. Un outil clinique *Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec : Détection et traitement* pour soutenir l'intervention clinique a été diffusée par le MSSS en octobre 2017.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>

⁴⁹ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance report. Annual Epidemiological Report for 2015. Lymphogranuloma Venereum. November 2017.

7 Hépatite B, un virus encore bien présent

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 2017, le taux annuel de cas déclarés d'hépatite B aiguë et d'hépatite B chronique/ou stade non précisé a diminué respectivement de 100 % et 48 %.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2017

- En 2017, 11 cas d'**hépatite B aiguë** ont été déclarés (taux de 0,1 pour 100 000), soit 10 hommes (dont 1 seul âgé de moins de 35 ans ; cette tranche d'âge correspond à la cohorte de personnes vaccinées en milieu scolaire) et une femme (âgée entre 55 et 64 ans). Huit cas concernaient des personnes résidentes de la région de Montréal. De plus, 473 cas d'**hépatite B chronique** (taux de 5,6 pour 100 000) et 505 cas d'**hépatite B de stade non précisé** (taux de 6,0 pour 100 000) ont aussi été déclarés.
- Ainsi, en 2017, 989 cas d'hépatite B de stade aigu, chronique ou non précisé ont été déclarés, ce qui équivaut à un taux de 11,7 cas pour 100 000 personnes (14 pour 100 000 chez les hommes et 9,7 pour 100 000 chez les femmes).
- Les hommes représentent 58 % de l'ensemble des cas déclarés. Parmi les hommes, les taux de cas de stade chronique ou non précisé les plus élevés sont observés chez les personnes âgées de 35 à 39 ans (36 pour 100 000), de 30 à 34 ans (29 pour 100 000), de 40 à 44 ans (27 pour 100 000) et de 45 à 49 ans (20 pour 100 000), lesquelles comptent pour 57 % des cas masculins.
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont observés chez les personnes âgées de 30 à 34 ans (34 pour 100 000), de 25 à 29 ans (30 pour 100 000), de 40 à 44 ans (18 pour 100 000) et de 35 à 39 ans (17 pour 100 000), lesquelles comptent pour 66 % des cas féminins.
- Hommes et femmes réunis, les personnes âgées de moins de 25 ans constituent 8,7 % de l'ensemble des cas déclarés en 2017 et 9 % des cas aigus.
- Les régions de Montréal (29 cas pour 100 000), de l'Outaouais (16 cas), de l'Estrie (15 cas) et du Nunavik (22 soit 3 cas) ont des taux supérieurs à celui de la province. Les taux des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2,9 cas pour 100 000 personnes), de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (2,2), d'Abitibi-Témiscamingue (2,0) et des Laurentides (0,7) se situent bien en deçà du taux provincial.

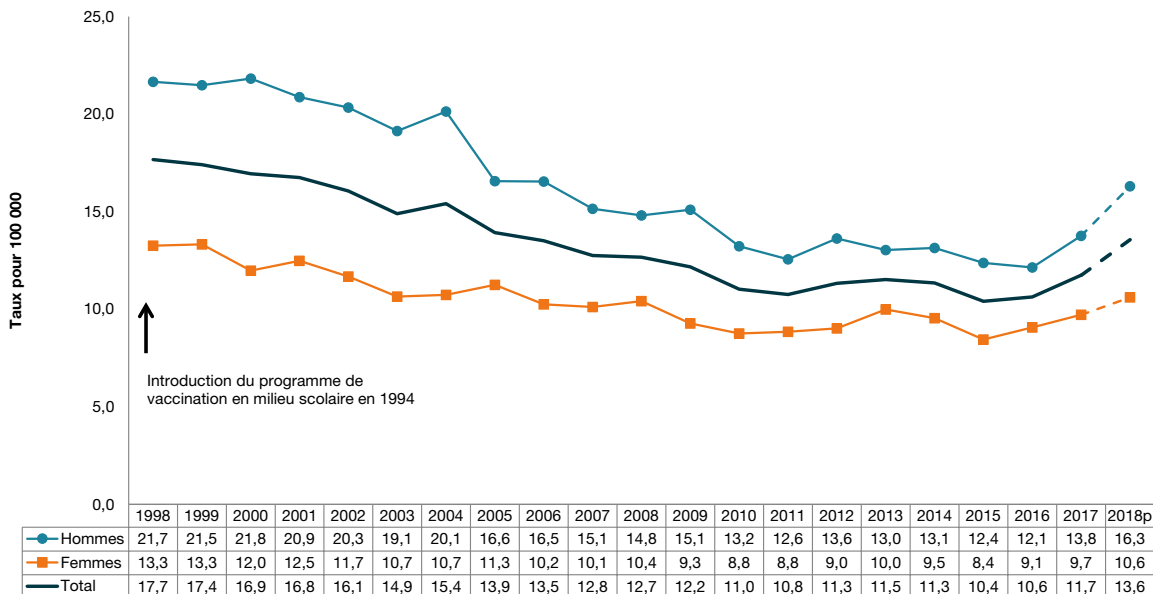
7.2 Tendances

- L'incidence de cas déclarés **d'hépatite B aiguë** a diminué de 98 % entre 1994 et 2017. Au cours des cinq dernières années, elle a baissé de 0,2 pour 100 000 en 2013 à 0,1 pour 100 000 en 2017. Ainsi, après un sommet de 457 en 1992, le nombre annuel de cas aigus a chuté à 11 en 2017 ; il sera de 15 en 2018 selon les projections disponibles.
- Le taux de cas déclarés **d'hépatite B chronique** a progressivement diminué de 69 % entre 1994 et 2017 (passant de 18 pour 100 000 à 5,6 pour 100 000), cette proportion de baisse est la même chez les hommes et chez les femmes.
- **Le taux d'hépatite B de stade non précisé** s'est accru de 88 % entre 2013 et 2017 (passant de 3,2 à 6,0 pour 100 000) ; cette hausse notable a affecté les deux sexes de la même manière.

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

Aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré en 2017 chez des enfants de moins de 1 an (le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré au fichier des MADO en 2009). Aucun cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé n'a été déclaré chez des enfants de moins de 1 an depuis 2013 (un total de 5 cas avait été rapporté entre 2009 et 2012 dans ce groupe d'âge).

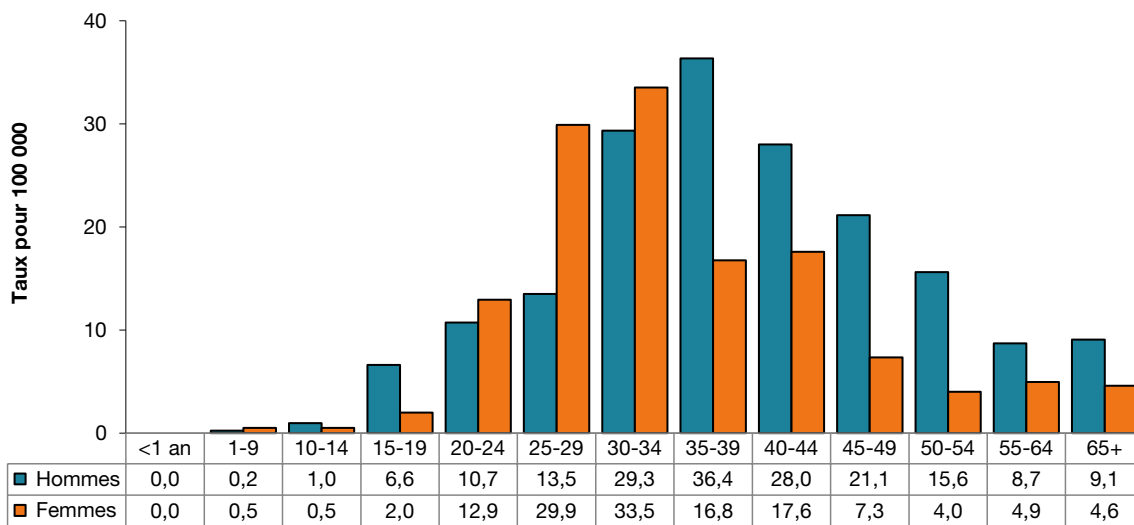
Figure 16 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Figure 17 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2017

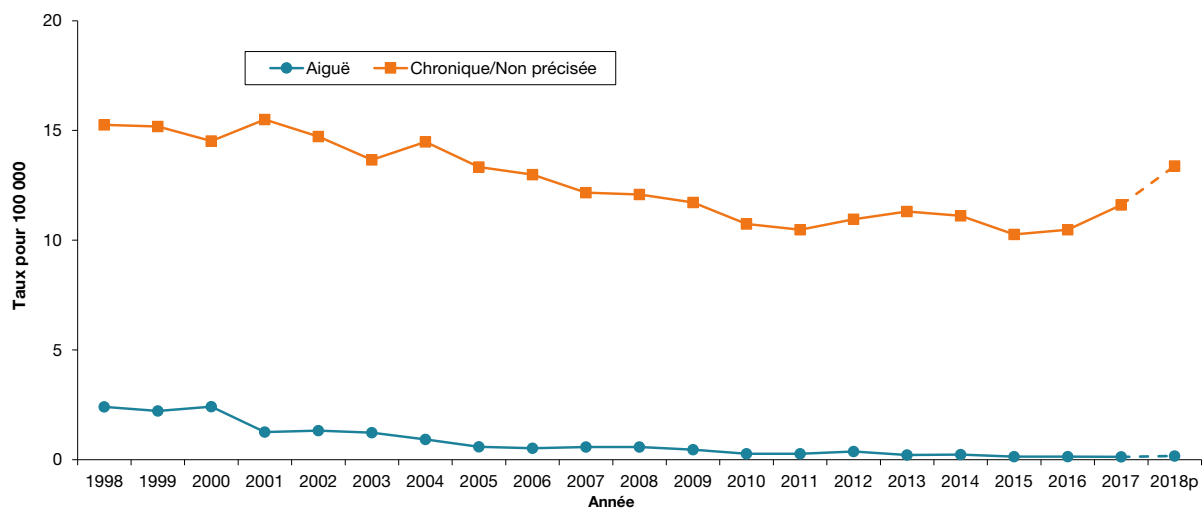


Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Notes :

Figure 18 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1998 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

Tableau 15 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2013 à 2018p

Région	2013		2014		2015		2016		2017		Moyenne 2013-2017		2018p		Variation 2017-2013			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	9	4,5	7	3,5	2	1,0	2	1,0	8	4,0	6	2,8	13	6,5	-1	-11,1	-0,5	-11,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3	1,1	8	2,9	12	4,3	6	2,2	8	2,9	7	2,7	10	3,5	5	166,7	1,8	165,7
Capitale-Nationale	64	8,8	56	7,7	68	9,2	62	8,4	54	7,2	61	8,3	51	6,8	-10	-15,6	-1,6	-18,2
Mauricie et Centre-du-Québec	14	2,8	17	3,3	23	4,5	24	4,7	22	4,3	20	3,9	21	4,1	8	57,1	1,5	54,5
Estrie	36	7,7	30	6,3	35	7,4	43	9,0	28	5,8	34	7,2	35	7,1	-8	-22,2	-1,9	-24,4
Montréal	552	28,2	566	28,6	498	25,0	487	24,3	579	28,6	536	26,9	699	34,3	27	4,9	0,5	1,7
Outaouais	45	11,8	41	10,6	32	8,2	57	14,5	63	15,8	48	12,2	62	15,5	18	40,0	4,0	34,1
Abitibi-Témiscamingue	7	4,7	6	4,0	3	2,0	2	1,3	3	2,0	4	2,8	12	7,7	-4	-57,1	-2,7	-57,5
Côte-Nord	2	2,1	3	3,1	0	0,0	1	1,0	4	4,2	2	2,1	2	1,7	2	100,0	2,1	100,6
Nord-du-Québec	1	7,0	0	0,0	2	14,2	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	-1	-100,0	-7,0	-100,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	2	2,1	3	3,2	2	2,2	2	2,2	2	2,2	3	3,6	1	100,0	1,1	101,5
Chaudière-Appalaches	11	2,6	12	2,9	10	2,4	15	3,5	16	3,7	13	3,0	8	1,9	5	45,5	1,1	42,5
Laval	46	11,0	46	10,9	50	11,6	45	10,3	47	10,7	47	10,9	51	11,4	1	2,2	-0,4	-3,3
Lanaudière	19	3,9	17	3,4	16	3,2	18	3,5	18	3,5	18	3,5	23	4,4	-1	-5,3	-0,4	-10,4
Laurentides	19	3,3	19	3,2	22	3,7	7	1,2	4	0,7	14	2,4	0	0,0	-15	-78,9	-2,6	-79,9
Montérégie	110	8,2	103	7,6	86	6,3	116	8,4	130	9,3	109	7,9	158	11,2	20	18,2	1,1	13,7
Nunavik	1	7,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	22,2	1	6,1	2	12,0	2	200,0	14,3	181,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	1	5,7	1	5,6	0	0,0	0	2,3	2	8,9	0	ND	0,0	ND
Région non précisée	0	0,0	0	0,0	0		0		0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	940	11,5	933	11,3	863	10,4	888	10,6	989	11,7	923	11,1	1151	13,6	49	5,2	0,2	1,9

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

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

7.4 Commentaires

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. Cependant, il persiste actuellement un grand bassin de personnes réceptives à l'infection puisque :

- La couverture vaccinale provinciale pour l'hépatite B chez les élèves de 4^e année n'atteint pas l'objectif fixé par le Programme national de santé publique, soit 90 %. À l'échelle provinciale, la couverture vaccinale s'élève à 84 % pour 2017-2018 et varie de 65 % à 92 % selon la région de fréquentation scolaire ; ce niveau de couverture est sensiblement le même que celui des neuf saisons précédentes, reflétant une certaine stagnation⁵⁰.
- 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 gratuite⁵¹ 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 HARSAH, les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, les personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement (et leurs partenaires sexuels), les 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. Des données récentes sur le niveau de couverture vaccinale ne sont pas disponibles pour la majorité de ces divers groupes de personnes (en ce qui concerne les HARSAH, les résultats de l'étude Engage sont présentés plus loin dans la section « Populations particulièrement touchées »).
- Il est possible que la déclaration de cas **chroniques** et de cas de **stade non précisé** soit alimentée par des Québécois 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 dans des conditions de stérilisation non optimales) et qui reçoivent maintenant un diagnostic. L'information nécessaire à la classification du cas selon le stade d'infection est parfois difficile à obtenir.

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 par ailleurs, le niveau d'accès et de recours aux traitements antiviraux disponibles (permettant de prévenir le développement de la cirrhose, de l'insuffisance rénale et du cancer du foie). En l'absence des informations précédentes, il

⁵⁰ Bulletin Flash Vigie, 10 Octobre 2018 (Vol. 13 n° 7).

⁵¹ 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

est difficile de déterminer si des efforts additionnels doivent être consentis, et le cas échéant, lesquels.

Comparaisons avec le Canada et d'autres pays industrialisés

Les pays (et au Canada, les provinces et territoires) diffèrent dans leur capacité de rapporter les cas d'hépatite B selon le stade d'infection, de sorte que les rapports nationaux ou provinciaux de surveillance de l'hépatite B ne sont pas uniformes.

Selon les données disponibles en 2016 (en 2014 pour les données canadiennes), le Québec rapporte un taux d'incidence de cas déclarés d'hépatite B aiguë inférieur à ceux du Canada, des États-Unis, de la Communauté européenne ou de l'Australie. Dans tous ces pays, le taux observé chez les hommes est plus élevé que celui observé chez les femmes (tableau 16).

En 2014, l'Ontario a été la province canadienne ayant rapporté le taux le plus élevé de cas d'hépatite B chronique (13,6 cas pour 100 000) suivi par la Colombie-Britannique (20,8 pour 100 000).

Tableau 16 Données comparatives de surveillance de l'hépatite B

Taux pour 100 000	Québec 2016	Canada ⁵² 2014	ÉUA ^{a 53} 2016	CE ^{b 54} 2016	Australie ⁵⁵ 2016
Hépatite B aiguë, chronique ou de stade non précisé					
Taux global	10,6	nd	nd	5,5	27,4
Taux hommes	12,8	nd	nd	6,9	29,9
Taux femmes,	10,6	nd	nd	4,1	24,8
Hépatite B aiguë					
Taux global	0,1	0,5	1,0	0,6	0,7
Taux hommes	0,2	0,7	1,2	nd	1,0
Taux femmes	0,1	0,4	0,8	nd	0,7
Hépatite B chronique					
Taux global	6,3	12,0	nd	8,7	nd
Taux hommes	7,3	12,8	nd	nd	nd
Taux femmes	5,3	11,1	nd	nd	nd

^a États-Unis d'Amérique.

^b Communauté européenne.

⁵² Public Health Agency of Canada. Report on Hepatitis B and C in Canada: 2014. Centre for Communicable Diseases and Infection Control, Infectious Disease Prevention and Control Branch, Public Health Agency of Canada; 2017.

⁵³ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, US 2016 Surveillance data for viral hepatitis, Statistics and Surveillance, Division of viral hepatitis.

⁵⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm : ECDC; june 2018.

⁵⁵ Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in Australia: annual surveillance report 2017. Sydney : Kirby Institute, UNSW Sydney; 2017.

