

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec année 2017 et projections 2018

SOMMAIRE

Novembre 2018

Karine Blouin, Sylvie Venne, Gilles Lambert

Avec près de 37 000 cas déclarés en 2017, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 77 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). À celles-ci s'ajoutent l'infection par le VIH qui n'est pas à déclaration obligatoire, mais fait l'objet d'une collecte de renseignements à des fins de surveillance et d'autres infections transmissibles sexuellement très fréquentes telles l'herpès génital et les infections au virus du papillome humain., espaces compris.

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 REGION SOCIO SANITAIRE, 2017

RSS = Région sociosanitaire	Effectifs population	RSS = Région sociosanitaire	Effectifs population
01 Bas-Saint-Laurent	200 868	11 Gaspésie-Iles-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	QC	Province de Québec
10 Nord-du-Québec	14 024		8 423 233

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2017 (et projections 2018)

AUTEURS

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

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.

Gilles Lambert, médecin-conseil
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

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

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.

©Gouvernement du Québec (2018)

N° de publication : 2471 – Sommaire