8 Hépatite C, un taux deux fois moins élevé que celui du Canada

Depuis 1990, année du début de la saisie des cas d'hépatite C au registre MADO, un peu plus de 40 000 cas ont été déclarés au Québec. Une baisse annuelle constante est observée depuis une décennie; au cours des trois dernières années, un nombre annuel moyen d'environ 1 000 cas a été déclaré. Le nombre de cas confirmés d'hépatite C aiguë est faible (19 cas en 2017); compte tenu de la complexité de la confirmation d'un cas aigu, ce nombre sous-estime probablement la situation réelle. L'hépatite C est particulièrement fréquente parmi les UDI.

8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2017

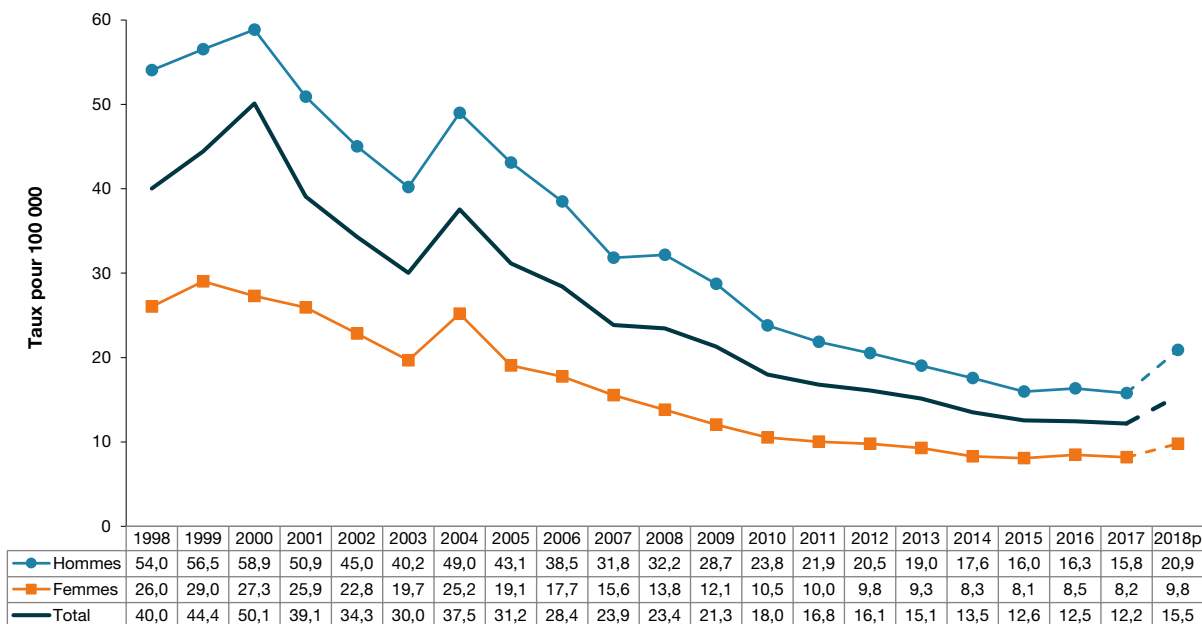
- Un total de 1 027 cas d'hépatite C aiguë ou de stade non précisé a été déclaré en 2017, ce qui équivaut à un taux de 12 cas pour 100 000 personnes (16 pour 100 000 chez les hommes et huit pour 100 000 chez les femmes).
- Les hommes représentent les deux tiers (65 %) de l'ensemble des cas déclarés. Les hommes âgés de 35 à 39 ans et de 40 à 44 ont un taux similaire de 21 cas pour 100 000 personnes alors que ceux âgés de 45 à 49 ans, de 50 à 54 ans et de 55 à 64 ans ont tous un taux similaire, de l'ordre de 30 cas pour 100 000 personnes.
- Les femmes, âgées de 25 à 34 ans ont le taux le plus élevé (14 cas pour 100 000 personnes); suivies par celles âgées 35 à 44 ans et de 45 à 54 ans, lesquelles ont un taux similaire de l'ordre de 11 cas pour 100 000.
- Hommes et femmes réunis, les personnes âgées de moins de 25 ans comptent pour 4,5 % des cas déclarés en 2017 (pour lesquels l'âge est connu).
- Les régions de Montréal (19 cas pour 100 000), de l'Outaouais (16 cas pour 100 000), des Laurentides (15 cas pour 100 000) et du Nunavik (22 cas pour 100 000, soit 3 cas déclarés dans cette région) ont des taux de cas déclarés supérieurs à celui de la province. Les taux de la plupart des autres régions gravitent autour du taux provincial alors que ceux des régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (4,7), de Chaudière-Appalaches (3,5) et du Bas-Saint-Laurent se situent bien en deçà.
- En ce qui a trait spécifiquement à l'**hépatite C aiguë**, 19 cas ont été déclarés en 2017 (13 hommes et 6 femmes). La plupart (17) d'entre eux concernaient des personnes âgées de 25 à 54 ans et la plupart (17) concernaient des personnes résidentes de la région de Montréal.

8.2 Tendances

- Le taux de cas déclarés d'hépatite C a diminué progressivement de 76 % entre 2000 et 2017 (en 2000, l'hépatite C avait atteint un pic de 3 689 cas, soit un taux de 50 cas pour 100 000). Au cours de la période 2013 à 2017, la diminution s'établit à 17 % (- 9,2 % chez les femmes et - 14 % chez les hommes); elle est de 33 % chez les 45 à 53 ans alors que le taux demeure stable chez les 55 ans et plus. À noter qu'entre 2013 et 2017, le taux a diminué de 49 % dans la région des Laurentides alors qu'il croissait de 67 % dans celle de Lanaudière.
- Selon les projections disponibles, 1 312 cas seront déclarés au Québec en 2018 pour un taux de 16 par 100 000, ce qui marque un retour au taux de 2013 et donc un arrêt dans la baisse constante observée depuis 2000; une situation à suivre.

Au cours des années 2012 à 2016, le nombre moyen de cas d'hépatite C aigüe déclarés annuellement a été de 21. Dix-neuf cas ont été déclarés en 2017 et 12 le seront en 2018 selon les projections disponibles.

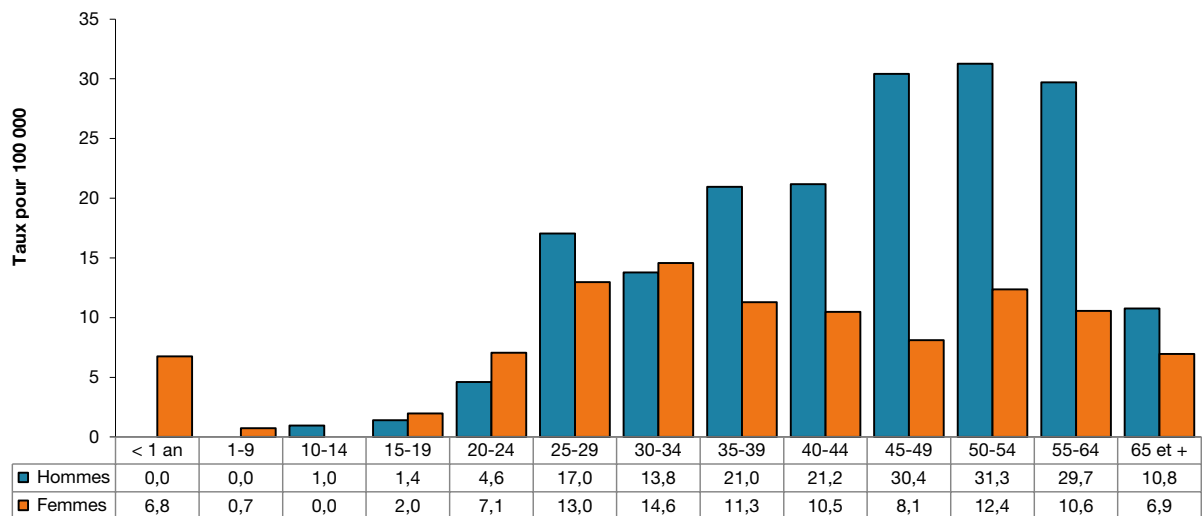
Figure 19 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1998 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

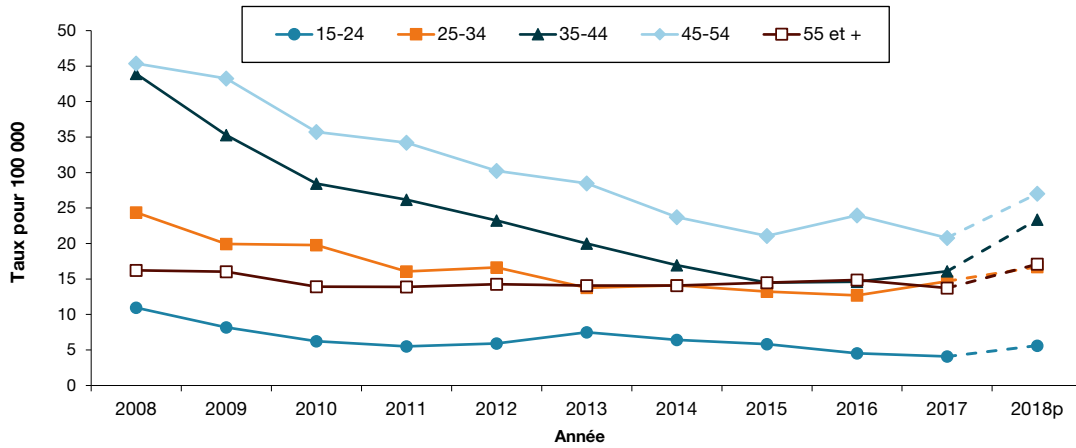
Figure 20 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2017



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2008 à 2018p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

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

Tableau 17 Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2013 à 2018p

Région	2013		2014		2015		2016		2017		Moyenne 2013-2017		2018p		Variation 2017-2013			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	13	6,5	6	3,0	13	6,5	17	8,5	7	3,5	11	5,6	8	4,1	-6	-46,2	-3,0	-46,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	21	7,6	19	6,8	23	8,3	18	6,5	13	4,7	19	6,7	33	11,8	-8	-38,1	-2,9	-38,3
Capitale-Nationale	97	13,4	87	11,9	81	11,0	101	13,6	93	12,4	92	12,5	122	16,1	-4	-4,1	-0,9	-7,1
Mauricie et Centre-du-Québec	72	14,2	51	10,0	56	11,0	60	11,7	47	9,1	57	11,2	59	11,5	-25	-34,7	-5,1	-35,8
Estrie	61	13,0	54	11,4	63	13,2	64	13,3	52	10,8	59	12,4	87	17,9	-9	-14,8	-2,2	-17,1
Montréal	469	23,9	417	21,1	364	18,3	365	18,2	380	18,8	399	20,0	549	27,0	-89	-19,0	-5,1	-21,4
Outaouais	62	16,3	47	12,2	58	14,9	79	20,1	63	15,8	62	15,9	92	22,9	1	1,6	-0,4	-2,7
Abitibi-Témiscamingue	15	10,1	23	15,5	19	12,8	14	9,4	14	9,4	17	11,4	25	16,5	-1	-6,7	-0,8	-7,5
Côte-Nord	7	7,3	9	9,4	11	11,5	10	10,5	12	12,6	10	10,3	13	13,8	5	71,4	5,3	71,9
Nord-du-Québec	5	35,1	2	14,1	2	14,2	1	7,1	1	7,1	2	15,6	2	11,8	-4	-80,0	-28,0	-79,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	4	4,3	9	9,7	10	10,8	6	6,5	9	9,7	8	8,2	12	12,4	5	125,0	5,4	126,7
Chaudière-Appalaches	28	6,7	23	5,5	30	7,1	21	4,9	15	3,5	23	5,5	30	6,9	-13	-46,4	-3,2	-47,5
Laval	40	9,6	50	11,8	43	10,0	51	11,7	30	6,8	43	10,0	31	7,0	-10	-25,0	-2,8	-29,0
Lanaudière	34	7,0	58	11,7	45	8,9	44	8,6	60	11,6	48	9,6	46	8,8	26	76,5	4,7	67,0
Laurentides	175	30,1	134	22,8	103	17,3	78	13,0	93	15,3	117	19,6	51	8,3	-82	-46,9	-14,9	-49,3
Montérégie	129	9,6	124	9,1	118	8,6	109	7,9	133	9,5	123	8,9	148	10,5	4	3,1	-0,1	-0,8
Nunavik	2	15,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	22,2	1	7,6	3	23,9	1	50,0	6,4	40,5
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	5,9	1	5,8	2	11,3	3	16,7	2	11,0	2	10,2	2	8,9	1	100,0	5,1	87,0
Région non précisée	0	0,0	0	0,0	0		0	0,0	0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	1 235	15,1	1 112	13,5	1 041	12,6	1 041	12,5	1 027	12,2	1 091	13,2	1 312	15,5	-208	-16,8	-3,0	-19,5

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

8.3 Commentaires

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.

La présentation clinique de l'hépatite C aiguë est bien souvent frustrante et les tests de laboratoire courants insuffisamment spécifiques pour distinguer une infection aiguë d'une infection chronique. En outre, la définition nosologique en vigueur au Québec aux fins de surveillance est basée sur un grand nombre de critères qui assurent une excellente spécificité, mais restreignent la capacité de reconnaître un cas comme aigu. Ainsi, le nombre de cas d'hépatite C aigus déclarés se situe possiblement bien en deçà de la situation réelle dans la communauté.

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 de plus en plus efficaces permettent d'éradiquer l'infection. 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 infectées et leur accès à une prise en charge médicale.

Un peu plus des deux tiers (68 %) des cas montréalais déclarés en 2013-2016 avaient eu une évaluation médicale préliminaire ou reçu des soins avancés au moment de l'enquête épidémiologique. Par ailleurs, 9 % des patients n'avaient pas été informés du résultat positif de leur test; les personnes ayant utilisé des drogues injectables au cours des 12 mois précédents le test étaient plus à risque de ne pas avoir été informées du résultat de celui-ci (13 % vs 6 %) ⁵⁶. Parmi les participants à l'étude SurvUDI ayant des anticorps contre l'hépatite C, 86 % des personnes recrutées en 2016 étaient au courant de leur statut sérologique (contre 71 % des personnes recrutées en 2003-2005); mais seulement un peu plus du quart (27 %) avaient déjà suivi un traitement contre l'hépatite C dans leur vie ⁵⁷.

L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les utilisateurs de drogues, la sous-estimation du nombre réel de cas aigus 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 sont aussi des PVVIH, la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les UDI.

Comparaisons avec le Canada et d'autres pays industrialisés

Les pays diffèrent dans leur capacité de rapporter les cas d'hépatite C selon le stade d'infection, de sorte que les rapports nationaux ou provinciaux de surveillance de l'hépatite C ne sont pas uniformes.

⁵⁶ Joséphine Aho, et collaborateurs, Évaluation de la surveillance de l'hépatite C à Montréal, 2002-2016, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-sud-de-l'île-de-Montréal, août 2017.

⁵⁷ Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2017 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2017. Institut national de santé publique du Québec, version de travail – à paraître.

Au Canada, les taux déclarés d'infection par le VHC ont connu une baisse entre 2007 (36 pour 100 000 personnes) et 2012 (29 pour 100 000 personnes). Depuis 2012, les taux sont demeurés stables à environ 30 pour 100 000 personnes. Parmi les cas déclarés d'infection par le VHC entre 2007 et 2016, les hommes représentaient près de deux tiers des cas (63 %). Le nombre de cas déclarés le plus élevé était chez le groupe âgé de 40 à 59 ans (4 129 cas), venait ensuite le groupe âgé de 25 à 39 ans (3 889), et celui âgé de 60 ans et plus (2 038). Entre 2012 et 2016, la moyenne du taux d'infection par le VHC au Québec (14 pour 100 000) a été deux fois moins élevée que la moyenne canadienne (30 pour 100 000); en fait, la moyenne au Québec a été la moins élevée parmi celles des 13 provinces et territoires (après le Nunavut, celui-ci ayant rapporté un taux moyen de 10,0).

Selon des données de 2016, le taux d'incidence de cas déclarés d'hépatite C (aiguë et de stade non précisé) au Québec est également inférieur à celui de l'Australie mais un peu supérieur à celui de la Communauté européenne.

Enfin, le taux global d'hépatite C aiguë (sexes réunis) est inférieur à ceux des États-Unis et de la Communauté européenne (tableau 18).

Tableau 18 Données comparatives de surveillance de l'hépatite C, taux pour 100 000, année 2016

	Québec	Canada ⁵⁸	ÉUA ^{a 59}	CE ^{b 60}	Australie ⁶¹
Hépatite C aiguë, chronique ou de stade non précisé					
Taux global	12,5	31,0	nd	7,4	49,9
Taux hommes	16,3	39,1	nd	9,8	67,1
Taux femmes	8,5	40,6	nd	5,4	32,6
Hépatite C aiguë					
Taux global	0,16	nd	1,0	0,4	nd
Taux hommes	0,21	nd	1,1	nd	nd
Taux femmes	0,09	nd	0,9	nd	nd

^a États-Unis d'Amérique

^b Communauté européenne

⁵⁸ Public Health Agency of Canada, Canada Communicable Disease Report (CCDR) vol. 44- 7/8, July 5, 2018. Can we eliminate hepatitis C.

⁵⁹ US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, US 2016 Surveillance data for viral hepatitis, Statistics and Surveillance, Division of viral hepatitis.

⁶⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm : ECDC; June 2018.

⁶¹ Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in Australia: annual surveillance report 2017. Sydney : Kirby Institute, UNSW Sydney; 2017.

9 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 exhaustif étant diffusé à ce sujet, seuls les éléments principaux sont rapportés ici. Au total, 10 681 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés dans le cadre du programme entre avril 2002 et décembre 2017. Parmi ceux-ci, on compte 5 545 nouveaux diagnostics⁶², 4 704 anciens diagnostics et 432 cas qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

9.1 Caractéristiques des cas d'infection par le VIH enregistrés au cours de l'année 2017⁶³

- En 2017, 698 infections par le VIH ont été enregistrées : 343 nouveaux diagnostics, 334 anciens diagnostics et 21 cas pour lesquels on ne peut préciser s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau diagnostic.
- Les cas sans numéro d'assurance maladie (NAM) sont comptabilisés depuis avril 2012. En 2017, 237 cas sans NAM (110 anciens diagnostics, 113 nouveaux diagnostics et un diagnostic non classé dans l'une ou l'autre de ces catégories) ont été enregistrés et sont inclus dans les données.
- Les hommes représentent 77 % des nouveaux diagnostics.
 - Parmi les nouveaux diagnostics chez les hommes (n = 263), 9,5 % ont entre 15 et 24 ans, 29 % ont entre 25 et 34 ans, 26 % ont entre 35 à 44 ans, 19 % ont entre 45 et 54 ans et 16 % ont 55 ans ou plus.
 - Quant aux nouveaux diagnostics chez les femmes (n = 80), 5,0 % ont entre 15 à 24 ans, 36 % ont entre 25 et 34 ans, 29 % ont entre 35 et 44 ans, 19 % ont entre 45 et 54 ans et 8,8 % ont 55 ans ou plus.
 - En 2017, l'âge médian des nouveaux diagnostics est de 36 ans chez les femmes et de 37 ans chez les hommes.
 - En 2017, pour l'ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s'établit à 4,1 cas pour 100 000 personnes. La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur (10,1 cas pour 100 000 personnes). Les taux des autres régions sont inférieurs à la moyenne provinciale en 2017.
 - Globalement, pour les nouveaux diagnostics, près d'un tiers (33 %) avait un taux de CD4 \geq 500/ml, 42 % entre 200 à 499 CD4/ml et 25 % moins de 200 CD4/ml.

9.1.1 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS ENREGISTRÉS EN 2017

Les cas de VIH sont catégorisés de façon mutuellement exclusive selon une hiérarchie, 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

⁶² 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.

⁶³ Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

de classification mène à l'attribution de la catégorie d'exposition HARSAH, ce qui représente bien le mode de transmission, mais cause une perte d'information sur l'origine de pays fortement endémiques pour le VIH. Pour davantage d'informations sur l'attribution de la catégorie d'exposition, consulter le rapport du Programme de surveillance du VIH au Québec⁶⁴.

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2017 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont :

- Les **HARSAH**, lesquels représentent 58 % des cas masculins. En 2017, on enregistrait 153 nouveaux diagnostics chez les HARSAH. Ils se répartissent comme suit : 12 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 37 % de 25 à 34 ans, 18 % de 35 à 44 ans, 18 % avaient entre 45 et 54 ans et 15 % avaient 55 ans ou plus.
- Les **personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique**⁶⁵, lesquelles représentent 36 % de l'ensemble des cas de nouveaux diagnostics, soit 24 % des cas masculins et 76 % des cas féminins. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente chez les femmes. La grande majorité (94/113) des cas de nouveaux diagnostics sans NAM ayant été enregistrés en 2017 concernent des personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique (52/68 cas masculins et 42/45 cas féminins).
- Les **personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'autres pays où l'infection n'est pas fortement endémique**, lesquelles représentent 15 % des cas de nouveaux diagnostics (13 % des cas masculins et 21 % des cas féminins).

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

- Les **UDI** (excluant les HARSAH qui sont aussi UDI), lesquels représentent 2,0 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2017. Chez les hommes, la proportion s'élève à 3,4 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI. En 2017, sept nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez les UDI (excluant les HARSAH-UDI).

9.1.2 TRANSMISSION VERTICALE

Depuis avril 2002, un total de 43 nouveaux diagnostics de transmission mère-enfant ont été enregistrés dont 18 concernaient des enfants nés au Canada. Parmi ces derniers, 12 étaient nés de mères immigrantes d'un pays où l'infection par le VIH est fortement endémique. En 2017, deux nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez des enfants nés au Canada de mères originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique.

⁶⁴ Bitera, R. et collab., *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2017*, 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, 2018. Données fournies avant publication par R. Bitera octobre 2018.

⁶⁵ Pays qui affichent un taux important d'infection par le VIH et où le mode de transmission prédominant est le contact hétérosexuel.

9.2 Tendances

Les tendances doivent être interprétées avec prudence puisque le nombre de cas fluctue d'année en année. Les cas sans NAM sont enregistrés depuis avril 2012, mais ils n'étaient pas comptabilisés auparavant (113 cas en 2012, 98 en 2013, 68 en 2014, 78 en 2015, 82 en 2016 et 131 en 2017). Ce changement apporté au programme de surveillance doit être pris en considération lors de l'interprétation des tendances. Il est possible de dégager de l'analyse les constats suivants :

- Entre 2008 et 2012, on observe une moyenne de 336 nouveaux diagnostics de VIH par année. La moyenne est de 317 pour la période 2013-2017, soit une baisse de 5,7 %. Une diminution plus prononcée est observée lorsque les cas sans NAM sont exclus. Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2017, la moyenne annuelle serait de 329 nouveaux diagnostics entre 2008 et 2012 et 272 pour la période 2013-2017; la diminution atteindrait 17 %.
- Chez les hommes, le nombre de nouveaux diagnostics est plutôt stable depuis 2009, fluctuant entre 233 en 2014 et 299 en 2013. Une légère diminution du nombre de nouveaux diagnostics s'observe surtout chez les hommes âgés de 45 à 55 ans;
- Chez les femmes, à l'exception de l'année 2017, le nombre de nouveaux diagnostics est également plutôt stable depuis 2007, fluctuant entre 40 en 2011 et 63 en 2013. En 2017, on observe 80 nouveaux diagnostics, soit le nombre le plus élevé observé depuis 2007.
- Entre 2003 et 2017, les diminutions du nombre de nouveaux diagnostics observées chez les personnes originaires de pays fortement endémiques, ainsi que chez les personnes hétérosexuelles d'origine canadienne ou de pays où le VIH n'est pas fortement endémique sont respectivement de 31 % et de 7,3 %. Les diminutions sont de 90 % chez les UDI, de 89 % chez les HARSAH-UDI, et de 31 % chez les HARSAH non UDI.

9.2.1 LES UDI

- Le nombre annuel moyen de cas féminins de nouveaux diagnostics enregistrés dans cette catégorie est passé de cinq pour la période 2008-2012 à quatre pour la période 2013-2017. Le nombre annuel moyen de cas masculins (incluant les HARSAH-UDI) est passé de 21 pour la période 2008-2012 à 12 pour la période 2013-2017 (diminution de 43 %).
- Entre 2003 et 2017, le nombre de nouveaux diagnostics d'UDI a considérablement diminué, passant de 70 à 7 (88 à 9 en incluant les HARSAH-UDI). Parmi l'ensemble des cas enregistrés (nouveaux et anciens diagnostics), le nombre d'UDI diminue de 88 % en passant de 211 en 2003 à 26 en 2017 (de 250 en 2003 à 32 en 2017 en incluant les HARSAH-UDI).

9.2.2 LES HARSAH

- Depuis 2003, le nombre annuel de cas de **nouveaux diagnostics** chez les HARSAH a oscillé entre un maximum de 258 en 2006 et un minimum de 153 en 2017. La baisse observée en 2017 semble plutôt abrupte comparativement aux années précédentes.
- Le nombre annuel moyen de **nouveaux diagnostics** s'établissait à 211 entre 2008 et 2012, alors qu'il était de 188 entre 2013 et 2017 (diminution de 11 %). Toutefois, les tendances observées diffèrent beaucoup selon le groupe d'âge :
 - Chez les HARSAH âgés de 35 à 44 ans, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics a baissé de 53 pour la période 2008-2012 à 41 pour la période 2013-2017, soit une diminution de 23 %;

- La tendance est aussi à la baisse chez les HARSAH âgés de 45 à 54 ans. Pour ce groupe d'âge, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics est passé de 50 cas entre 2008 et 2012 à 35 pour la période 2013-2017, soit une diminution de 30 %;
- Chez les HARSAH de 15 à 24 ans, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics est passé de 22 cas au cours de la période 2008-2012, à 26 au cours de la période 2013-2017, soit une hausse non significative de 18 %. D'une part, il s'agit de petits nombres de cas, d'autre part la hausse semble se stabiliser, aussi la prudence s'impose-t-elle dans l'interprétation des résultats;
- Chez les autres groupes d'âge, on observe une tendance à la baisse, non statistiquement significative pour les HARSAH de 25 à 34 ans, ainsi qu'une tendance à la hausse, également non statistiquement significative, pour les HARSAH de 55 ans et plus.

9.2.3 LES PERSONNES ORIGINAIRES DE PAYS OÙ L'INFECTION PAR LE VIH EST FORTEMENT ENDÉMIQUE

- Une hausse inhabituelle de cas (anciens et nouveaux diagnostics) a été enregistrée en 2017 chez les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique. Le nombre de cas se maintenait entre 124 et 168 entre 2012 et 2016 et a augmenté à 270 cas en 2017 (dont 116 hommes et 154 femmes; 186 cas sans NAM). Le nombre de nouveaux diagnostics se maintenait entre 46 et 58 entre 2012 et 2016 et a augmenté à 125 en 2017 (dont 64 hommes et 61 femmes; 94 nouveaux diagnostics sans NAM).

9.3 Estimation de l'incidence et de la prévalence

Selon les estimations produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada⁶⁶, environ 656 personnes (entre 410 et 1000) auraient contracté le VIH durant l'année 2016. Ce nombre est légèrement supérieur au nombre estimé pour 2014, soit 563 personnes (entre 400 et 760). Les estimations pour les années antérieures étaient de 760 personnes (entre 520 et 1 000) pour l'année 2011 et de 819 personnes (entre 540 et 1 100) pour l'année 2008.

Selon ces mêmes estimations, environ 16 853 personnes (entre 14 500 et 18 670) étaient infectées par le VIH au Québec en 2016 (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida et celle 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 régression, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même si le nombre de cas incidents diminue.

Les estimations de l'atteinte des cibles de l'OMS⁶⁷ pour la prise en charge des cas au Québec sont les suivantes :

- 86 % de personnes séropositives connaîtraient leur statut sérologique;
- 84 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevraient des traitements antirétroviraux;

⁶⁶ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2011*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014, 22p. Communication personnelle pour les données de 2014 et de 2016 pour le Québec, septembre 2018.

⁶⁷ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2014) 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.

- 94 % des personnes sous traitement antirétroviraux auraient une charge virale inférieure à 200 copies/ml.

Figure 22 Infection par le VIH : taux d'incidence bruts de nouveaux diagnostics selon le sexe, Québec, de 2003 à 2017

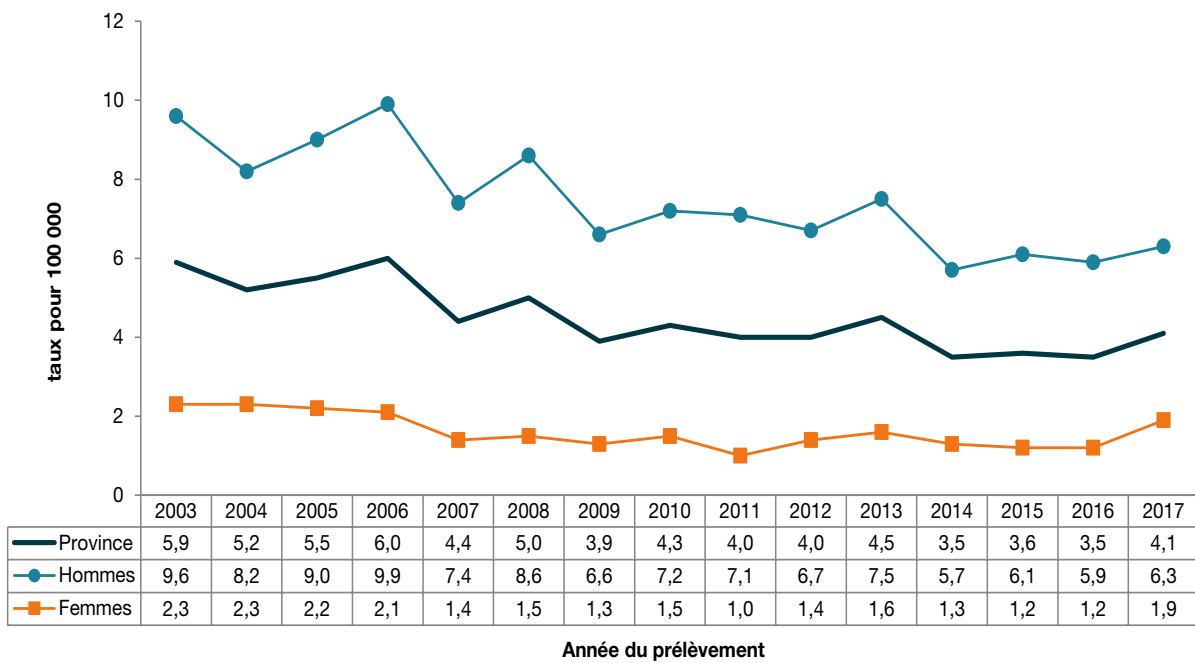


Tableau 19 Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2017

An	Anciens diagnostics					Nouveaux diagnostics					Diagnostics non caractérisés					Total
	h	f	Tr	N/P	s/tot	h	f	Tr	N/P	s/tot	h	f	Tr	N/P	s/tot	
2002 ^a	277	83	0	0	360	183	47	0	0	230	55	26	0	0	81	671
2003	339	117	1	0	457	355	88	0	0	443	33	13	0	0	46	946
2004	267	80	0	0	347	305	87	0	0	392	48	14	0	0	62	801
2005	229	80	0	1	310	337	83	0	0	420	8	5	0	0	13	743
2006	198	55	1	0	254	374	81	0	1	456	12	3	0	0	15	725
2007	215	75	0	0	290	280	56	0	0	336	22	4	0	0	26	652
2008	200	66	2	0	268	329	60	0	0	389	14	2	0	0	16	673
2009	209	60	0	0	269	256	51	0	0	307	33	7	0	0	40	616
2010	162	42	0	0	204	281	60	0	0	341	17	0	0	0	17	562
2011	138	49	0	0	187	281	40	0	0	321	17	4	0	0	21	529
2012	200	88	0	0	288	268	55	0	0	323	14	6	0	0	20	631
2013	196	84	0	0	280	299	63	0	0	362	17	4	0	0	21	663
2014	155	77	0	0	232	233	52	0	0	285	16	1	0	0	17	534
2015	216	82	2	0	300	251	50	0	0	301	8	2	0	0	10	611
2016	249	73	2	0	324	246	50	0	0	296	5	1	0	0	6	626
2017	228	106	0	0	334	263	80	0	0	343	14	7	0	0	21	698
Total	3 478	1 217	8	1	4 704	4 541	1 003	0	1	5 545	333	99	0	0	432	1 0681

Notes : Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance maladie (NAM). À partir d'avril 2012, les cas sans NAM ont pu être enregistrés au Programme. Le total inclut les cas sans NAM enregistrés entre 2012 et 2017.

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

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

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

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

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

Tableau 20 Infection par le VIH chez les HOMMES : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, HOMMES, Québec, avril 2002 à décembre 2017

Année	HARSAH		HARSAH-UDI		UDI		Pays endém.		Rel Hétéro part à risque		Facteur de coag.		Receveur transfus.		Rel Hétéro. Part SRI		Aucun risqué id.		Mère-enfant		Total N
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2002	115	62,8	2	1,1	19	10,4	19	10,4	7	3,8	0	0,0	0	0,0	16	8,7	2	1,1	3	1,6	183
2003	223	62,8	18	5,1	48	13,5	24	6,8	12	3,4	0	0,0	0	0,0	25	7,0	5	1,4	0	0,0	355
2004	194	63,6	14	4,6	26	8,5	30	9,8	6	2,0	0	0,0	0	0,0	28	9,2	5	1,6	2	0,7	305
2005	234	69,4	9	2,7	27	8,0	27	8,0	8	2,4	0	0,0	0	0,0	23	6,8	5	1,5	4	1,2	337
2006	258	69,0	14	3,7	24	6,4	38	10,2	7	1,9	1	0,3	1	0,3	30	8,0	0	0,0	1	0,3	374
2007	206	73,6	8	2,9	15	5,4	17	6,1	4	1,4	0	0,0	0	0,0	28	10,0	2	0,7	0	0,0	280
2008	237	72,0	15	4,6	18	5,5	18	5,5	17	5,2	0	0,0	0	0,0	22	6,7	0	0,0	2	0,6	329
2009	199	77,7	4	1,6	15	5,9	13	5,1	5	2,0	0	0,0	1	0,4	19	7,4	0	0,0	0	0,0	256
2010	219	77,9	9	3,2	8	2,8	21	7,5	6	2,1	0	0,0	0	0,0	17	6,0	1	0,4	0	0,0	281
2011	199	70,8	6	2,1	15	5,3	23	8,2	12	4,3	0	0,0	1	0,4	18	6,4	4	1,4	3	1,1	281
2012	199	74,3	7	2,6	7	2,6	27	10,1	11	4,1	0	0,0	0	0,0	17	6,3	0	0,0	0	0,0	268
2013	229	76,6	8	2,7	6	2,0	24	8,0	9	3,0	0	0,0	0	0,0	18	6,0	1	0,3	4	1,3	299
2014	173	74,2	5	2,1	11	4,7	24	10,3	9	3,9	0	0,0	0	0,0	11	4,7	0	0,0	0	0,0	233
2015	189	75,3	7	2,8	6	2,4	23	9,2	7	2,8	0	0,0	0	0,0	18	7,2	0	0,0	1	0,4	251
2016	196	79,7	4	1,6	4	1,6	17	6,9	6	2,4	0	0,0	0	0,0	19	7,7	0	0,0	0	0,0	246
2017	153	58,2	2	0,8	7	2,7	64	24,3	12	4,6	0	0,0	0	0,0	22	8,4	3	1,1	0	0,0	263
Total	3 223	71,0	132	2,9	256	5,6	409	9,0	138	3,0	1	0,0	3	0,1	331	7,3	28	0,6	20	0,4	4 541

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

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

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance maladie (NAM). Les cas sans NAM sont enregistrés depuis et sont inclus aux chiffres présentés de 2012-2017 et des sous-totaux et totaux.

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

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

Tableau 21 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 2017.

Année	UDI		Pays endém.		Rel Hétéro part à risque		Facteur de coag.		Receveur transfus.		Rel Hétéro. Part SRI		Aucun risqué id.		Mère-enfant		Total N
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2002	11	23,4	20	42,6	8	17,0	0	0,0	0	0,0	7	14,9	0	0,0	1	2,1	47
2003	22	25,0	46	52,3	10	11,4	0	0,0	0	0,0	8	9,1	0	0,0	2	2,3	88
2004	14	16,1	41	47,1	14	16,1	0	0,0	1	1,1	15	17,2	0	0,0	2	2,3	87
2005	13	15,7	36	43,4	15	18,1	0	0,0	0	0,0	16	19,3	0	0,0	3	3,6	83
2006	17	21,0	27	33,3	20	24,7	0	0,0	1	1,2	15	18,5	0	0,0	1	1,2	81
2007	13	23,2	25	44,6	7	12,5	0	0,0	0	0,0	11	19,6	0	0,0	0	0,0	56
2008	5	8,3	27	45,0	16	26,7	0	0,0	0	0,0	9	15,0	1	1,7	2	3,3	60
2009	5	9,8	25	49,0	13	25,5	0	0,0	0	0,0	8	15,7	0	0,0	0	0,0	51
2010	5	8,3	29	48,3	11	18,3	0	0,0	0	0,0	12	20,0	0	0,0	3	5,0	60
2011	5	12,5	17	42,5	10	25,0	0	0,0	0	0,0	6	15,0	0	0,0	2	5,0	40
2012	7	12,7	27	49,1	12	21,8	0	0,0	0	0,0	7	12,7	0	0,0	2	3,6	55
2013	11	17,5	34	54,0	4	6,3	0	0,0	0	0,0	12	19,0	1	1,6	1	1,6	63
2014	4	7,7	29	55,8	11	21,2	0	0,0	0	0,0	7	13,5	1	1,9	0	0,0	52
2015	2	4,0	23	46,0	20	40,0	0	0,0	0	0,0	3	6,0	1	2,0	1	2,0	50
2016	2	4,0	32	64,0	8	16,0	0	0,0	0	0,0	7	14,0	0	0,0	1	2,0	50
2017	0	0,0	61	76,3	10	12,5	0	0,0	0	0,0	7	8,8	0	0,0	2	2,5	80
Total	136	13,6	499	49,8	189	18,8	0	0,0	2	0,2	150	15,0	4	0,4	23	2,3	1 003

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

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

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance maladie (NAM). Les cas sans NAM sont enregistrés depuis et sont inclus aux chiffres présentés de 2012-2017 et des sous-totaux et totaux.

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

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

Tableau 22 Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2017

	HARSAH		HARSAH-UDI		UDI		Pays endém.		Rel Hétéro part à risque		Facteur de coag.		Receveur transfus.		Rel Hétéro. Part SRI		Aucun risqué id.		Mère-enfant		Total ^a
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N
2002	115	50,0	2	0,9	30	13,0	39	17,0	15	6,5	0	0,0	0	0,0	23	10,0	2	0,9	4	1,7	230
2003	223	50,3	18	4,1	70	15,8	70	15,8	22	5,0	0	0,0	0	0,0	33	7,4	5	1,1	2	0,5	443
2004	194	49,5	14	3,6	40	10,2	71	18,1	20	5,1	0	0,0	1	0,3	43	11,0	5	1,3	4	1,0	392
2005	234	55,7	9	2,1	40	9,5	63	15,0	23	5,5	0	0,0	0	0,0	39	9,3	5	1,2	7	1,7	420
2006	258	56,7	14	3,1	41	9,0	65	14,3	27	5,9	1	0,2	2	0,4	45	9,9	0	0,0	2	0,4	455
2007	206	61,3	8	2,4	28	8,3	42	12,5	11	3,3	0	0,0	0	0,0	39	11,6	2	0,6	0	0,0	336
2008	237	60,9	15	3,9	23	5,9	45	11,6	33	8,5	0	0,0	0	0,0	31	8,0	1	0,3	4	1,0	389
2009	199	64,8	4	1,3	20	6,5	38	12,4	18	5,9	0	0,0	1	0,3	27	8,8	0	0,0	0	0,0	307
2010	219	64,2	9	2,6	13	3,8	50	14,7	17	5,0	0	0,0	0	0,0	29	8,5	1	0,3	3	0,9	341
2011	199	62,0	6	1,9	20	6,2	40	12,5	22	6,9	0	0,0	1	0,3	24	7,5	4	1,2	5	1,6	321
2012	199	61,6	7	2,2	14	4,3	54	16,7	23	7,1	0	0,0	0	0,0	24	7,4	0	0,0	2	0,6	323
2013	229	63,3	8	2,2	17	4,7	58	16,0	13	3,6	0	0,0	0	0,0	30	8,3	2	0,6	5	1,4	362
2014	173	60,7	5	1,8	15	5,3	53	18,6	20	7,0	0	0,0	0	0,0	18	6,3	1	0,4	0	0,0	285
2015	189	62,8	7	2,3	8	2,7	46	15,3	27	9,0	0	0,0	0	0,0	21	7,0	1	0,3	2	0,7	301
2016	196	66,2	4	1,4	6	2,0	49	16,6	14	4,7	0	0,0	0	0,0	26	8,8	0	0,0	1	0,3	296
2017	153	44,6	2	0,6	7	2,0	125	36,4	22	6,4	0	0,0	0	0,0	29	8,5	3	0,9	2	0,6	343
Total	3 223	58,1	132	2,4	392	7,1	908	16,4	327	5,9	1	0,0	5	0,1	481	8,7	32	0,6	43	0,8	5 544

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

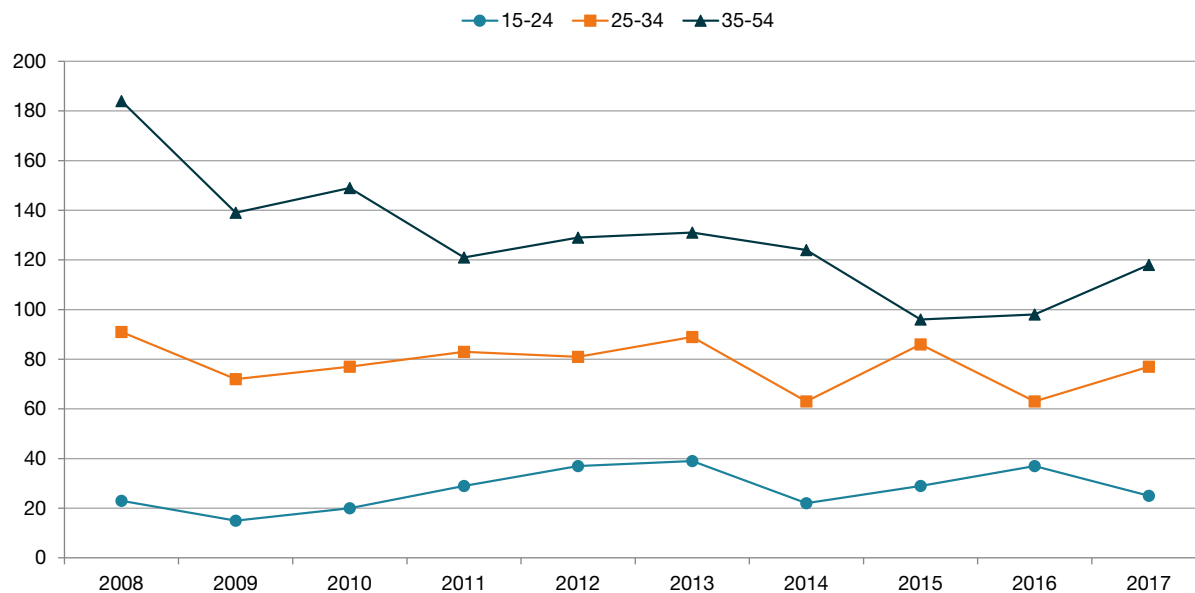
Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec mutl part, contact travailleur(euse) du sexe, ant ITS, séjour pays endémique, sans précision sur part.

Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance maladie (NAM). Les cas sans NAM sont enregistrés depuis et sont inclus aux chiffres présentés de 2012-2017 et des sous-totaux et totaux.

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

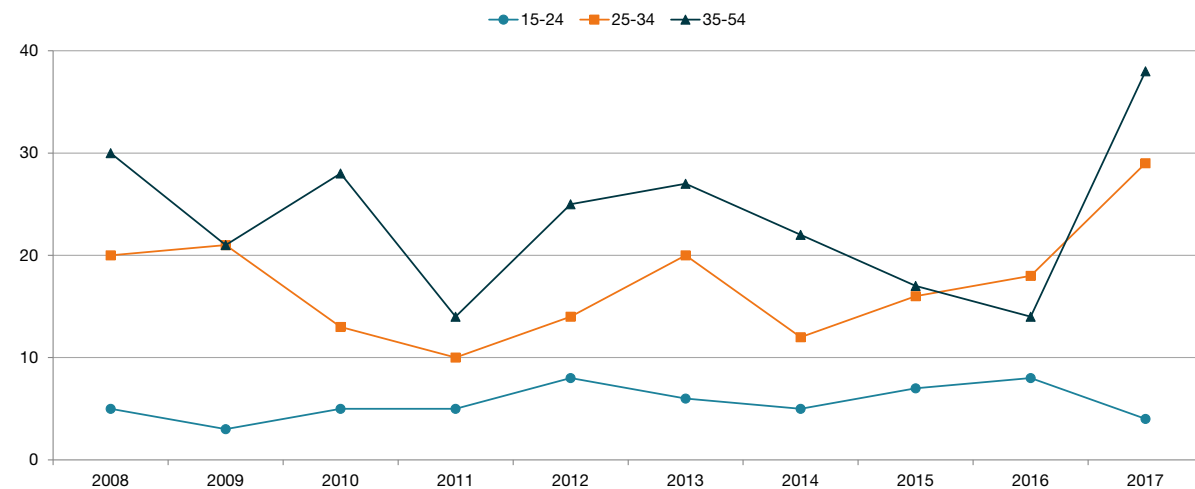
Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

Figure 23 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 à 54 ans, Québec, de 2008 à 2017



Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

Figure 24 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 à 54 ans, Québec, de 2007 à 2017



Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

Tableau 23 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2013 à 2017

Région	2013		2014		2015		2016		2017		Variation 2017-2013			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	4	2,0	1	0,5	3	1,5	4	2,0	0	0,0	-4	-100,0	-2,0	-100,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	4	1,5	2	0,7	4	1,4	2	0,7	6	2,1	2	50,0	0,7	44,8
Capitale-Nationale	24	3,4	20	2,8	22	3,0	16	2,2	26	3,5	2	8,3	0,1	1,6
Mauricie et Centre-du-Québec	12	2,4	8	1,6	8	1,6	4	0,8	14	2,7	2	16,7	0,3	13,7
Estrie	10	3,2	8	2,5	4	0,8	5	1,0	6	1,2	-4	-40,0	-1,9	-61,0
Montréal	221	11,3	171	8,7	176	8,8	176	8,8	204	10,1	-17	-7,7	-1,2	-11,0
Outaouais	9	2,4	10	2,6	4	1,0	8	2,0	9	2,3	0	0,0	-0,1	-5,8
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4	3	2,1	3	2,0	5	3,4	1	0,7	-1	-50,0	-0,7	-51,5
Côte-Nord	0	0,0	1	1,1	3	3,1	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	ND	1,1	ND
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0	0,6	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1	1,1	1	ND	-1,1	ND
Chaudière-Appalaches	7	1,7	7	1,7	3	0,7	3	0,7	3	0,7	-4	-57,1	-1,0	-58,7
Laval	15	3,6	12	2,9	10	2,3	9	2,1	17	3,9	2	13,3	0,2	5,9
Lanaudière	7	1,4	5	1,0	12	2,4	15	2,9	14	2,7	7	100,0	1,3	90,4
Laurentides	10	1,7	5	0,9	13	2,2	9	1,5	10	1,6	0	0,0	-0,1	-5,3
Montérégie	37	2,5	31	2,1	36	2,6	38	2,7	32	2,3	-5	-13,5	-0,2	-8,2
Nunavik	0	0,0	1	8,2	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	1	5,6	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Province de Québec	362	4,5	285	3,5	301	3,6	296	3,5	343	4,1	-19	-5,2	-0,4	-9,3

Notes : Taux exprimés pour 100 000 personnes. Le taux d'incidence est estimé à partir du nombre de nouveaux diagnostics.

ND : Non disponible; les pourcentages de variation ne peuvent être estimés puisqu'aucun cas n'est enregistré à la situation de base ou à l'année 2017. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

9.4 Commentaires

Le nombre de cas de VIH enregistrés au programme de surveillance (anciens et nouveaux diagnostics) a augmenté en 2017 pour la catégorie des « personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique ». Le nombre de nouveaux diagnostics tend à diminuer entre 2003 et 2017 dans les autres catégories d'exposition, de 7,3 % à 90 % selon la catégorie d'exposition. On remarque également que chez le quart (25 %) des nouveaux diagnostics (toutes catégories d'expositions confondues) la concentration de CD4 est inférieure à 200 CD4/ml, ce qui correspond à un stade avancé de la maladie selon l'OMS⁶⁸.

Le nombre de nouveaux diagnostics demeure élevé chez les HARSAH, malgré une tendance à la baisse encourageante pour cette population. Chez les HARSAH, le nombre de nouveaux diagnostics a diminué de façon notable en 2017, comparativement aux années précédentes; il sera très intéressant de surveiller si cette baisse se poursuit. Le nombre de nouveaux diagnostics enregistrés en 2017 chez les HARSAH est le plus faible depuis le début du programme de surveillance pour cette catégorie d'exposition, soit 153 nouveaux diagnostics (excepté en 2002, année incomplète).

L'augmentation en 2017 de cas enregistrés dans la catégorie des « personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique » est probablement reliée à l'apport d'immigrants récents et à l'arrivée de réfugiés, car la plupart des cas dans cette catégorie d'exposition sont enregistrés sans NAM au Programme de surveillance de l'infection par le VIH. Plusieurs questions et limites dans leur caractérisation méritent d'être soulignées, notamment : 1) les nouveaux diagnostics peuvent être surestimés considérant que les tests antérieurs positifs peuvent être mal documentés; 2) ces personnes peuvent ne plus être résidentes au Québec, cette information étant inconnue; 3) elles peuvent être déjà en lien avec les soins et prendre des traitements au moment de l'enregistrement et 4) cette hausse affecte à la baisse, de façon assez importante, les proportions des autres catégories d'exposition en 2017, ce qui a pour conséquence qu'il est préférable de considérer les nombres de cas plutôt que les proportions lors de l'évolution des tendances temporelles.

Au Québec, même s'il faut interpréter avec prudence les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH, compte tenu des limites de ce système⁶⁹, la diminution du nombre de nouveaux diagnostics observée pour plusieurs catégories d'exposition mérite à nouveau d'être soulignée, en particulier chez les HARSAH en 2017 et chez les personnes UDI depuis plusieurs années. Ces diminutions pourraient refléter un impact positif des interventions de lutte contre l'infection par le VIH : par exemple, les centres d'accès au matériel d'injection stérile, le dépistage régulier et la prise en charge précoce des cas détectés, des thérapies hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale, des approches comportementales mieux adaptées et l'arrivée récente de la prophylaxie préexposition pour le VIH, en usage depuis 2016.

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 le programme de surveillance du VIH. Il faut donc interpréter ces estimations avec prudence. Au cours des cinq dernières années, une moyenne annuelle de 317 nouveaux diagnostics a été

⁶⁸ 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/>

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.

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 collab., op. cit.).

enregistrée au programme de surveillance, ce qui est inférieur aux estimations d'incidence de l'ASPC pour l'année 2016 (entre 410 et 1000 cas). Il est difficile de savoir si la réalité est plus près de la marge inférieure ou de la marge supérieure.

ONUSIDA a récemment publié de nouvelles cibles à atteindre d'ici 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, d'ici 2020, d'atteindre 90 % de personnes séropositives connaissant le statut sérologique, 90 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevant des traitements antirétroviraux et 90 % des personnes sous traitement antirétroviraux ayant une charge virale 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 3^e cible de l'OMS pour l'année 2020 serait atteinte pour le Québec, alors que les deux autres cibles sont près de l'être.

Initiative Montréal sans sida

Le 1^{er} décembre 2017, Montréal a rejoint un réseau de plus de 250 villes mobilisées vers l'atteinte des cibles fixées par l'ONUSIDA : 90 % des personnes vivant avec le VIH qui connaissent leur statut, 90 % de ces personnes qui ont accès à un traitement antirétroviral efficace, 90 % de ces personnes qui atteignent et maintiennent une charge virale supprimée, le tout sans discrimination ni stigmatisation.

Un comité de coordination diversifié, conjugaison d'expertises citoyennes, cliniques, municipales, communautaires, de santé publique et de recherche, pilote l'implantation de cette initiative.

Le plan d'action commun de l'Initiative sera lancé d'ici quelques semaines. Il se coconstruit avec les partenaires institutionnels, communautaires et les personnes issues des communautés les plus touchées par l'épidémie et ses facteurs de vulnérabilités : les travailleuses et travailleurs du sexe, les jeunes de 14 à 25 ans, les Autochtones en milieu urbain, les hommes qui ont du sexe avec d'autres hommes, les personnes qui utilisent des drogues par injections, les personnes originaires de pays où le VIH est endémique et les personnes qui vivent avec le VIH.

L'initiative Montréal sans sida est une occasion unique et une façon novatrice de riposter à l'épidémie. On trouvera plus d'informations à : www.montrealsanssida.ca; info@montrealsanssida.ca⁷¹.

⁷⁰ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2014) 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.

⁷¹ Communication personnelle auprès de M. Pierre-Henri Minot, coordonnateur de l'initiative Montréal Sans Sida et Dre Sarah-Amélie Mercure, responsable médicale de l'équipe ITSS, Direction régionale de santé publique de Montréal. Octobre 2018

10 Populations particulièrement touchées

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs ITSS : les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue), les HARSAH, les personnes qui utilisent des drogues, notamment les personnes qui les utilisent par injection (UDI), les personnes incarcérées, les Québécois originaires de régions où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, les Autochtones ainsi que les travailleurs et travailleuses du sexe. Cela s'explique par divers facteurs sociaux et interpersonnels, par des pratiques qui augmentent le risque d'être exposé et bien évidemment, par une prévalence plus élevée des ITSS à l'intérieur même de ces groupes (ce qui augmente la possibilité qu'une prise de risque soit vécue avec une personne infectée). Des données épidémiologiques détaillées concernant ces diverses populations se trouvent dans les éditions précédentes du *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec*. Tenant compte de la disponibilité de données récentes, le présent portrait se concentre sur la population des HARSAH et celle des personnes UDI.

10.1 Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Selon l'EQSP 2014-15⁷², parmi les hommes âgés de 15 ans ou plus sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois, 3,4 % ont eu des relations sexuelles avec des hommes au cours de ces 12 derniers mois (soit 2,7 % uniquement avec des hommes et 0,7 %, avec des hommes et des femmes).



L'expression « hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes » (HARSAH) est utilisée en épidémiologie; elle centre la notion de transmission des ITSS sur le comportement plutôt que sur l'orientation sexuelle. Elle désigne les hommes cis ou transgenres qui peuvent s'identifier comme gais, bisexuels, hétérosexuels ou choisir d'autres mots pour se représenter. Les réalités des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes varient. Ces vécus différents doivent être pris en considération dans la planification et la mise en œuvre d'activités de prévention.

Engage est la plus récente étude combinant des observations recueillies par questionnaire et par prélèvements biologiques à avoir été entreprise au Québec auprès d'HARSAH.

10.1.1 ENGAGE

Engage porte sur des sujets variés relatifs à la santé sexuelle. Les participants étaient des HARSAH sexuellement actifs au cours des six derniers mois, âgés de 16 ans ou plus et résidant dans les régions métropolitaines de Vancouver, Toronto ou Montréal. La Direction régionale de santé publique de Montréal a mené le volet montréalais dont la collecte s'est déroulée entre février 2017 et juin 2018. Les participants à Engage étaient recrutés par des HARSAH qui eux-mêmes participaient à l'étude (« respondent driven sample »)⁷³; les données recueillies ont été pondérées selon la taille du réseau social de chaque participant telle que rapportée par celui-ci⁷⁴. Cette approche (recrutement de participants provenant du réseau social des autres participants et pondération) produirait des

⁷² CAMIRAND, Hélène, Issouf TRAORÉ et Jimmy BAULNE (2016). L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p

⁷³ World Health Organization (2013). Regional Office for the Eastern Mediterranean. Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance: Module 4: Introduction to respondent-driven sampling.

⁷⁴ La taille du réseau social du participant est basée sur la réponse à la question : « combien connaissez-vous d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes âgés de 16 ans et plus, y compris les hommes "trans", qui habitent dans la région métropolitaine de Montréal (et ce, peu importe s'ils s'identifient comme gai ou autrement »).

résultats plus représentatifs que d'autres approches, mais ne peut prétendre à rendre compte avec certitude de l'expérience de l'ensemble des HARSAH.

Les résultats colligés ici traitent uniquement des ITSS et des comportements qui leur sont associés; ils sont extraits d'un rapport plus complet du volet montréalais actuellement en voie de rédaction⁷⁵. Un total de 1 179 HARSAH âgés de 18 à 80 ans (âge moyen de 38 ans et médian de 34 ans) ont contribué à ces observations. Selon les données pondérées, 65 % des participants étaient nés au Canada, 45 % appartenaient à un groupe ethnoculturel autre que canadien-français ou canadien-anglais et 67 % disposaient d'un revenu annuel avant impôt de moins de 30 000,00 \$. Par ailleurs, 76 % se définissaient comme homosexuels ou gais et 4,4 % comme « Queer »⁷⁶.

Parmi ces hommes qui résidaient dans la région métropolitaine de Montréal et qui étaient sexuellement actifs au cours des six mois précédents leur participation à l'étude,

Comportements sexuels

Au cours des six derniers mois :

- Douze pour cent ont eu des relations sexuelles avec une femme une fois ou plus;
- Près de quatre sur dix (37 %) ont eu des relations sexuelles orales ou anales avec six partenaires masculins ou plus. Le nombre moyen de partenaires sexuels masculins a été de douze et le nombre médian de six;
- 85 % ont eu des relations sexuelles anales avec au moins un homme, 21 % des relations anales avec six hommes ou plus;
- Près de six sur dix (58 %) ont eu une fois ou plus des relations anales non protégées par un condom avec un partenaire masculin; et le tiers (32 %) ont eu une fois ou plus des relations anales non protégées par un condom avec un partenaire masculin de statut sérologique pour le VIH inconnu ou divergent;
- Le tiers (32 %) est « allé dans un sauna ou dans un “sex club” » une fois ou plus;
- Près d'un sur sept (16 %) a eu des relations sexuelles en « groupe » (relations sexuelles entre quatre hommes ou plus en même temps) une fois ou plus;
- Jusqu'à 5,6 % ont reçu, et 2 % ont donné, de l'argent en échange de relations sexuelles.

Comportements de consommation de drogues

Au cours des 6 derniers mois :

- Le quart (24 %) des répondants ont fumé la cigarette quotidiennement;
- Un peu plus d'un sur dix (12 %) a consommé un verre ou plus de boissons alcoolisées ou plus quatre fois par semaine ou plus;
- Un sur cinq (22 %) a consommé de la cocaïne par voie nasale (sniffée) ou par inhalation une fois ou plus au cours de ces six derniers mois (et 5,5 % l'ont fait une fois par semaine ou plus);

⁷⁵ Engage, Portrait de la santé sexuelle des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et résidant de la région métropolitaine de Montréal, Cycle 1, Gilles Lambert et Joseph Cox, co-chercheurs principaux, communication personnelle, octobre 2018.

⁷⁶ Le terme « queer » ou altersexualité ou allosexualité englobe tous les genres et les orientations sexuelles. Il s'agit d'un terme plus fluide (comparativement à gai, bisexuel, lesbienne, hétérosexuel, homme et femme, qui sont des termes plus fixes) qui permet de reconnaître une différence, sans avoir à la définir de manière rigide.

- Un sur douze (8,3 %) a consommé de la méthamphétamine (« crystal meth ») une fois ou plus au cours de ces six derniers mois. Un peu moins d'un sur vingt (3,9 %) a consommé une fois par semaine ou plus l'une ou l'autre des substances suivantes du groupe des amphétamines (tel que défini dans l'échelle de mesure de consommation « Assist »⁷⁷) : métamphétamine (« crystal meth »), MDMA (ecstasy), méthylphénidate (ritalin) non prescrit ou mephédrone.
- Jusqu'à 6 % se sont injectés des drogues (autres que des stéroïdes) une fois ou plus et parmi ceux-ci, le tiers (34 %) a utilisé une fois ou plus une seringue ayant déjà été utilisée par quelqu'un d'autre.

Recours aux services de prévention

- Parmi l'ensemble des participants séronégatifs ou de statut inconnu, les trois quarts (74 %) ont eu un test de détection du VIH une fois ou plus au cours des 12 derniers mois. Parmi les participants ayant eu 6 partenaires sexuels ou plus au cours des 6 derniers mois, 30 % **n'avaient pas** eu un test de détection du VIH au cours de ces 6 derniers mois;
- Parmi l'ensemble des participants, 57 % rapportent avoir reçu une dose ou plus d'un vaccin contre l'hépatite B au cours de la vie (note : 21 % n'avaient jamais entendu parler du vaccin contre l'hépatite B ou ne savaient s'ils avaient déjà reçu une dose ou non);
- Parmi les participants âgés de 26 ans et moins, 34 % ont reçu une dose ou plus d'un vaccin contre les virus du papillome humain au cours de la vie (note : 27 % n'avaient jamais entendu parler d'un vaccin contre les VPH ou ne savaient pas s'ils avaient reçu une dose ou non);
- Parmi les participants séronégatifs au VIH ou de statut inconnu, 12 % ont pris une prophylaxie du VIH post-exposition sexuelle (PPE) une fois ou plus au cours de la vie;
- Parmi les participants séronégatifs au VIH ou de statut inconnu ayant eu six partenaires sexuels ou plus au cours des six derniers mois, le cinquième (19 %) a pris une prophylaxie du VIH en préexposition sexuelle (PrEP) une fois ou plus au cours des six derniers mois (« à demande » ou « en continu »);
- Parmi les participants séronégatifs au VIH ou de statut inconnu ayant reçu un diagnostic d'infection transmise sexuellement ou par le sang au cours des 6 derniers mois, les trois quarts (76 %) rapportent avoir contacté eux-mêmes « la plupart ou tous leurs partenaires sexuels récents pour les inviter à se faire tester ou traiter ».

Fréquence des ITSS et cascades de soins

Infection par le VIH

- Environ un répondant sur 7 (15 %) était infecté par le VIH (la prévalence du VIH était de 34 % parmi les personnes qui avaient déjà fait usage de drogues par injection dans leur vie);
- Pratiquement tous les répondants chez qui des anticorps anti VIH ont été détectés lors de l'étude connaissaient leur infection (97 %);
- Parmi ceux qui se savaient infectés, 97 % prenaient des médicaments contre le VIH au moment de l'enquête et la charge virale de 94 % de ceux-ci était considérée comme « supprimée » (seuil utilisé de 200 copies/ml ou moins).

⁷⁷ L'échelle « Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) » a été développée par un groupe de chercheurs de l'Organisation mondiale de la Santé (2010) spécialisé dans le domaine de la dépendance et de la consommation de substances

Infection par le VHC

- Jusqu'à 7,1 % des participants étaient porteurs d'anticorps contre le VHC (la prévalence du VHC était de 57 % parmi les personnes qui avaient déjà fait usage de drogues par injection dans leur vie; elle était de 16 % parmi les personnes séropositives au VIH);
- Pratiquement tous les répondants chez qui des anticorps anti VHC ont été détectés lors de l'étude connaissaient leur infection (97 %);
- Parmi ceux qui se savaient infectés, 68 % prenaient couramment ou avaient déjà pris des médicaments contre le VHC (cette proportion était de 84 % parmi les personnes co-infectées par le VIH).

Autres ITSS

- Lors de l'étude, un test tréponémique réactif (pouvant être compatible avec une syphilis résolue ou active) a été documenté chez 11 % des répondants séronégatifs ou de statut inconnu et chez un peu plus du tiers (36 %) des répondants séropositifs;
- Un titre de test non tréponémique pouvant être compatible avec une syphilis en phase active (soit un titre de 1: 8 ou plus) a été documenté chez 1,1 % des répondants séronégatifs ou de statut inconnu et chez 5,7 % des répondants séropositifs;
- Jusqu'à 11 % des répondants séronégatifs ou de statut inconnu et 18 % des répondants séropositifs mentionnent avoir reçu un diagnostic d'infection gonococcique de la part d'un médecin ou d'une infirmière au cours des 12 derniers mois;
- Une infection gonococcique a été détectée à l'un ou l'autre des trois sites prélevés lors de l'étude (pharynx, urine et rectum) chez respectivement 5,0 et 12 % des répondants séronégatifs ou de statut inconnu et des répondants séropositifs;
- Une infection à *C. trachomatis* (chlamydia) a été détectée à l'un ou l'autre des trois sites prélevés (pharynx, urine et rectum) chez respectivement 2,8 et 3,8 % des répondants séronégatifs ou de statut inconnu et des répondants séropositifs;
- À noter que près du tiers (31 %) de l'ensemble des participants était considéré réceptif au virus de l'hépatite B, c'est à dire qu'ils n'avaient pas d'anticorps compatibles avec une vaccination antérieure (absence d'anti-HbS de surface), une infection antérieure ou une infection courante.

10.1.2 COMMENTAIRES

Fréquence D'ITSS

Au Québec, la grande majorité des cas déclarés de syphilis et de LGV concernent des HARSAH et ceux-ci représenteraient une proportion très importante des cas déclarés d'infection gonococcique. Les HARSAH constituent aussi la population la plus touchée par l'infection au VIH.

- En 2016, on estime qu'environ 400 HARSAH auraient contracté le VIH au Québec⁷⁸;
- En 2017-2018, la prévalence de l'infection au VIH parmi les participants à Engage (15 %) est 75 fois plus élevée que celle estimée dans l'ensemble de la population du Québec (0,2 %);
- En 2017, 45 % de l'ensemble des cas déclarés de nouveaux diagnostics d'infection au VIH et 58 % des cas masculins déclarés de nouveaux diagnostics sont des HARSAH (en excluant les HARSAH qui sont aussi des personnes UDI)⁷⁹.

Entre 2016 et 2017, le nombre de cas déclarés de nouveaux diagnostics chez des HARSAH a diminué de 23 % pour l'ensemble du Québec et de 35 % dans la région de Montréal. Cette diminution notable est encourageante, elle pourrait bien sûr ne refléter qu'une fluctuation aléatoire, mais elle pourrait aussi signaler un tournant dans l'évolution de l'épidémie si elle se poursuivait en 2018-2019.

Comportements à risque

Selon les données d'Engage, un HARSAH sur trois (32 %) a eu une fois ou plus au cours des six derniers mois une relation anale non protégée par un condom avec un partenaire dont le statut concernant le VIH était différent du sien ou inconnu; ce niveau de prise de risque demeure le même depuis plusieurs années^{80,81,82,83}. Le recours au condom est complexe, plusieurs facteurs l'influencent. Par ailleurs, le rôle du condom dans la détermination du risque d'acquisition de l'infection au VIH se transforme avec l'augmentation des personnes séropositives ayant une charge

⁷⁸ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2011*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014, 22p. Communication personnelle pour les données de 2014 et de 2016 pour le Québec, septembre 2018.

⁷⁹ Bitera, R. et collab., *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2017*, 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, 2018. Données fournies avant publication par R. Bitera octobre 2018.

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

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

⁸² *Net Gay Baromètre 2013-2014*, analyses préliminaires de données recueillies auprès de participants québécois HIV-négatif ou incertains de leur statut; Communication personnelle auprès de A LEOBON, Chargé de recherche au Centre national de la recherche scientifique en France et professeur à la Chaire de recherche en éducation à la santé de l'Université du Québec à Montréal, leobon.alain@uqam.ca. Octobre 2014.

⁸³ G. Lambert, J. Cox et collab. ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes : Rapport synthèse, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2012.

virale « supprimée » et l'émergence de la PrEP parmi ceux qui sont séronégatifs au VIH, cette mise de côté du condom a toutefois un impact sur la transmission des autres ITSS^{84,85,86,87}.

Les effets désinhibiteurs de l'alcool et des drogues altèrent de façon significative la motivation et la capacité à utiliser le condom de façon adéquate⁸⁸. Le niveau élevé de consommation de « crystal meth » observé dans Engage a également été constaté dans l'enquête en ligne Mobilise auprès d'HARSAH québécois (6 % des répondants à cette enquête ont rapporté avoir utilisé du « crystal meth » une fois ou plus au cours des 12 derniers mois)⁸⁹. Compte tenu des enjeux de santé publique associée à ce type de drogue⁹⁰, il est important d'en prévenir l'extension.

Au-delà de la transmission sexuelle, la consommation de drogues constitue en soi un risque de transmission par voie sanguine du VIH et du VHC. Or la proportion des répondants Engage qui mentionne s'être injectés des drogues au cours des six derniers mois (6,0 %) serait douze fois plus élevée que la proportion des personnes qui auraient déjà utilisé des drogues parmi la population générale (0,5 %)⁹¹. Le tiers (34 %) de ces répondants d'Engage ont utilisé une seringue utilisée par quelqu'un d'autre alors que cette proportion se situait à 16 % en 2016 parmi les UDI recrutés dans le réseau montréalais de l'étude survUDI⁹²

Prévention biologique

Les données d'Engage montrent que chez les HARSAH sexuellement actifs, les niveaux de couvertures de la vaccination contre l'hépatite B et les papillomes humains, de la détection du VIH et de la prophylaxie préexposition contre le VIH ne sont pas optimaux en regard des indications reconnues^{93,94,95}. Toutefois, les trois cibles de la cascade de soins VIH fixées par l'OMS (décrites ci-

⁸⁴ Newcomb ME., Moran K., Feinstein BA., Forscher E. & Mustanski B. Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Use and Condomless Anal Sex: Evidence of Risk Compensation in a cohort of Men Who Have Sex with Men. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2018; 77:358-364.

⁸⁵ Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, Demoulin B, Capitant C, Lorente N, Préau M, et al. Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial. *AIDS Care.* 2016 Mar 24;28(sup1):48-55.

⁸⁶ Chen YH, Snowden JM, McFarland W, Raymond HF. Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) Use, Seroadaptation, and Sexual Behavior Among Men Who Have Sex with Men, San Francisco, 2004-2014. *AIDS Behav.* 2016 20: 2791. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1357-2>.

⁸⁷ Vinh-K Nguyen, Z R. Greenwald, et al. Incidence of sexually transmitted infections before and after preexposure prophylaxis for HIV, *AIDS* 2018, 32:523-530.

⁸⁸ Drumright, L. N., Patterson, T. L., & Strathdee, S. A. (2006). Club drugs as causal risk factors for HIV acquisition among men who have sex with men: a review. *Substance Use & Misuse*, 41(10-12), 1551-1601. Référence plus récente

⁸⁹ J. Otis et G. Girard, Regard écologique sur la santé des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, Présentation orale, Université d'été DSPG, juin 2018.

⁹⁰ Macfarlane A. Sex, drugs and self-control: why chemsex is fast becoming a public health concern *J Fam Plann Reprod Health Care* 2016;42:291-294.

⁹¹ Cazale, L. et Leclerc, P. « Comportements sexuels et usage de la contraception », dans L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, chapitre 9, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, p. 173-187. Compilation des renseignements fournis dans le cadre de la vigie rehaussée, octobre 2013.

⁹² Opt cité...Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2017 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2017. Institut national de santé publique du Québec, Sommaire à paraître. Communication personnelle, Caty Blanchette.

⁹³ Comité sur l'immunisation du Québec (CIQ), Avis sur la vaccination contre les virus du papillome humain (VPH) des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, avril 2015.

⁹⁴ Fleury É, Laberge C, Roy S, Toussaint M-C, Venne S. Guide québécois de dépistage: infections transmissibles sexuellement et par le sang. Québec : Direction des communications du Ministère de la Santé et des Services sociaux; oct 2014. Disponible: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2402839>

⁹⁵ La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Novembre 2017.

après) sont atteintes dans cet échantillon d'HARSAH. L'atteinte de ces cibles n'est pas un phénomène statique, la situation peut se détériorer ou stagner, particulièrement la capacité des membres de certains sous-groupes d'accéder et d'adhérer au traitement. Par ailleurs, il s'agit maintenant de placer la barre plus haut : mettre fin à l'épidémie en 2030. Il est donc essentiel de poursuivre les efforts de prévention, mais aussi d'élargir et d'adapter la gamme des stratégies actuelles visant la prévention du VIH et des autres ITSS aux réalités diverses des HARSAH.

Cadre québécois de prévention des ITSS chez les HARSAH

« Dans les dix dernières années, les pratiques sociales et sexuelles des HARSAH ont évolué rapidement. Ces changements ont été propulsés, entre autres, par la technologie (ex. : applications de rencontres), par de nouveaux modes de socialisation (ex. : abandon des espaces identitaires gais pour des espaces mixtes) et par une diversification des stratégies de prévention (ex. : prophylaxie préexposition).

Les intervenants de santé publique et leurs partenaires sont appelés à revoir leurs approches et à déployer des actions adaptées aux réalités des HARSAH. Les défis sont importants. Comment déployer une offre de prévention combinée afin de profiter de l'effet synergétique des différents efforts ? Quel sera l'impact des stratégies biomédicales de prévention du VIH sur l'incidence des ITSS ? Comment joindre les bonnes personnes au bon moment avec les bonnes interventions dans le contexte d'une multiplication des milieux de vie et de socialisation ?

Afin de soutenir ses partenaires et apporter des pistes de solution, la Direction de la prévention des ITSS du MSSS publiera un nouveau cadre de référence en prévention auprès des HARSAH. Le cadre proposera une mise à jour des connaissances sur les dynamiques individuelles, interpersonnelles et structurelles de la transmission des ITSS. Il présentera aussi les clés d'une approche intégrée qui permettra de revitaliser les interventions par une meilleure adaptation aux besoins des HARSAH et des gains en efficacité »⁹⁶.

10.2 Personnes consommant des drogues par injection

L'EQSP 2008 a documenté que 0,5 % des Québécois âgés de 15 ans ou plus ont consommé de la drogue par injection une fois ou plus au cours de leur vie (ce qui représente environ 30 900 personnes⁹⁷. Selon une étude effectuée en 2012, le nombre d'UDI résidant à Montréal se situerait entre 3 178 et 4 899⁹⁸.

Une réduction considérable de la taille de la population que forment les UDI sur l'île de Montréal semble être survenue au cours des quinze dernières années. En effet, les estimations ont fait passer cette population de 11 700 personnes (IC à 95 % : 8 500 à 16 500) en 1996 à 3 908 personnes (IC à 95 % : 3 178 à 4 899) en 2009-2010, soit une réduction des deux tiers (67 %). Plusieurs phénomènes ou combinaisons de phénomènes pourraient expliquer cette diminution, notamment une baisse des taux d'initiation à l'injection, une hausse du taux d'abandon de l'injection, le déplacement des

⁹⁶ Riyas Fadel. Agent de recherche et de planification, Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle, octobre 2018.

⁹⁷ Cazale, L. et Leclerc, P. « Comportements sexuels et usage de la contraception », dans L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois, chapitre 9, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, p. 173-187. Compilation des renseignements fournis dans le cadre de la vigie rehaussée, octobre 2013.

⁹⁸ Leclerc, P., Fall, A. et Morissette, C., Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, 43 p.

personnes UDI de Montréal vers d'autres régions, l'évolution du marché de la drogue (et des modes de consommation)⁹⁹.

10.2.1 RÉSEAU SURVUDI¹⁰⁰

Depuis un peu plus de 20 ans, le réseau SurvUDI-I-Track suit de manière continue l'évolution de l'épidémiologie des infections par le VIH et par le VHC chez les personnes UDI au Québec.

Pour participer à SurvUDI, une personne doit s'être injectée des substances dans les six mois précédents, être âgée de 14 ans ou plus, parler le français ou l'anglais et être en mesure de fournir un consentement éclairé. Environ 90 % des individus sont recrutés dans les centres d'accès au matériel d'injection stérile. Les autres lieux de recrutement incluent des centres de réadaptation, des centres de détention et des refuges, par exemple. Les participations multiples par un même individu sont possibles; elles doivent être espacées d'au moins six mois. Les participants répondent à un questionnaire administré par un intervieweur et fournissent un prélèvement de salive pour la détection des anticorps contre le VIH et le VHC.

Au 31 mars 2017, 14 789 individus différents ont rempli 28 658 questionnaires. Les trois quarts des participants sont des hommes dont l'âge moyen est de 36,1 ans; l'âge moyen des femmes est de 31,2 ans. On remarque une baisse importante de la proportion de jeunes UDI âgés de 24 ans et moins recrutés dans le réseau au fil des années (30 à 37 % de jeunes entre 1995 et 1999, 9 à 18 % de jeunes entre de 2012 à 2016). Pour la période 2011-2017, les participants sont majoritairement nés au Canada (96 %), 12 % déclarant une origine autochtone, un sur deux (50 %) a terminé son cours secondaire et près des deux tiers (61 %) ont un revenu mensuel habituel inférieur à 1 000 \$. Dans les six derniers mois, 39,5 % des participants ont vécu dans la rue, un squat, un refuge ou un foyer, et 11 % dans un centre de détention.

Comportements de consommation de drogues

La durée médiane d'injection est de 11 ans chez les hommes et de 7 ans chez les femmes. Un peu plus du tiers des UDI (34 %, 2003-2017, dernière visite) se sont injectés tous les jours pendant le dernier mois.

Pour la période 2009-2017, la cocaïne demeure la drogue injectée (une fois ou plus au cours des six derniers mois) par la plus grande proportion des participants (69 %), suivie par les médicaments opioïdes prescrits ou non prescrits (64 %), l'héroïne (34 %) et le crack/freebase (14 %). L'injection de cocaïne ou de crack/freebase est significativement à la baisse dans tous les sites de recrutement. L'injection de Dilaudid a augmenté significativement jusqu'en 2015. L'injection d'héroïne a diminué jusqu'en 2007 et augmenté significativement par la suite. Le profil de consommation par injection varie de façon importante entre les différentes régions.

Un peu plus des deux tiers des UDI (66,0 %, 2003-2017, dernière visite) qui ont rapporté avoir inhalé ou fumé des drogues ont déclaré avoir utilisé du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre pour le faire.

⁹⁹ Leclerc et collab, 2013 Loc. cit.

¹⁰⁰ Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection — Épidémiologie du VIH de 1995 à 2017 — Épidémiologie du VHC de 2003 à 2017. Institut national de santé publique du Québec, Sommaire à paraître.

Pour la période 2011-2017, environ six personnes sur dix (58 %) se sont injecté une fois ou plus des restes de drogues (*wash*) extraits à partir d'un coton, d'un filtre ou d'un contenant; le tiers (32 %) de ceux-ci avaient extrait ces restes de drogues à partir de matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre.

Comportements sexuels (2003-2017)

Parmi les femmes ayant eu des partenaires sexuels occasionnels masculins, un peu plus de la moitié (56 %) n'utilisent pas toujours le condom avec ces partenaires. Cette proportion est également élevée pour les hommes avec leurs partenaires occasionnels hommes (48 %) et femmes (48 %).

Près du tiers des femmes (27 %) et 4,4 % des hommes rapportent avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autre chose en échange de « faveurs » sexuelles (partenaires sexuels clients).

Infection par le VIH et dépistage

La prévalence du VIH est de 13 % sur la période d'observation 2003-2017; environ un UDI sur sept serait donc infecté par le VIH. La prévalence augmente avec l'âge pour atteindre un maximum chez les 40 ans et plus (20 %) et elle est plus élevée dans les programmes urbains (15 %) que dans les programmes semi-urbains (6,8 %).

Le taux d'incidence moyen du VIH pour la période 1995-2017 est de 1,9 (1,7- 2,1) par 100 personnes-années (PA), ce qui signifie qu'en moyenne, parmi les personnes UDI n'ayant pas le VIH au début d'une année, 1,9 % le contracteront au cours des douze mois qui suivront. Ce taux d'incidence est de 2,1 par 100 PA à Montréal, de 2,1 par 100 PA à Ottawa/Outaouais, de 1,8 par 100 PA à Québec et de 0,9 par 100 PA dans les régions semi-urbaines.

Les facteurs suivants sont associés avec l'incidence du VIH pour la période 2003-2017 : l'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent et le fait d'avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autre chose en échange de faveurs sexuelles.

En 2016, environ un répondant sur vingt n'a jamais passé de test permettant de détecter l'infection par le VIH; 70 % des personnes non infectées avaient eu un test ou plus au cours des 12 derniers mois.

En 2016, 4 % des UDI dont le test VIH effectué dans le cadre de l'enquête s'était révélé positif ignoraient être infectés.

En 2016, 97 % des participants se sachant séropositifs prenaient des médicaments contre le VIH au moment de l'enquête.

Infection par le VHC et dépistage

La prévalence du VHC (présence d'anticorps) est de 63 % sur l'ensemble la période d'observation 2003-2017 (les données du réseau SurvUDI sont basées sur la détection d'anticorps contre l'hépatite C, ce qui permet de dire si la personne a déjà acquis l'infection, mais ne permet pas de dire s'il s'agit d'une infection encore présente ou résolue ou encore d'une réinfection). La prévalence augmente avec l'âge, mais elle est déjà de 52 % chez les 20 à 24 ans. La prévalence du VHC est de 65 % dans les régions urbaines et de 51 % dans les régions semi-urbaines.

Le taux d'incidence moyen du VHC pour la période 1997-2017 est de 21 par 100 PA, ce qui signifie qu'en moyenne, parmi les personnes UDI n'ayant pas le VHC au début d'une année, 21 % le contracteront au cours des douze mois qui suivront. Ce taux d'incidence est de 26 par 100 PA à

Québec, de 23 par 100 PA à Montréal, de 16 par 100 PA à Ottawa/Outaouais et de 13 par 100 PA dans les régions semi-urbaines.

L'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre, s'injecter au moins une fois par jour et avoir reçu de l'argent, de la drogue, des biens ou d'autre chose en échange de faveurs sexuelles sont associés significativement à l'incidence du VHC pour la période 1997-2017.

En 2016, environ 1 répondant sur 20 n'a jamais passé de test de détection des anticorps contre le virus de l'hépatite C au cours de sa vie; 64 % des personnes non infectées avaient eu un test ou plus au cours des 12 derniers mois.

En 2016, 14 % des UDI ayant eu un test des anticorps contre le VHC positif dans le cadre de l'enquête ignoraient leur statut.

En 2016, 27 % des participants se sachant séropositifs ont déjà pris des médicaments contre le VHC.

Co-infection VIH et VHC

Globalement, 11,3 % des participants sont infectés par le VIH et ont également des anticorps contre le VHC; 35,3 % ne sont infectés ni par le VIH ni par le VHC.

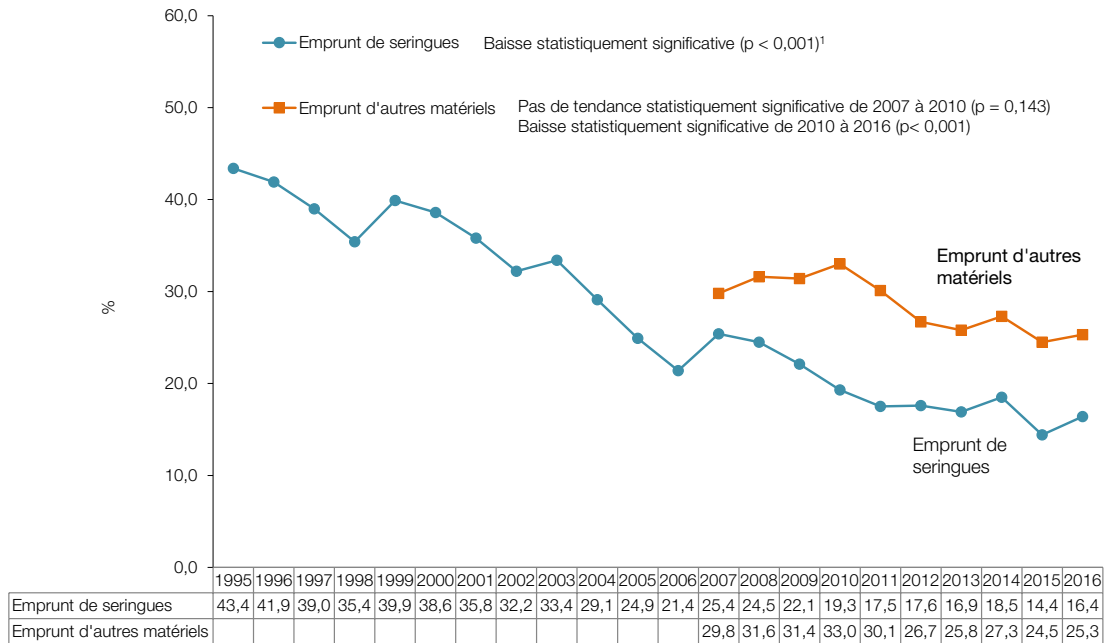
Tendances

- La proportion de participants ayant déclaré s'être injecté au moins une fois dans les six derniers mois avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre entre 2010 et 2016 (de 19 % à 16 %, $p = 0,03$, figure 25). Une diminution significative est également observée pour le matériel autre que les seringues entre 2010 et 2016 (33 % vs 25 %, $p < 0,001$).
- La proportion de participants qui se sont injectés quotidiennement au cours du dernier mois a augmenté entre 2010 et 2016 (figure 26).
- Après une diminution importante observée entre 1995 et 2009, le taux d'incidence du VIH continue à diminuer, mais à un rythme plus faible (figure 27).
- On observe une baisse statistiquement significative de l'incidence du VHC entre 1998 et 2011 suivie d'une hausse significative entre 2011 et 2015 (figure 28).

Cascade de soins

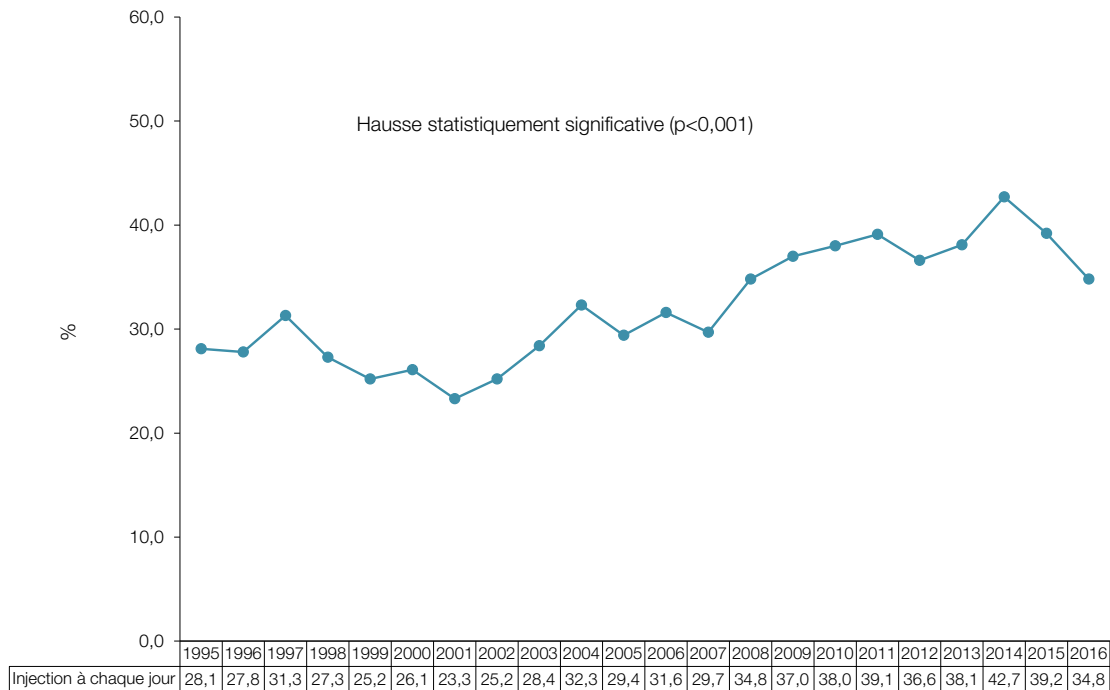
La figure 29 fait état d'indicateurs de la cascade de soins VIH chez les UDI et de l'évolution de ceux-ci entre 2003-2005 et 2015-2017. La première cible de la cascade 90-90-90 est atteinte depuis l'année 2009 (excepté en 2011), considérant que 93 % des participants à SurvUDI connaissent leur statut sérologique pour le VIH. La deuxième cible est également atteinte, la proportion de participants séropositifs pour le VIH rapportant la prise actuelle d'antirétroviraux ayant augmenté de façon progressive, passant de 47 % en 2004 à 98 % en 2015-2017. L'évolution de la proportion des personnes avec charge virale supprimée n'est pas disponible.

Figure 25 Tendances de l'utilisation de seringues et de matériel d'injection déjà utilisés par quelqu'un d'autre dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017



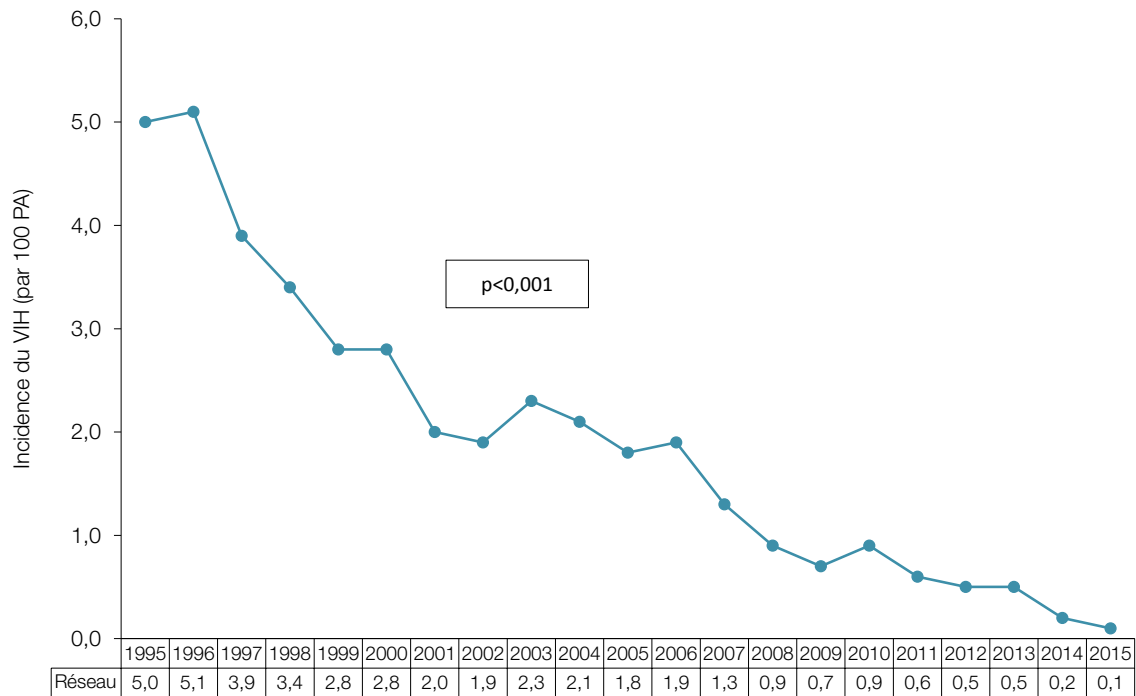
Première visite annuelle.
Tests par équations d'estimation généralisées.

Figure 26 Tendances de l'injection à chaque jour dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017



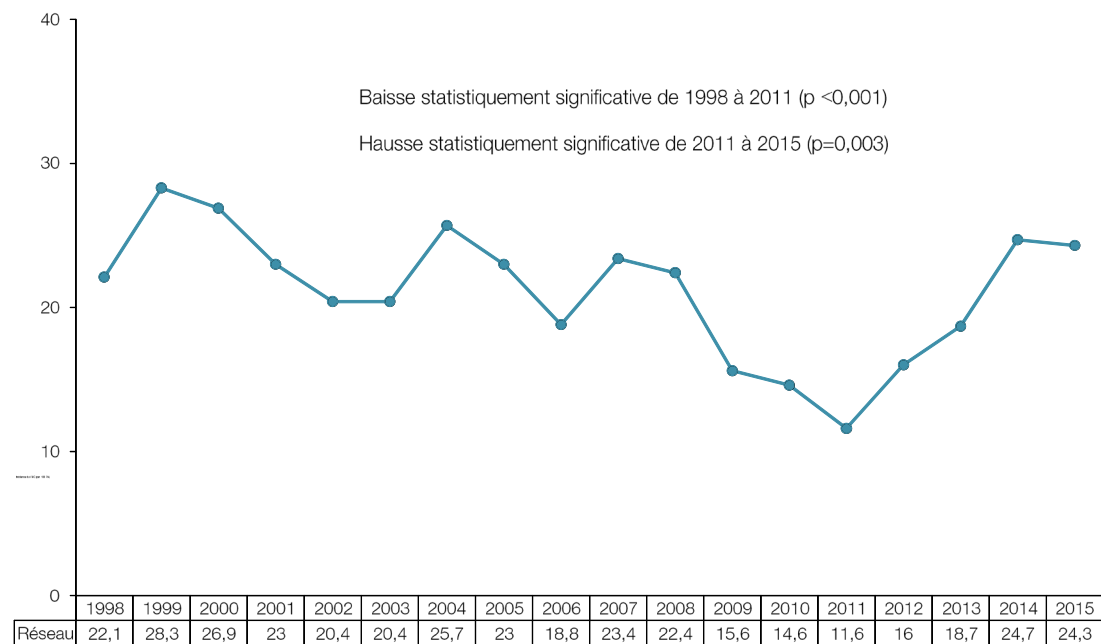
Première visite annuelle.
Tests par équations d'estimation généralisées.

Figure 27 Tendances de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017



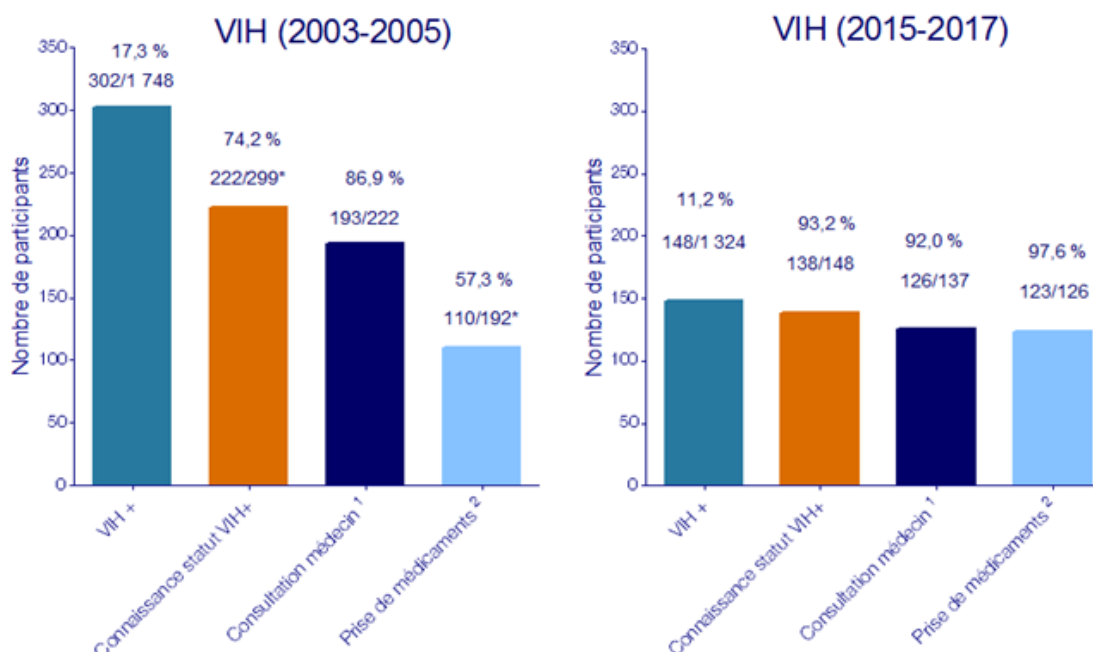
Test par bootstrap (1 000 itérations).
PA : personnes-années.

Figure 28 Tendances de l'incidence du VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017



Test par bootstrap (1 000 itérations).
PA : personnes-années.

Figure 29 Éléments de la cascade de soins des infections par le VIH, pour les participants recrutés du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2017, réseau SurvUDI



Réseau – à la visite la plus récente pour la période.

* Sauf pour la première barre où il s'agit du nombre total de participants, le dénominateur d'une barre est toujours le numérateur de la barre précédente. Les différences sont dues à la présence de données manquantes.

1 Consultation d'un médecin dans les 6 derniers mois;

2 Prise actuelle de médicaments.

10.2.2 COMMENTAIRES

Caractéristiques sociodémographiques des UDI

Pour la période 2011-2017, plus d'un participant sur dix au réseau SurvUDI rapporte une origine autochtone. Il s'agit d'une surreprésentation importante considérant que les Autochtones représentaient seulement 1,2 % de la population québécoise en 2010¹⁰¹ (91 680 Amérindiens et Inuits/7 880 927 habitants).

Comportements d'injection

La proportion des participants au réseau SurvUDI ayant déclaré s'être injectée avec des seringues déjà utilisées par d'autres personnes dans les six derniers mois a diminué de façon importante depuis 1995, mais il semble se stabiliser depuis 2010-2011, ce qui est préoccupant. De plus, la proportion de participants ayant utilisé au moins un item de matériel (autre qu'une seringue) déjà utilisé par quelqu'un d'autre est plus élevée que pour les seringues, soit autour de 25 à 30 %. Les efforts doivent être poursuivis pour que l'objectif consistant en l'absence de partage de seringues puisse être atteint.

¹⁰¹ Consulter la section sur les Autochtones pour plus de détails (section 4.6).

Produits consommés

L'injection de médicaments opioïdes est en forte hausse depuis quelques années. Cette hausse est inquiétante, car le risque de dépendance aux médicaments opioïdes est très important, une grande proportion des consommateurs se les injectent et la consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et donc le risque d'infection par le VIH et le VHC¹⁰². Du matériel adapté à l'injection de ces substances est maintenant disponible.

Cascade de soins du VIH et du VHC

Des approches et stratégies adaptées, innovantes et intégrant divers problèmes de santé (toxicomanie, santé mentale/itinérance, infections, etc.) sont plus que jamais nécessaires. Il existe des traitements efficaces pour éradiquer le VHC ou pour contrôler le VIH. En 2016, seulement le quart (27 %) des participants au réseau SurvUDI se sachant séropositifs au VHC avait déjà pris des médicaments contre cette infection. Des stratégies doivent être mises en place afin de traiter les personnes infectées par le VHC et éviter qu'elles développent les complications associées à l'infection chronique (cirrhose et carcinome hépatocellulaire). Considérant le nombre élevé de cas déclarés de VHC, le traitement a le potentiel de prévenir un nombre important de greffes hépatiques et de décès causés par le VHC.

Surdoses

Au-delà d'être associée à l'acquisition d'ITSS, la consommation de drogue entraîne aussi des décès par surdose. Pour la période du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2016, au moins 235 décès ont été jugés attribuables à une intoxication aux opioïdes au Québec. Ce nombre de décès est sous-estimé puisque 17 % des investigations des causes de décès par les coroners pour l'année 2016 étaient encore en cours au moment de ce rapport préliminaire¹⁰³. La survenue de ces décès plaide en faveur de la poursuite de la mise en place de centres d'injection supervisée et de l'accessibilité à la naloxone (un antagoniste des opioïdes) pour les intervenants, les consommateurs et leurs proches.

Incidence du VIH et du VHC

Le taux d'incidence du VIH a beaucoup diminué et était très faible en 2015 (0,1 par 100 PA), il est similaire ou légèrement plus élevé que les taux observés dans plusieurs autres pays, dont la France, les États-Unis et l'Australie¹⁰⁴. Le taux d'incidence du VHC est très élevé et en recrudescence depuis 2011. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC ainsi que la prise en charge et le traitement doivent demeurer des priorités.

¹⁰² Roy, E., Arruda, N., Vaillancourt, E., et collab. (2012) Drug use patterns in the presence of crack in downtown Montreal. *Drug Alcohol Rev*, 31(1), 72-80.

¹⁰³ Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec, Institut national de santé publique, données du Bureau du Coroner du Québec, mise à jour août 2018.

¹⁰⁴ Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection — Épidémiologie du VIH de 1995 à 2016 — Épidémiologie du VHC de 2003 à 2016. Institut national de santé publique du Québec, 2018, 123 pages.

Annexe 1

**Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de
certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2017**

Tableau 24 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2017

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	2	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
10-14	9	4,3	2	1,0	0	0,0	1	0,5	2	1,0	2	1,0	0	0,0
15-19	1 205	568,1	214	100,9	1	0,5	11	5,2	14	6,6	3	1,4	9	4,2
20-24	3 371	1 291,4	832	318,7	3	1,1	98	37,5	28	10,7	12	4,6	16	6,1
25-29	2 325	825,4	1 031	366,0	13	4,6	112	39,8	38	13,5	48	17,0	38	13,5
30-34	1 230	434,8	793	280,3	16	5,7	134	47,4	83	29,3	39	13,8	39	13,8
35-39	890	291,5	620	203,0	22	7,2	109	35,7	111	36,4	64	21,0	43	14,1
40-44	464	166,5	382	137,1	13	4,7	83	29,8	78	28,0	59	21,2	24	8,6
45-49	313	116,1	289	107,2	13	4,8	75	27,8	57	21,1	82	30,4	32	11,9
50-54	255	83,0	316	102,9	14	4,6	87	28,3	48	15,6	96	31,3	19	6,2
55-64	235	38,6	263	43,2	8	1,3	113	18,5	53	8,7	181	29,7	35	5,7
65 et +	46	6,5	68	9,6	1	0,1	25	3,5	64	9,1	76	10,8	8	1,1
Inconnu	2		0				0		0		0		0	
Total	10 347	246,8	4 810	114,7	104	2,5	848	20,2	577	13,8	662	15,8	263	6,3

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

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). Les cas sans NAM enregistrés en 2017 sont inclus.

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Tableau 25 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2017

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	2	4,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,8	0	0,0
1-9	2	0,5	4	1,0	0	0,0	0	0,0	2	0,5	3	0,7	2	0,5
10-14	117	58,1	14	6,9	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0
15-19	4446	2199,9	243	120,2	0	0,0	8	4,0	4	2,0	4	2,0	0	0,0
20-24	6391	2506,9	401	157,3	0	0,0	16	6,3	33	12,9	18	7,1	0	0,0
25-29	2791	1005,7	263	94,8	0	0,0	13	4,7	83	29,9	36	13,0	4	1,4
30-34	1181	430,4	143	52,1	0	0,0	8	2,9	92	33,5	40	14,6	11	4,0
35-39	668	228,5	113	38,6	0	0,0	7	2,4	49	16,8	33	11,3	18	6,2
40-44	338	126,4	65	24,3	0	0,0	5	1,9	47	17,6	28	10,5	16	6,0
45-49	151	58,4	28	10,8	0	0,0	3	1,2	19	7,3	21	8,1	7	2,7
50-54	82	27,4	21	7,0	0	0,0	3	1,0	12	4,0	37	12,4	8	2,7
55-64	49	8,1	20	3,3	0	0,0	4	0,7	30	4,9	64	10,6	6	1,0
65 et +	7	0,8	3	0,4	0	0,0	2	0,2	39	4,6	59	6,9	1	0,1
Inconnu	6		0		0		0		0		0		0	
Total	16 231	383,6	1318	31,2	0	0,0	69	1,6	411	9,7	346	8,2	80	1,9

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

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). Les cas sans NAM enregistrés en 2017 sont inclus.

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Tableau 26 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2017

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	4,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,3	0	0,0
1-9	2	0,2	4	0,5	0	0,0	0	0,0	3	0,4	3	0,4	2	0,2
10-14	126	30,6	16	3,9	0	0,0	1	0,2	3	0,7	2	0,5	0	0,0
15-19	5652	1364,5	457	110,3	1	0,2	19	4,6	19	4,6	7	1,7	0	0,0
20-24	9769	1893,3	1233	239,0	3	0,6	114	22,1	61	11,8	31	6,0	9	1,7
25-29	5117	915,0	1294	231,4	13	2,3	126	22,5	121	21,6	84	15,0	20	3,6
30-34	2412	432,8	936	168,0	16	2,9	142	25,5	175	31,4	80	14,4	49	8,8
35-39	1608	269,0	733	122,6	23	3,8	116	19,4	160	26,8	97	16,2	57	9,5
40-44	802	146,9	447	81,9	13	2,4	88	16,1	125	22,9	87	15,9	59	10,8
45-49	464	87,8	317	60,0	13	2,5	78	14,8	76	14,4	103	19,5	31	5,9
50-54	337	55,6	338	55,8	14	2,3	90	14,8	60	9,9	133	21,9	40	6,6
55-64	284	23,4	283	23,3	8	0,7	117	9,6	83	6,8	245	20,2	41	3,4
65 et +	53	3,4	71	4,6	1	0,1	27	1,7	103	6,6	135	8,7	9	0,6
Inconnu	26		13		0		0		0		17		0	
Total	26 656	316,5	6142	72,9	105	1,2	918	10,9	989	11,7	1027	12,2	343	4,1

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

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). Les cas sans NAM enregistrés en 2017 sont inclus
Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2018.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Annexe 2

Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) », de 2013 à 2017

Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) », de 2013 à 2017

Introduction

Au Québec, depuis avril 1992, le « *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS)* » permet aux personnes atteintes d'une ITS, ainsi qu'aux partenaires sexuels d'une personne atteinte (cas contact), de se procurer gratuitement les médicaments prescrits pour le traitement de leur infection. Seuls les médicaments apparaissant dans la section MTS de la publication *Liste des médicaments* sont remboursés dans le cadre de ce programme. Pour pouvoir bénéficier de la gratuité des médicaments, la personne doit présenter une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valides ainsi qu'une ordonnance médicale comprenant, en plus des informations habituelles, un code spécifique référant au programme (codes K et L, décrits plus loin).

Notes méthodologiques

SOURCE DES DONNÉES


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.

Plan d'analyses

Le nombre et les caractéristiques des médicaments prescrits, le type de récipiendaire des médicaments, c'est-à-dire à une personne atteinte (code K) ou à un cas contact (code L), le nombre de bénéficiaires ainsi que certaines caractéristiques des prescripteurs sont présentés sous forme de tableaux pour les années 2013 à 2017.

La définition d'« **ordonnance** » retenue pour cette analyse représente l'ensemble des médicaments prescrits à une même date de service à un même bénéficiaire. Les diverses combinaisons de médicaments incluses 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).

MISE EN GARDE

 Une ordonnance répétée¹⁰⁵ 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).

¹⁰⁵ Une ordonnance remise ultérieurement. Le délai entre deux ordonnances peut être très court.

Résultats

Nombre et caractéristiques des médicaments prescrits, 2013-2017

Selon le tableau 27, le nombre total de médicaments prescrits a augmenté entre 2013 et 2017, de 57 929 médicaments prescrits en 2013 à 74 613 en 2017, soit une augmentation de 28 %.

Le tableau 28 présente les principaux antibiotiques prescrits en 2017. Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment sont l'azithromycine, le céfixime, la ceftriaxone, la doxycycline et la pénicilline G benzathine.

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

Au tableau 29, on observe que le nombre annuel de bénéficiaires différents a augmenté progressivement, passant de 37 130 bénéficiaires en 2013 à 45 075 en 2017, soit une hausse de 21 %. Davantage d'hommes que de femmes ont reçu des médicaments au cours de cette période (respectivement 57 % et 43 % en 2017) et le rapport homme/femme est similaire en 2013 (1,2) et en 2017 (1,3).

Le tableau 30 présente une description du nombre d'ordonnances par bénéficiaires, pour la période entre 2013 et 2017. En 2017, la grande majorité des bénéficiaires (84 %, 37 735) ont eu une seule ordonnance au cours de l'année. Un nombre non négligeable de bénéficiaires ont eu entre deux et cinq ordonnances (16 %, 7 075), mais seulement 235 en ont eu 5 ou plus.

Le tableau 31 décrit le nombre d'ordonnances selon le type de bénéficiaire (une personne atteinte, code K, ou un cas contact, code L). Globalement, le nombre total d'ordonnances est passé de 43 361 en 2013 à 55 227 en 2017, soit une augmentation de 27 %. La hausse est de 14 % chez les femmes et de 39 % chez les hommes. Le rapport entre le nombre d'ordonnances destinées à des personnes atteintes et à des cas contacts est stable entre 2013 et 2017, autour de 1,6 pour les sexes réunis. Pour l'ensemble de la période, le rapport personnes atteintes/cas contact est plus élevé chez les femmes (2,3) que chez les hommes (1,3).

La majorité des ordonnances ont été prescrites par des omnipraticiens (87 %), suivis des obstétriciens-gynécologues (4,1 %), des résidents (3,4 %) et des infectiologues (3,1 %) (tableau 32).

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

Le tableau 33 montre la fréquence des principales combinaisons de médicaments incluses dans une ordonnance. Les combinaisons rapportées réfèrent aux recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITSS¹⁰⁶.

L'azithromycine 1 g prescrite seule constitue l'ordonnance la plus fréquente (51 % en 2017), suivie du céfixime 800mg en combinaison avec l'azithromycine 1 g (20 % en 2017). L'azithromycine 2 g a été moins prescrite en 2016 et en 2017 (environ 1 400 ordonnances par années) comparativement à 2015 (1 966 ordonnances).

La ciprofloxacine et le céfixime, prescrits seuls, sont de plus en plus rarement observés, alors que certaines combinaisons de choix alternatifs sont assez fréquemment prescrites. La ceftriaxone prescrite seule a légèrement augmenté en 2017.

¹⁰⁶ 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 27 Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contacts (code L), Province, 2013 à 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Femmes	24/637	25 250	26 103	26 963	27 275	130 228
Hommes	33 292	35 465	39 623	44 095	47 338	199 813
Total	57 929	60 715	65 726	71 058	74 613	330 041

Tableau 28 Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2017

Médicaments prescrits	Femmes	Hommes	Total
Azithromycine	27 279	19 199	46 478
Céfixime	8 487	3 827	12 314
Ceftriaxone	5 647	769	6 416
Doxycycline	3 756	2 402	6 158
Pénicilline G (benzathine)	1 781	120	1 901
Métronidazole	106	816	922
Ciprofloxacine	113	33	146
Lévofloxacine	88	41	129
Amoxicilline	8	37	45
Autres médicaments	21	12	33
Pénicilline G sodique	27	0	27
Céfuroxime axetil	9	4	13
Non précisé	11	2	13
Triméthoprim/sulfaméthoxazole	2	9	11
Érythromycine	2	2	4
Norfloxacine	1	0	1
Tétracycline	0	1	1
Céfoxitine sodique	0	1	1
Total	47 338	27 275	74 613

¹ Médicaments regroupés dans la catégorie « autres médicaments » : lidocaïne, véhicules pour suspension orale, eau stérile pour injection (petits volumes), chlorhydrate de diphenhydramine, chlorure de sodium, perfuseur elastomérique (longue durée) et perfuseur elastomérique (intermittent).

Tableau 29 Nombre de bénéficiaires¹ ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2013 à 2017

	2013	2014	2015	2016	2017
Femmes	17 112	17 995	18 660	19 108	19 197
Hommes	20 018	21 554	23 292	24 782	25 878
Total	37 130	39 549	41 952	43 890	45 075

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

Tableau 30 Nombre d'ordonnances¹ par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2013 à 2017

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total de bénéficiaires ²
2013	Hommes	17 057	2 899	62	20 018
	Femmes	15 116	1 986	10	17 112
	Total	32 173	4 885	72	37 130
2014	Hommes	18 406	3 064	84	21 554
	Femmes	15 876	2 107	12	17 995
	Total	34 282	5 171	96	39 549
2015	Hommes	19 478	3 670	144	23 292
	Femmes	16 373	2 276	11	18 660
	Total	35 851	5 946	155	41 952
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

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 31 Nombre d'ordonnances selon la nature du cas (codes K : personne atteinte et L : cas contact) et le sexe, Province, 2013 à 2017

	Femmes		Hommes		Total	Femmes rapport K/L	Hommes rapport K/L	Sexes réunis rapport K/L
	K - personne atteinte	L - cas contact	K - personne atteinte	L - cas contact				
2013	13 683	5 759	13 393	10 526	43 361	2,4	1,3	1,7
2014	14 147	6 346	14 154	11 717	46 364	2,2	1,2	1,6
2015	14 778	6 540	15 971	12 806	50 095	2,3	1,3	1,6
2016	15 222	6 679	17 693	13 570	53 164	2,3	1,3	1,6
2017	15 357	6 733	18 762	14 375	55 227	2,3	1,3	1,6
Total	73 187	32 057	79 973	62 994	248 211	2,3	1,3	1,6

Tableau 32 Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2017

Spécialité du prescripteur	2017		
	Femmes	Hommes	Total
Omnipraticiens	29 080	18 908	47 988
Obstétriciens-gynécologues	875	1 364	2 239
Résidents	1 127	748	1 875
Infectiologues	1 231	499	1 730
Autres spécialités	590	398	988
Spécialités manquantes	200	162	362
Urologues	27	9	36
Dermatologues	7	2	9
Total	33 137	22 090	55 227

Tableau 33 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2013 à 2017

		2013	2014	2015	2016	2017	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	11 978	13 206	13 813	14 218	14 393	67 608
	Hommes	10 998	12 344	13 585	13 466	13 858	64 251
	Total	22 976	25 550	27 398	27 684	28 251	131 859
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	431	471	519	686	722	2 829
	Hommes	495	544	645	1 203	1 406	4 293
	Total	926	1 015	1 164	1 889	2 128	7 122
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	582	627	683	854	892	3 638
	Hommes	765	839	1 040	1 854	2 310	6 808
	Total	1 347	1 466	1 723	2 708	3 202	10 446
Céfixime 800 mg et azithromycine 1 g ² <i>1^{er} choix infection gonococcique sauf infection gonococcique pharyngée</i>	Femmes	3 112	2 683	2 982	3 357	3 341	15 475
	Hommes	6 500	5 884	6 888	7 233	7 660	34 165
	Total	9 612	8 567	9 870	10 590	11 001	49 640
Ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g ² <i>1^{er} choix infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée</i>	Femmes	28	120	137	117	245	647
	Hommes	923	1 581	2 202	3 662	4 227	12 595
	Total	951	1 701	2 339	3 779	4 472	13 242
Penicilline G benzathine ² 2,4 millions d'unités <i>1^{er} choix syphilis infectieuse</i>	Femmes	52	58	46	96	86	338
	Hommes	1 069	1 008	1 460	1 655	1 663	6 855
	Total	1 121	1 066	1 506	1 751	1 749	7 193

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/nc/publications/publications/publication.html?PublicationPluginController%5Buid%5D=252&cHash=0ffe407d17a34a3835424a7ce80326ad>

² Seule(s) ou en combinaison.

Tableau 33 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2012 à 2016 (suite)

		2013	2014	2015	2016	2017	Total
Doxycycline 100mg BID ¹ (42 comprimés) <i>1^{er} choix lymphogranulomatose vénérienne</i>	Femmes	4	2	8	9	7	30
	Hommes	86	130	200	272	293	981
	Total	90	132	208	281	300	1011
Azithromycine 2 g prescrite seule <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie</i>	Femmes	610	799	883	676	618	3 586
	Hommes	716	1 070	1 083	807	776	4 452
	Total	1 326	1 869	1 966	1 483	1 394	8 038
Céfixime 800 mg et Doxycycline 100mg BID (14 comprimés) ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique</i>	Femmes	79	80	81	82	93	415
	Hommes	150	133	173	273	277	1 006
	Total	229	213	254	355	370	1 421
Ceftriaxone 250 mg et Doxycycline 100mg BID (14 comprimés) ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si co-infection à C. trachomatis</i>	Femmes	1	5	9	18	15	48
	Hommes	30	57	140	266	522	1 015
	Total	31	62	149	284	537	1 063
Ciprofloxacine 500 mg et azithromycine 1 g ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si souche connue sensible</i>	Femmes	59	63	39	16	11	188
	Hommes	98	94	58	25	34	309
	Total	1 57	1 57	97	41	45	497
Amoxicilline 500 mg TID ¹ (21 comprimés) <i>traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis femme enceinte ou qui allaite</i>	Femmes	70	74	66	50	27	287
	Hommes	0	5	2	3	4	14
	Total	70	79	68	53	31	301
Doxycycline 100 mg BID ¹ (28 comprimés) <i>traitement alternatif de la syphilis</i>	Femmes	1 013	1 007	1 091	1 076	1 069	5 256
	Hommes	328	324	378	576	505	2 111
	Total	1 341	1 331	1 469	1 652	1 574	7 367

¹ Seule(s) ou en combinaison.

Tableau 33 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2012 à 2016 (suite)

		2013	2014	2015	2016	2017	Total
Céfixime 400 mg et azithromycine 1 g ¹	Femmes	446	192	118	99	68	923
	Hommes	718	377	184	146	83	1 508
	Total	1 164	569	302	245	151	2 431
Ciprofloxacine seule, toutes doses	Femmes	12	13	8	12	3	48
	Hommes	24	22	20	12	18	96
	Total	36	35	28	24	21	144
Céfixime seul, toutes doses	Femmes	180	194	214	160	153	901
	Hommes	301	276	287	280	231	1 375
	Total	481	470	501	440	384	2 276
Ceftriaxone seule, toutes doses	Femmes	55	74	90	72	98	389
	Hommes	233	311	183	215	287	1 229
	Total	288	385	273	287	385	1 618

¹ Seule(s) ou en combinaison.

Commentaires

La source d'information consultée 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 degré de motivation des professionnels à transmettre des informations complètes. 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 remboursé 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 2017 était de 34 687. Ce nombre est similaire au nombre d'ordonnances prescrites à des personnes atteintes (code K) en 2017, c'est-à-dire 37 119 ordonnances. Les personnes traitées comme cas contact (code L) ne sont souvent pas incluses dans le registre MADO parce qu'il est recommandé de traiter 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 2017 (55 227 – tableau 31) 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 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 2013. 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 précaution considérant la possibilité d'inversion du code K (personne atteinte) et du code L (cas contact).

En général, les changements observés dans la nature des antibiotiques prescrits laissent croire que les recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITS sont adoptées par une grande majorité de médecins. Certains éléments méritent toutefois d'être rappelés, notamment que l'azithromycine 2 g prescrite seule était fréquente en 2017. On espère une diminution importante à partir du changement de la recommandation en avril 2018, cette monothérapie n'étant plus recommandée pour traiter l'infection gonococcique. Dans le contexte où 30,9 % des souches de *N. gonorrhoeae* étaient résistantes à l'azithromycine en 2017, l'adoption de ce changement des recommandations est importante. On remarque également qu'un nombre modéré 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.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca