



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

ANNÉE 2018 ET PROJECTIONS 2019

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

ANNÉE 2018 ET PROJECTIONS 2019

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Octobre 2019

AUTEURS

Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
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 spécialisée
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 spécialisé
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 2019
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2368-7126 (PDF)
ISBN : 978-2-550-85467-8 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2019)

Remerciements

Nous remercions les cliniciens et le personnel des laboratoires de microbiologie, des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ainsi que des directions de santé publique pour leur contribution à la qualité de la déclaration des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé aux enquêtes de vigie rehaussée, aux programmes de surveillance spécifiques ou aux études épidémiologiques d'où proviennent les données qui ont permis de dresser le présent portrait des ITSS. Nous souhaitons souligner la collaboration de nos collègues de la direction de la prévention des ITSS, de l'Institut national de santé publique du Québec, de la direction de santé publique de Montréal et du Laboratoire de santé publique du Québec, notamment Riyas Fadel, Diane Sylvain, Hélène Poliquin, Pascale Leclerc 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, Fannie Defay pour les analyses du réseau sentinelle de surveillance de l'infection gonococcique, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement 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 de cas déclarés chez les hommes, et progression de la résistance	21
5 Syphilis infectieuse : hausse préoccupante chez les femmes – sept cas déclarés de syphilis congénitale depuis 2016 – la hausse reprend chez les hommes en 2019.....	33
6 Lymphogranulomatose vénérienne : l'épidémie s'installe.....	45
7 Hépatite B, croissance du nombre de cas de stade non précisé	53
8 Hépatite C, rencontrer les objectifs d'élimination.....	59
9 Infection par le VIH.....	65
10 Populations particulièrement touchées.....	77
Annexe 1 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2018.....	89
Annexe 2 Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) », de 2014 à 2018	95

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2014, 2018 et projections pour 2019.....	5
Tableau 2	Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2018.....	6
Tableau 3	Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2014 et 2018	14
Tableau 4	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2014 à 2019p	17
Tableau 5	Tests de détection de <i>Chlamydia trachomatis</i> réalisés au Québec	18
Tableau 6	Infections à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2014 et 2018	23
Tableau 7	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2014 à 2019p	28
Tableau 8	Tests de détection de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> réalisés au Québec	29
Tableau 9	Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2014 à 2018.....	37
Tableau 10	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 2014 à 2019p	41
Tableau 11	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2014 à 2019p	49
Tableau 12	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2014 à 2019p.....	56
Tableau 13	Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2014 à 2019p	62
Tableau 14	Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2018.....	70
Tableau 15	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 2018	71
Tableau 16	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 2018.....	72
Tableau 17	Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2018	73
Tableau 18	Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2014 à 2018	75
Tableau 19	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2018.....	91
Tableau 20	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2018.....	92

Tableau 21	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2018.....	93
Tableau 22	Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contacts (code L), Province, 2014 à 2018.....	99
Tableau 23	Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2018.....	99
Tableau 24	Nombre de bénéficiaires ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2014 à 2018	100
Tableau 25	Nombre d'ordonnances par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2014 à 2018.....	100
Tableau 26	Nombre d'ordonnances selon la nature du cas (codes K : personne atteinte et L : cas contact) et le sexe, Province, 2014 à 2018	101
Tableau 27	Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2018	101
Tableau 28	Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2014 à 2018	102

Liste des figures

Figure 1	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p	15
Figure 2	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2018	15
Figure 3	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2009 à 2019p	16
Figure 4	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2009 à 2019p	16
Figure 6	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p	26
Figure 7	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2018	26
Figure 8	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2008 à 2019p	27
Figure 9	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2009 à 2019p	27
Figure 10	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p	38
Figure 11	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1999 à 2019p	38
Figure 12	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2018.....	39
Figure 13	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2009 à 2019p	40
Figure 14	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2009 à 2019p.....	40
Figure 15	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2019p	47
Figure 16	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2018 (n = 654).....	48
Figure 17	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p	54
Figure 18	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2018	55
Figure 19	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1999 à 2019p.....	55
Figure 20	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p	60
Figure 21	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2018	60
Figure 22	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2009 à 2019p	61

Figure 23	Infection par le VIH : taux d'incidence bruts de nouveaux diagnostics selon le sexe, Québec, de 2004 à 2018	69
Figure 24	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 à 54 ans, Québec, de 2009 à 2018.....	74
Figure 25	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 à 54 ans, Québec, de 2009 à 2018.....	74
Figure 26	Tendance de l'injection à chaque jour dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017	85
Figure 27	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.....	85
Figure 28	Tendances de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016	86
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 2016 au 31 mars 2018, réseau SurvUDI	87
Figure 30	Tendances de l'incidence des anti-VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2016.....	87
Figure 31	Éléments de la cascade de soins pour les cas anti-VHC +, pour les participants recrutés du 1 ^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et du 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2018, réseau SurvUDI	88

Liste des sigles et acronymes

HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NAM	Numéro d'assurance maladie
OMS	Organisation mondiale de la Santé
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 presque constante depuis plusieurs années. Pour la première fois depuis 2005, le taux projeté chez les femmes pour l'année 2019 est inférieur à celui de l'année précédente.

Infections gonococciques

- Le taux d'incidence de cas déclarés d'infections gonococciques a plus que doublé entre 2014 et 2018. La hausse du nombre d'infections extragénitales chez les hommes compte pour une proportion importante de l'augmentation et semble s'expliquer en partie par la possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales. Le nombre d'infections extragénitales déclarées en 2018 est cinq fois plus élevé qu'en 2014. Pour la première fois depuis 2011, le taux projeté chez les hommes pour l'année 2019 est inférieur à celui de l'année précédente.
- La progression de la résistance du gonocoque aux antibiotiques est très inquiétante, en particulier l'augmentation de la résistance à l'azithromycine qui atteint 28 % en 2018. 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 de la sensibilité aux antibiotiques et des échecs de traitement pouvant en résulter et celui d'être en mesure de proposer des schémas thérapeutiques efficaces.



La hausse de cas de chlamydia et de gonorrhée entre 2005 et 2018 pourrait être expliquée en partie par l'évolution des modalités de détection de ces infections. Malgré cela, 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 infectieuse

- L'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal, touche maintenant la plupart des régions du Québec. L'éclosion survenue au Nunavik en 2017 se poursuit. La hausse importante observée au cours des dernières années dans la province est préoccupante. Cette hausse concerne surtout les hommes.
- La croissance soutenue observée chez les femmes depuis 2016 est également frappante et suggère une extension de l'épidémie vers la population hétérosexuelle. La majorité de ces femmes sont en âge de procréer, ce qui augmente le risque de survenue de syphilis congénitale. Plusieurs cas de syphilis congénitale ont d'ailleurs été déclarés au cours des dernières années, soit trois en 2016, un en 2017, un en 2018 et deux en 2019, par rapport à cinq cas au total entre 2000 et 2015.

- Les taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse semblaient se stabiliser entre 2016 et 2018, mais la projection pour l'année 2019 suggère plutôt une hausse. Si la projection s'avère exacte, il s'agira du taux d'incidence de cas déclarés le plus élevé depuis 1984.

Lymphogranulomatose vénérienne

- Une résurgence de la lymphogranulomatose vénérienne a été observée à l'été 2013 avec un pic en 2016. Le nombre de cas déclarés au cours des dernières années suggère que l'épidémie serait maintenant bien installée. Elle touche presque exclusivement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Une diminution semblait s'amorcer en 2017 et en 2018 (105 et 90 cas, respectivement), mais une accélération a été observée en début d'année 2019 menant à la projection du nombre annuel de cas le plus élevé depuis le début de l'épidémie.

Hépatites

- Entre 1994 (année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire) et 2018, le taux annuel de cas déclarés d'hépatite B aiguë a diminué de 84 % et celui de cas d'hépatite B chronique ou stade non précisé a diminué de près de 40 %. Avec encore près de 1 200 cas d'hépatite B déclarés en 2018, 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 1 300 cas d'hépatite C (de stade aigu ou de stade non précisé) ont été déclarés en 2018. L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les personnes qui utilisent des 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 pour lesquels la diminution était plus prononcée en 2017; cette diminution chez les HARSAH ne semble pas se poursuivre en 2018. Une hausse du nombre de cas enregistrés chez les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique a été observée en 2017, suivie d'une diminution en 2018. Cette hausse concerne principalement des personnes sans numéro d'assurance maladie. Chez les personnes hétérosexuelles, le nombre de nouveaux diagnostics est stable.
- La moitié des nouveaux diagnostics pour lesquels l'information est disponible en 2018 ont reçu un diagnostic tardif (< 350 CD4/mL) dont 27 % à un stade avancé de la maladie (< 200 CD4/mL).

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.

- 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.
- Les données d'Engage ont été recueillies auprès d'HARSAH sexuellement actifs résidant dans la région métropolitaine de Montréal¹. Elles montrent que les niveaux de détection du VIH, de prophylaxie préexposition et de prophylaxie post exposition ne sont pas optimaux en regard des indications reconnues. Toutefois, les trois cibles de la cascade de soins VIH fixées par l'OMS (90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90 % de ces personnes ont accès à un traitement antirétroviral efficace, 90 % de ces personnes atteignent et maintiennent une charge virale supprimée) sont atteintes dans cet échantillon d'HARSAH.
- Les personnes UDI sont particulièrement affectées par le virus de l'hépatite C et par le VIH². Les efforts doivent être poursuivis pour que l'objectif consistant en l'absence de partage de seringues ou d'autre matériel d'injection puisse être atteint. 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) sont atteintes dans cet échantillon. Toutefois, seulement le tiers (34 %) des participants au réseau SurvUDI se sachant séropositifs au VHC ont déjà pris des médicaments contre cette infection.

¹ G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian, EEM Moodie et les membres de l'équipe de recherche Engage. Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, janvier 2019 Disponible sur : engage-men.ca/fr/montreal.

² 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 2018 — Épidémiologie du VHC de 2003 à 2018. Institut national de santé publique du Québec, Rapport à paraître.

Pistes d'action

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 ITSS³. La prévention des ITSS est l'un des objectifs poursuivis par le Programme national de santé publique 2015-2025⁴ (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 personnes vivant avec le VIH 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 : 90-90-90⁵. 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.

³ 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/>

⁴ 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/>

⁵ 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, 2014, 2018 et projections pour 2019

Infections	Province de Québec					
	2014		2018		2019p ^a	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bactériennes						
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	23 191	282,0	28 390	334,5	28 159	329,3
▪ < 1 an–Sexes réunis	5	5,6	3	3,3	3	3,5
▪ 15-24 ans–Hommes	4 060	804,4	4 748	1 023,4	4 840	1 060,7
▪ 15-24 ans–Femmes	10 562	2 139,8	11 028	2 472,3	10 644	2 433,2
Lymphogranulomatose vénérienne	61	0,7	90	1,1	132	1,5
Infection gonococcique	3 295	40,1	7 520	88,6	7 241	84,7
▪ <1 an–Sexes réunis	2	2,3	0	0,0	3	3,5
▪ 15-24 ans–Hommes	706,5	140,0	1 263	272,2	1 108	242,8
▪ 15-24 ans–Femmes	550	111,4	764	171,3	742	169,5
Syphilis infectieuse^b	593	7,2	938	11,1	1141	13,3
▪ 15-24 ans–Hommes	79	15,6	78	16,8	132	28,8
▪ 15-24 ans–Femmes	13	2,6	26	5,8	30	6,8
Syphilis congénitale	0	0,0	1	0,5	nd	nd
Virales						
Hépatite B^c	935	11,4	1 168	13,8	1 024	12,0
▪ aiguë–Sexes réunis	18	0,2	19	0,2	10	0,1
▪ < 1 an–Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	2	1,8
Hépatite C^d	1 104	13,4	1 334	15,7	1212	14,2
▪ < 1 an–Sexes réunis	2	2,3	3	3,3	3	3,5
Infection par le VIH	285	3,5	311	3,7	nd	nd
▪ Transmission mère-enfant ^e	0	nd	1	nd	nd	nd
▪ 15-24 ans–Hommes	22	4,4	19	4,1	nd	nd
▪ 15-24 ans–Femmes	5	1,0	3	0,7	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, 2018

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	3 902,2	17	1 871,0	17	236,3	6	3,7	6	34,0	6	28,4	6	9,3
18	2 172,9	6	211,3	6	23,9	QC	1,1	7	14,4	7	22,1	QC	3,7
6	391,8	18	177,9	7	10,9	13	0,7	QC	13,8	17	21,8	8	3,3
3	350,9	QC	88,6	5	9,2	1	0,5	13	12,3	10	21,5	16	2,8
9	350,8	7	64,4	QC	8,8	3	0,4	16	11,6	5	18,5	3	2,5
15	346,8	3	61,6	16	7,9	14	0,4	17	7,3	3	15,8	13	2,5
4	345,9	13	58,5	13	6,8	7	0,2	5	7,0	QC	15,7	9	2,1
QC	334,5	15	57,3	3	6,2	12	0,2	3	6,5	8	15,4	15	1,8
5	332,7	16	55,2	15	6,1	16	0,2	8	6,0	9	12,6	4	1,5
7	331,0	14	53,7	18	5,6	5	0,2	15	5,8	15	12,0	7	1,5
14	330,2	8	38,7	14	5,6	2	0,0	18	5,4	4	11,6	2	1,4
13	296,7	5	31,7	4	5,1	4	0,0	14	4,4	11	10,8	14	1,3
2	282,8	4	30,2	2	4,0	8	0,0	11	4,3	14	10,7	12	0,9
8	275,8	10	21,5	1	3,3	9	0,0	1	4,0	16	9,1	5	0,8
16	261,9	12	17,7	9	1,0	10	0,0	4	3,7	13	8,3	1	0,5
10	243,5	2	15,0	12	0,5	11	0,0	9	3,2	2	7,9	10	0,0
12	243,1	1	12,4	11	0,0	15	0,0	2	1,8	18	5,4	11	0,0
1	232,5	9	11,6	8	0,0	17	0,0	12	1,6	12	5,4	17	0,0
11	125,4	11	6,5	10	0,0	18	0,0	10	0,0	1	2,0	18	0,0

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

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

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

^d Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2018.

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 2019.

EFFECTIFS DE POPULATION PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE, 2018

RSS = Région socio-sanitaire	Effectifs population	RSS	Effectifs population
01 Bas-Saint-Laurent	200 858	11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	92 498
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	279 335	12 Chaudière-Appalaches	429 387
03 Capitale-Nationale	753 505	13 Laval	446 531
04 Mauricie et Centre-du-Québec	516 581	14 Lanaudière	523 583
05 Estrie	486 035	15 Laurentides	616 578
06 Montréal	2 035 297	16 Montérégie	1 414 318
07 Outaouais	402 374	17 Nunavik	13 736
08 Abitibi-Témiscamingue	149 739	18 Terres-Cries-de-la-Baie-	18 547
09 Côte-Nord	95 217		
10 Nord-du-Québec	13 965	QC	Province de Québec
			8 488 084

1 Introduction

Le présent portrait s'inscrit dans le cadre du Programme national de santé publique⁶. 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.

⁶ 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 1990-2018

Pour les années CDC 1990 à 2018 (du 1^{er} janvier 1990 au 29 décembre 2018), 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 10 juin 2019 (à l'exception de la lymphogranulomatose vénérienne pour laquelle la date d'extraction est le 9 septembre 2019).

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 2019

Les projections pour l'année 2019 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC, soit entre le 30 décembre 2018 et le 10 août 2019, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-unis pour l'année 2019 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du fichier des MADO le 16 septembre 2019 – sauf celles qui concernent la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne, dont l'extraction a été effectuée le 16 octobre 2019. 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 4 avril 2019.

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*^{7,8}. 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.

⁷ 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.

⁸ 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'infection⁹

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 2018, on retrouve 43 cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* et neuf cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MADO est le col utérin¹⁰. La standardisation de la saisie de cette variable est souhaitable.

2.7 Régions sociosanitaires

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

2.8 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale

Au niveau régional et local, des enquêtes épidémiologiques peuvent être réalisées pour certaines situations prioritaires, tel que décrit dans le guide d'intervention sur les ITS à déclaration obligatoire¹¹.

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.

⁹ Dans le registre des MADO, site de la maladie.

¹⁰ Prémuntant qu'il ne s'agit pas d'erreurs de classification du sexe (ex. : personne transsexuelle homme vers femme indiquée par erreur de sexe masculin). Dans le fichier des MADO, une catégorie existe pour chacun des sexes, hommes ou femmes transsexuel(les) ayant complété un traitement hormonal et une chirurgie de redéfinition de sexe.

¹¹ 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 2018

- L'infection à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 28 390 cas déclarés en 2018 (taux de 334 pour 100 000 personnes), dont 60 % sont des femmes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 64 % des cas féminins et 43 % des cas masculins. Le taux d'incidence dans ce groupe d'âge (1 737 pour 100 000) est 10 fois et demie plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (165 pour 100 000).
- Parmi les hommes, ceux âgés de 20 à 24 ans ont les taux les plus élevés (1 351 pour 100 000), suivis de ceux âgés de 25 à 29 ans (871 pour 100 000).
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont chez celles âgées de 15 à 24 ans (2 472 pour 100 000) et chez celles âgées de 25 à 29 ans (1 094 pour 100 000).
- Tant chez les hommes que chez les femmes, les taux diminuent progressivement avec l'âge à partir du groupe d'âge des 20-24 ans.
- 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 3 présente la répartition des cas pour les sites extragénitaux chez les hommes et les femmes.
- 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 douze et sept fois supérieur à celui de la province. Après ces deux régions, ce sont celles de Montréal, de la Capitale Nationale et de la Côte-Nord qui enregistrent les taux les plus élevés. Les taux les plus faibles s'observent en Gaspésie–Iles-de-la-Madeleine, au Bas-Saint-Laurent et en Chaudière-Appalaches.
- Dans la région de Montréal, la proportion de cas masculins dont le site d'infection est uniquement extragénital est de 33 %, soit plus du double de celle de l'ensemble du Québec (15 %).

3.2 Tendances des cinq dernières années (2014-2018)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 19 % entre 2014 et 2018; cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+31 %) que chez les femmes (+ 12 %). La hausse a été de +6 % entre 2017 et 2018. Selon les projections, le taux global pour 2019 serait similaire ou légèrement inférieur (-1,6 %) à celui de 2018. Une très légère augmentation du taux chez les hommes (+3 %) est prévue pour 2019. Par contre, chez les femmes, les taux de 2019 seront légèrement inférieurs (-5 %) à ceux de 2018. Si cette dernière observation se confirme, ce serait la première baisse observée chez les femmes depuis les 10 dernières années.
- Tous les groupes d'âge sont touchés par la hausse des taux d'incidence.

- En ce qui concerne les cas féminins, entre 2014 et 2018, on observe des hausses des taux d'incidence de 16 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, de 25 % chez les femmes qui ont entre 25 et 29 ans, de 34 % chez celles qui ont entre 30 et 39 ans et de 83 % chez celles qui ont 40 ans ou plus. Parmi ces dernières, ce sont parmi celles qui sont âgées entre 45 et 64 ans que les hausses sont les plus marquées (hausses autour de 100 %).
- Pour ce qui est des cas masculins, entre 2014 et 2018, on observe une hausse du taux d'incidence de 27 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, de 33 % chez les hommes de 25 à 29 ans, de 50 % chez ceux de 30 à 39 ans, et de 75 % chez ceux de 40 ans et plus. Parmi ces derniers, ce sont parmi ceux qui sont âgés de 50 ans et plus que les hausses sont les plus marquées (hausses autour de 100 %). Entre 2014 et 2018, 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 665 à 1 419, soit une augmentation de 113 %.

Tableau 3 Infections à *Chlamydia trachomatis* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2014 et 2018

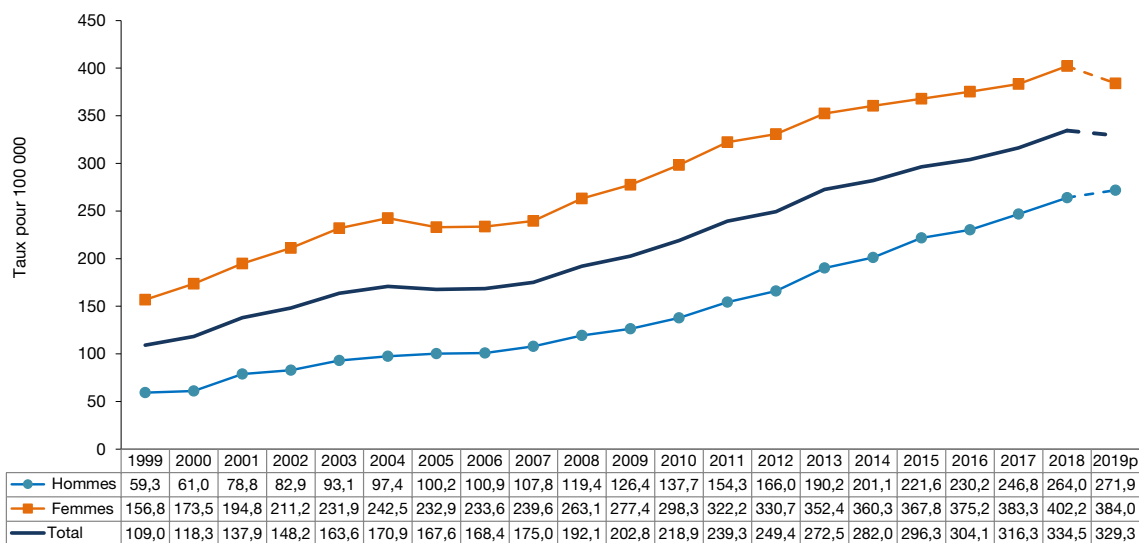
Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Hommes*				
	2014 (N = 7 204)		2018 (N = 10 736)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	738	10 %	1 653	15 %	+5 %
Seulement rectum	665	9 %	1 419	13 %	+4 %
Seulement rectum et pharynx	9	0,1 %	101	0,9 %	+0,8 %
Pharynx**	94	1,3 %	374	3,5 %	+2,2 %
Seulement Pharynx	81	1,1 %	229	2,1 %	+1 %
Rectum ou pharynx**	821	11 %	1 907	18 %	+7 %
Seulement rectum ou pharynx	755	10 %	1 749	16 %	+6 %
Cas avec information disponible sur le site*	Femmes*				
	2014 (N=13 175)		2018 (N = 16 424)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	43	0,3 %	252	1,5 %	+1,2 %
Seulement rectum	32	0,2 %	92	0,6 %	+0,4 %
Seulement rectum et pharynx	0	-	8	0,05 %	+0,5 %
Pharynx**	20	0,2 %	194	1,2 %	+1 %
Seulement Pharynx	11	0,1 %	105	0,6 %	+0,5 %
Rectum ou pharynx**	39	0,3 %	423	2,6 %	+2,3 %
Seulement rectum ou pharynx	43	0,3 %	205	1,2 %	+0,9 %

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

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

- Entre 2014 et 2018, une hausse des taux d'incidence s'observe dans toutes les régions sociosanitaires du Québec, sauf la région de la Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (-16 %). Les hausses les plus importantes sont observées dans les régions de Chaudière-Appalaches (+49 %), de Laval (+44 %) et de l'Outaouais (+34 %).

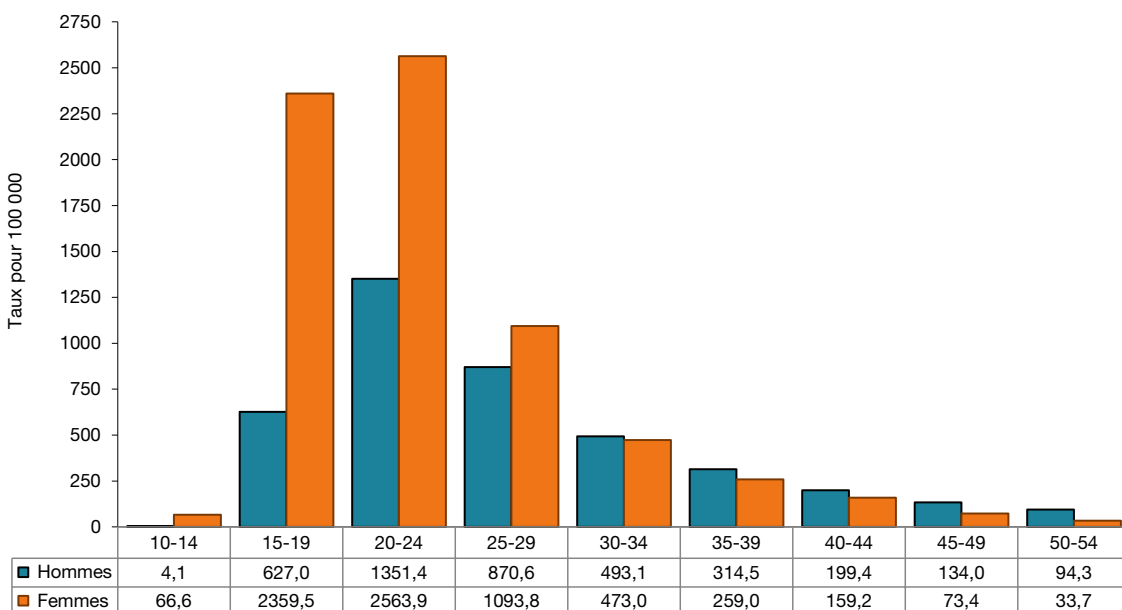
Figure 1 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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.

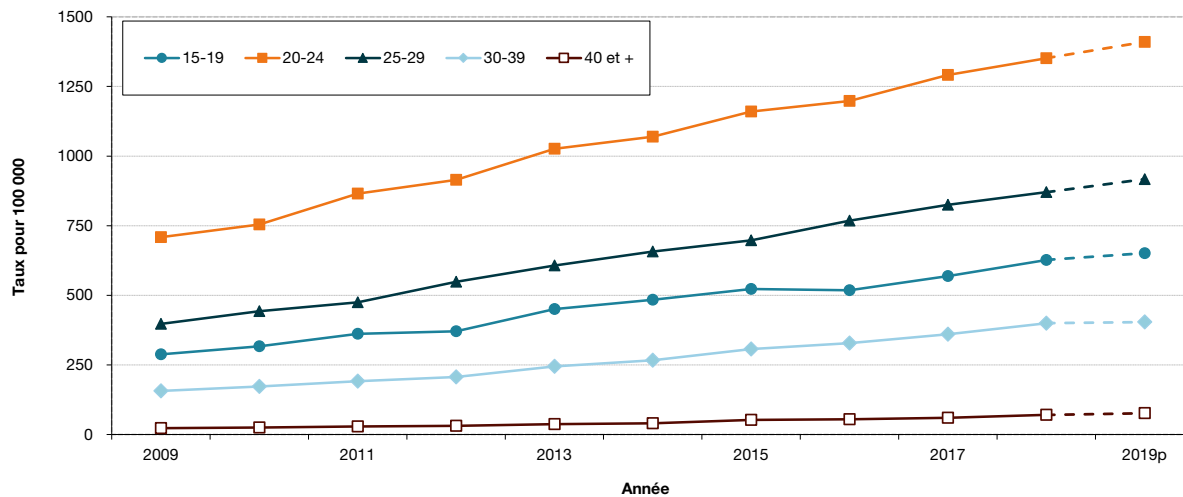
Figure 2 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2018



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

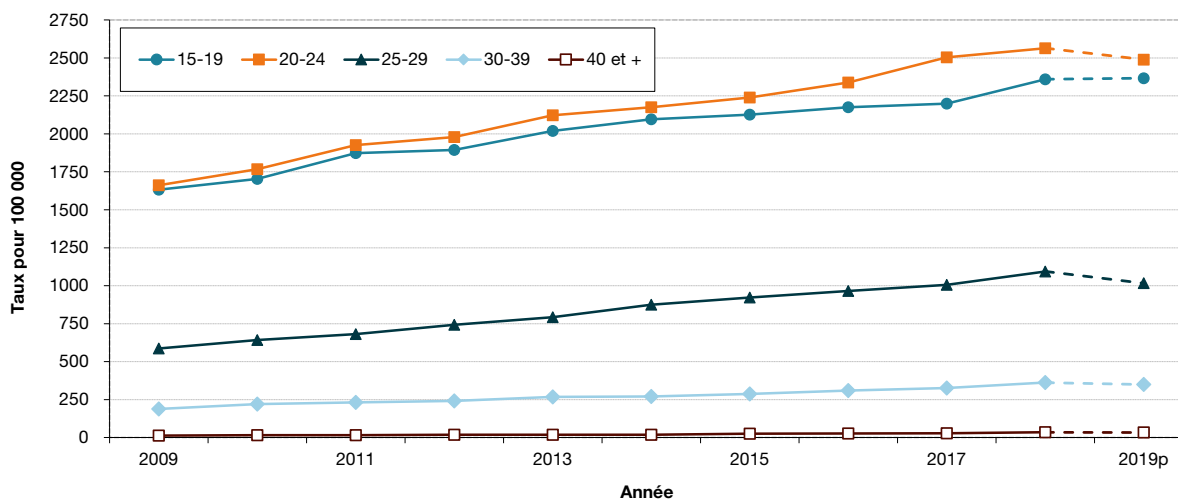
Figure 3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2009 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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, 2009 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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 2014 à 2019p

Région	2014		2015		2016		2017		2018		Moyenne 2014-2018		2019p		Variation 2018-2014			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	392	195,0	401	199,6	372	185,2	466	232,0	467	232,5	420	208,9	427	212,8	75	19,1	37,5	19,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	690	247,9	670	240,5	716	256,8	761	272,7	790	282,8	725	260,2	746	267,0	100	14,5	34,9	14,1
Capitale-Nationale	2 031	277,9	2 141	290,6	2 329	313,7	2 427	324,4	2 644	350,9	2 314	311,8	2 394	315,4	613	30,2	73,0	26,3
Mauricie et Centre-du-Québec	1 636	322,0	1 700	333,2	1 709	333,6	1 893	368,0	1 787	345,9	1 745	340,6	1 860	358,5	152	9,3	24,0	7,4
Estrie	1 292	273,3	1 388	291,5	1 340	279,5	1 286	266,4	1 617	332,7	1 385	288,8	1 481	302,7	325	25,2	59,4	21,7
Montréal	5 993	303,2	6 426	322,6	6 631	330,4	7 389	365,6	7 975	391,8	6 883	343,0	8 306	405,4	1 983	33,1	88,6	29,2
Outaouais	993	257,7	1 067	273,9	1 124	285,5	1 041	261,5	1 332	331,0	1 111	282,2	1 407	346,1	339	34,1	73,3	28,4
Abitibi-Témiscamingue	400	269,8	536	360,7	464	311,4	495	331,5	413	275,8	462	309,8	408	271,6	13	3,3	6,1	2,2
Côte-Nord	318	332,5	325	340,7	340	356,6	296	310,7	334	350,8	323	338,3	271	285,1	17	5,2	18,3	5,5
Nord-du-Québec	26	179,5	29	205,4	45	319,9	37	263,8	34	243,5	34	242,2	26	188,9	9	33,3	64,0	35,7
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	138	148,3	152	163,7	131	141,3	141	152,3	116	125,4	136	146,2	118	128,1	-22	-15,9	-22,9	-15,4
Chaudière-Appalaches	701	166,5	805	190,3	929	218,5	938	219,5	1 044	243,1	883	207,8	1 023	237,0	343	48,9	76,6	46,0
Laval	924	218,1	1 085	252,7	1 117	256,7	1 240	281,2	1 325	296,7	1 138	261,6	1 284	284,0	402	43,5	78,6	36,1
Lanaudière	1 483	299,0	1 534	305,1	1 510	296,2	1 515	293,2	1 729	330,2	1 554	304,9	1 601	301,9	246	16,6	31,2	10,4
Laurentides	1 865	317,1	1 889	317,4	2 060	342,0	2 133	350,0	2 138	346,8	2 017	334,9	2 142	343,5	273	14,6	29,6	9,3
Montérégie	3 440	252,6	3 508	255,1	3 653	263,2	3 417	243,8	3 704	261,9	3 544	255,3	3 786	265,3	265	7,7	9,3	3,7
Nunavik	509	3 939,3	555	4 232,1	613	4 606,9	786	5 805,0	536	3 902,2	600	4 501,9	552	3 962,1	27	5,3	-37,2	-0,9
Terres-Cries-de-la-Baie-James	363	2 089,8	358	2 027,1	332	1 849,0	383	2 098,3	403	2 172,9	368	2 048,2	324	1 718,7	40	11,0	83,0	4,0
Région non précisée	0		0		0		0		2		0		0		2			
Province de Québec	23 191	282,0	24 569	296,3	25 415	304,1	26 644	316,3	28 390	334,5	25 642	306,8	28 159	329,3	5 199	22,4	52,5	18,6

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2019 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, ceux-ci continuent de constituer la majorité (56 % en 2018) 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 2014 et 2018 : +83 % pour les femmes et +75 % pour les hommes.

Parmi les cas déclarés chez les femmes, le groupe d'âge des 40 ans et plus comptait pour 3 % (419/14 908) des cas déclarés en 2014 et 5 % (801/17 139) en 2018; 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 % (839/8 219) des cas déclarés en 2014 et 14 % (1 550/11 159) en 2018. Il serait difficile d'émettre des hypothèses pour expliquer cette situation, mais ce constat justifie de suivre la progression de cette ITS chez les hommes et les femmes 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).

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

Recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> (Ct)	2013-2014	2017-2018	2018-2019
TAAN spécimen génital*	363 513	391 621	403 462
TAAN spécimen urinaire*	210 565	286 245	317 250
TAAN spécimen extragénital*	ND	81 296	90 459
Autres (culture, immunofluorescence)	1 027	497	554
Total	575 105	759 659	811 725

* 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 19 juillet 2019.

Parallèlement à une augmentation de 19 % des cas déclarés entre 2014 et 2018, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec^{12,13} a crû de 32 % entre l'année 2013-2014 et l'année 2017-2018. La tendance se poursuit en 2018-2019 avec une augmentation de 7 % 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

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 19 juillet 2019.

¹³ La majorité (86 % en 2013-14, 95 % en 2017-18 et 97 % en 2018-19 %) des TAAN effectués pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* détectent aussi le *Neisseria gonorrhoeae*.

même personne peut avoir plus d'un site prélevé pour un épisode d'infection déclaré.

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 36 % entre l'année 2013-2014 et l'année 2017-2018 et de 10 % entre 2017-2018 et 2018-2019. 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 usage¹⁴. 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 2017-2018 et 2018-2019¹⁵ correspond à 11 % de tous les tests de détection de cette infection pour cette période. Parallèlement, on retrouve une infection à au moins un site rectal ou pharyngé chez 9 % des cas déclarés en 2018.
- En 2018, 15 % des cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* déclarés chez des hommes sont des infections uniquement au rectum ou au pharynx (sans mention au fichier MADO d'un site d'infection génital). Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation des TAAN sur des prélèvements provenant de ces sites. Chez les hommes, le nombre d'infections uniquement au rectum ou au pharynx observé entre 2014 (746 cas) et 2018 (1 648 cas) représente une différence de 902 cas; ce nombre représente 31 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2014 et 2018 (2 940).
- Dans la région de Montréal, la croissance du nombre d'infections uniquement au site rectal ou pharyngé (de 577 en 2014 à 1 213 en 2018, soit 636 de plus) représente 49 % de l'augmentation du nombre de cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés entre 2014 et 2018 (1 307).
- La possibilité de détecter plus facilement les infections rectales et pharyngées semble donc contribuer à une fraction significative de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes.
- Chez les femmes, le nombre de cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* exclusivement au site rectal ou pharyngé est trop faible pour avoir une influence notable sur le taux d'incidence des cas déclarés, du moins jusqu'à maintenant.

¹⁴ 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.

¹⁵ 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 19 juillet 2010. 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.

- La majorité des laboratoires ayant recours aux TAAN pour la détection des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* utilisent des trousse détectant simultanément les deux infections. Cette pratique explique probablement la détection d'infections pharyngées à *Chlamydia trachomatis* puisqu'il n'est pas indiqué de dépister cette infection à ce site. 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 rectales et pharyngées.

4 Infection gonococcique : hausse importante du taux d'incidence de cas déclarés 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 quinze fois plus de cas en 2018 qu'en 1998.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2018

- En 2018, 7 520 cas ont été déclarés (taux de 89 pour 100 000 personnes), dont 78 % sont des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 3,5 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 22 % des cas masculins et 46 % des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1,7 pour 1.
- En ce qui concerne les cas masculins, les jeunes de 20 à 29 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (426 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 96 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 105 pour 100 000.
- Pour ce qui est des cas féminins, les femmes âgées de 15 à 24 ans ont un taux d'incidence de 171 pour 100 000. Ce taux est sept fois plus élevé que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge, qui est de 23 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).
- Un peu plus de la moitié (57 %) 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 (211 pour 100 000 personnes) est quatre fois (4,2 fois) plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 50 pour 100 000 personnes).
 - Le rapport hommes/femmes est de 6,7 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 (371 pour 100 000 personnes) est 5,6 fois plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 66 pour 100 000 personnes);
 - Le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (54 pour 100 000 personnes) est 1,6 fois plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 34 pour 100 000 personnes);
 - Une infection uniquement à des sites rectaux ou pharyngés a été rapportée dans 73 % (2 712/3 727) des cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes de Montréal par rapport à 49 % (1 046/2 117) des cas déclarés 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 21 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 16 pour 100 000.

4.2 Tendances des cinq dernières années (2014-2018)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a plus que doublé entre 2014 et 2018 (+121 %). La hausse a été nettement plus marquée chez les hommes (+138 %) que chez les femmes (+75 %). Ceci se traduit par un rapport hommes/femmes qui est passé de 2,6/1 en 2014 à 3,5/1 en 2018. Selon les projections, le taux global pour 2019 sera légèrement inférieur (-4 %) à celui de 2018. Chez les hommes, une diminution du taux (-6 %) est prévue pour 2019. Chez les femmes, les taux de 2019 seront similaires à ceux de 2018. Si ces observations se confirment, ce serait la première baisse observée chez les hommes depuis les 8 dernières années.
- Entre 2014 et 2018, 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 95 % pour les hommes de 15 à 24 ans et les taux d'incidence ont plus que doublé dans tous les autres groupes d'âge, soit des hausses de 119 % (25-29 ans), de 186 % (30 à 29 ans) et de 181 % (40 ans et plus).
- Chez les hommes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 589 en 2014 à 1 865 en 2018, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 715 à 2 562 au cours de la même période. Entre 2014 et 2018, le nombre de déclarations de cas d'infections gonococciques uniquement aux sites rectaux ou pharyngés (sans autre site avec résultat positif) chez les hommes est passé de 1 122 à 3 318 soit une augmentation de 196 %.
- Entre 2014 et 2018, 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 54 % chez celles âgées de 15 à 24 ans. La hausse est de 107 % chez les femmes âgées entre 25 et 29 ans, de 202 % chez les femmes âgées de 30 à 39 ans et de 178 % chez celles de 40 ans et plus (de 65 cas à 189 cas).
- Chez les femmes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 15 en 2014 à 69 en 2018, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 62 à 327 au cours de la même période. Entre 2014 et 2018, le nombre de déclarations de cas d'infections gonococciques uniquement aux sites rectaux ou pharyngés (sans autre site avec résultat positif) chez les femmes est passé de 60 à 238 soit une augmentation de 297 %.
- Au cours de la période 2014-2018, des hausses sont observées dans toutes les régions, sauf celles de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (-14 %) et Terres-Cries (-23 %). Les hausses les plus importantes se trouvent dans les régions de Chaudière-Appalaches (+187 %), Outaouais (+177 %), et Capitale-Nationale (+157 %).

Tableau 6 Infections à *Neisseria gonorrhoeae* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2014 et 2018

Cas avec information disponible sur le site*	Hommes*				
	2014 (N = 2 266)		2018 (N = 5 697)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	589	26 %	1 865	33 %	+7 %
Seulement rectum	486	21 %	1 070	19 %	-2 %
Seulement rectum et pharynx	43	2 %	568	10 %	+8 %
Pharynx**	715	32 %	2 562	45 %	+13 %
Seulement Pharynx	593	26 %	1 680	29 %	+3 %
Sites extragénitaux**	1248	55 %	3 758	66 %	+11 %
Seulement rectum ou pharynx	1122	49 %	3 318	58 %	+9 %
Cas avec information disponible sur le site*	Femmes*				
	2014 (N = 750)		2018 (N = 1 556)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	15	2 %	69	4 %	+2 %
Seulement rectum	11	1,5 %	20	1,3 %	-0,2 %
Seulement rectum et pharynx	1	0,1 %	11	0,7 %	+0,5 %
Pharynx**	62	8 %	327	21 %	+13 %
Seulement Pharynx	48	6 %	207	13 %	+7 %
Sites rectum ou pharynx**	74	10 %	370	24 %	+14 %
Seulement rectum ou pharynx	60	8 %	238	15 %	+7 %

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

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

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 2018¹⁶, le LSPQ est en mesure de présenter des analyses de sensibilité pour 1 836 souches, dont 83 % avaient été isolées chez des hommes. Les constats suivants se dégagent des analyses réalisées pour l'année 2018 :

¹⁶ Lefebvre, B., Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Communication personnelle, septembre 2019.

- 74 % des souches analysées au LSPQ étaient résistantes à la ciprofloxacine^{17,18}; entre 2010 et 2017, cette proportion a varié entre 32 % et 67 %;
- Une souche analysée en 2017 était non sensible à la ceftriaxone¹⁹. 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 (C3G) [Lefebvre et coll. 2018].
- Selon les critères du Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), aucune souche non sensible aux céphalosporines de 3^e génération (C3G) n'a été identifiée en 2018.
- Selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 6 souches (0,4 %) isolées chez 5 femmes et 1 homme démontraient une sensibilité réduite à la céfixime en 2018. Cette proportion était de moins de 1 % entre 2010 et 2017 à l'exception de 2015 (1,9 %).
- De plus, une souche isolée en 2018 (0,1 %) chez une femme montrait une 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. Aucune souche avec sensibilité réduite à la ceftriaxone n'avait été identifiée en 2017.
- On a compté 506 souches (27,6 %) résistantes à l'azithromycine en 2018, dont près de la moitié (220 soit 44 %) avait été isolée chez des hommes de la région de Montréal. Les autres souches concernent des hommes et des femmes de 13 autres régions du Québec. La proportion de souches résistantes à l'azithromycine est de 26 % parmi les souches isolées chez les hommes (394/1 521) et 35 % parmi les souches isolées chez des femmes (107/302).

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 2014²⁰. 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 2018, 19 cas (quatorze dans le cadre de la vigie et 6 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.

¹⁷ Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec.

¹⁸ Lefebvre et Coll., 2018- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29131780>

¹⁹ 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

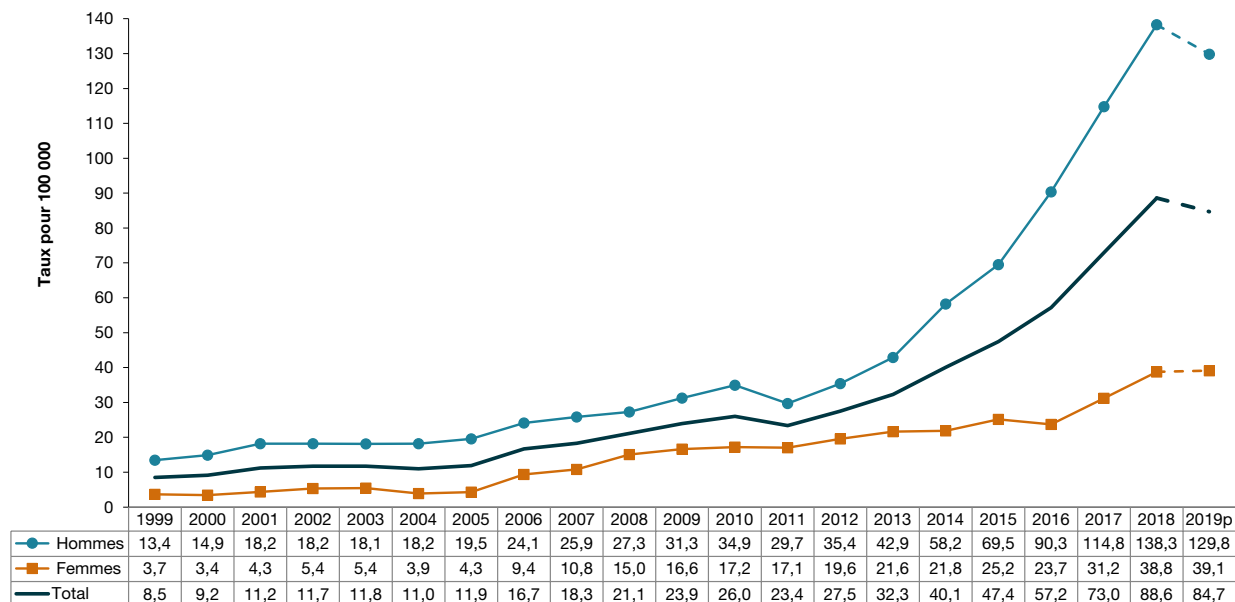
²⁰ Pour plus d'informations notamment sur l'ensemble des cas d'échecs de traitement rapportés depuis novembre 2014, consulter le Rapport de la vigie des échecs de traitement de l'infection gonococcique. 20 novembre 2014 au 31 décembre 2017. S Venne, MSSS mai 2018.

Sommaire des caractéristiques des 19 cas d'échecs de traitement rapportés au Québec pour 2018 :

- Les cas ont été rapportés par cinq régions (un à huit chacune);
- On retrouve quatre femmes et quinze hommes;
- Parmi les cas masculins, 60 % (9/15) sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), dont un ayant aussi des partenaires féminines. Les autres cas sont des hommes rapportant seulement des partenaires féminines.
- Les sites d'échecs de traitement sont les suivants : un site génital (urine, urètre, col ou vagin) pour 11 cas, le pharynx pour 5 cas, le rectum pour 2 cas et un cas avec un échec à deux sites soit l'urine et l'anus.
- La majorité des cas (15/19) ont eu un prélèvement pour culture en plus de prélèvements pour TAAN soit à la visite initiale ou lors du suivi. Ainsi malgré un contexte d'échec de traitement, 21 % n'avaient eu aucun prélèvement pour culture.
- Des souches avec résultats d'analyses de sensibilité ont été obtenues pour onze cas (58 %). Parmi ceux-ci, on compte cinq souches avec résistance à l'azithromycine (45 %), neuf souches avec résistance à la ciprofloxacine (82 %). Parmi les 8 souches pour lesquelles l'information est disponible sur la sensibilité à la tétracycline, 7 (88 %) montraient une sensibilité intermédiaire ou résistance à cet antibiotique. Par ailleurs, toutes les souches étaient sensibles à la céfixime et à la ceftriaxone.
- En se basant sur les recommandations de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux²¹ (INESSS).
 - parmi les 14 cas d'échecs de traitement au site génital ou rectal, 12 avaient reçu un traitement initial approprié : céfixime 800 mg et azithromycine 1 g (5 cas) ou ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g (7 cas). Pour 2 autres cas, le traitement initial comprenait une combinaison de ciprofloxacine et azithromycine.
 - parmi les 5 cas d'échecs de traitement au site pharyngé, un seul avait initialement reçu le traitement optimal pour ce site (ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g). Deux cas avaient reçu un traitement recommandé pour une infection génitale (céfixime 800 mg et azithromycine 1 g), un cas avait reçu une monothérapie à l'azithromycine, et un cas avait reçu une dose d'azithromycine 1 g et du Sulfaméthoxazole 800 mg et triméthoprime 160 mg deux fois par jour pour 10 jours.

²¹ INESSS. Guide de traitement optimal des infections non compliquées à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf

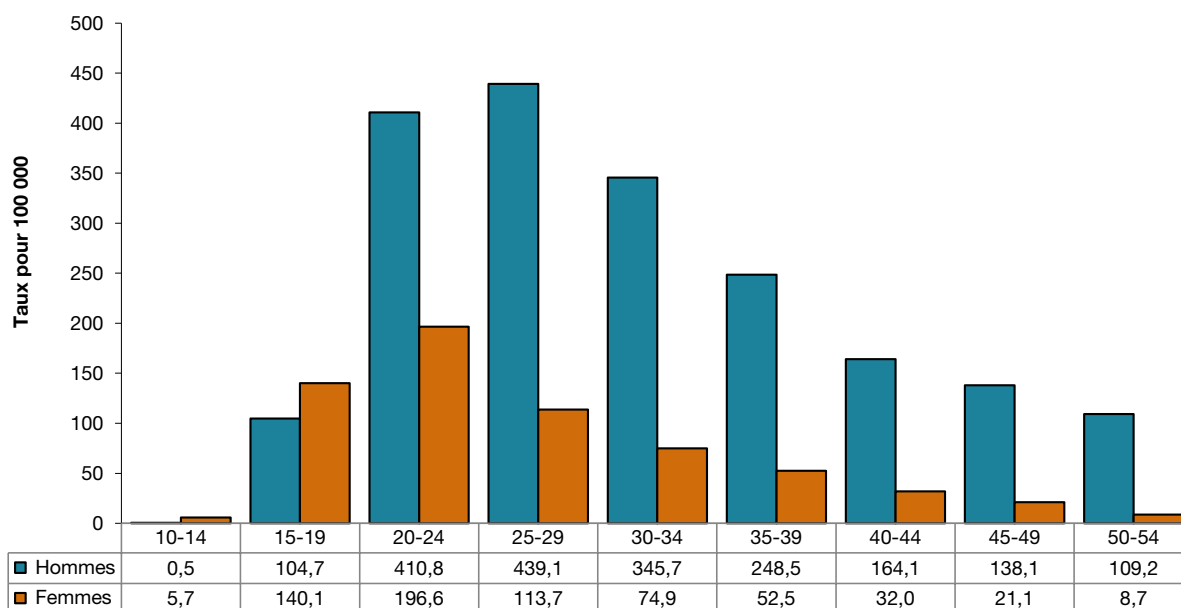
Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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).

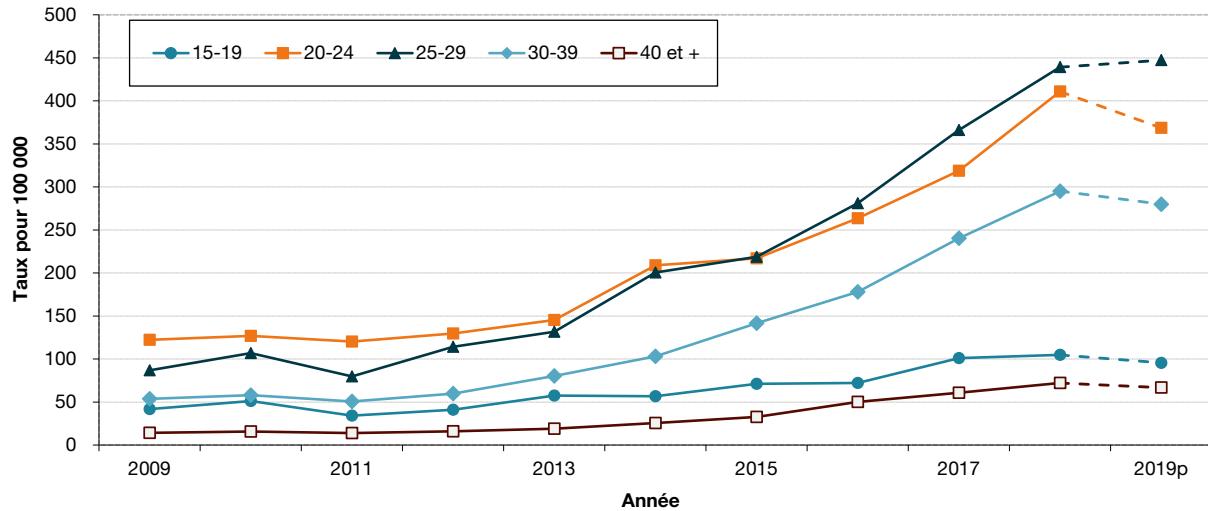
Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2018



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

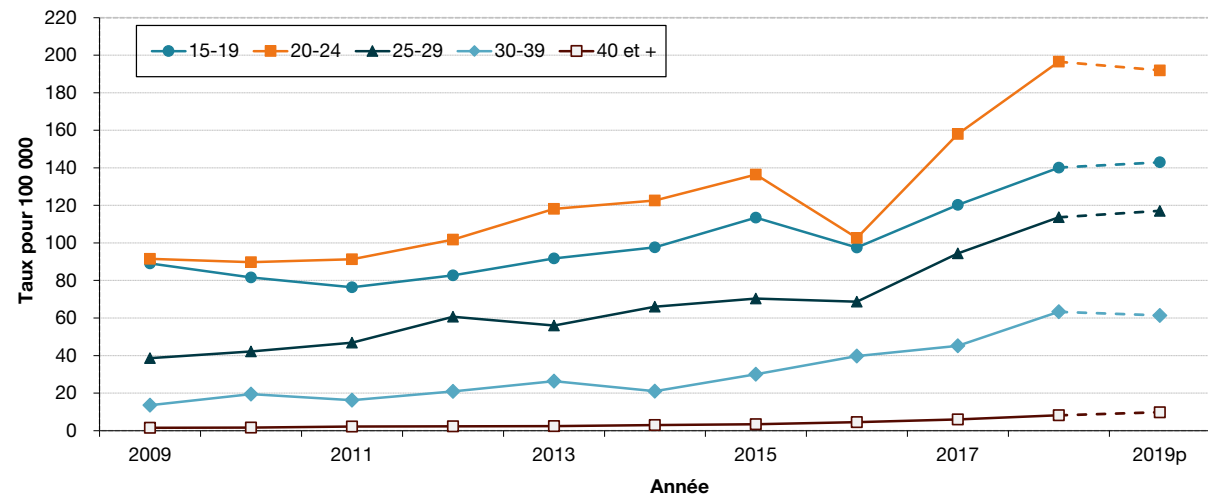
Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2008 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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 9 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2009 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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 7 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2014 à 2019p

Région	2014		2015		2016		2017		2018		Moyenne 2014-2018		2019p		Variation 2018-2014			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	10	5,0	14	7,0	19	9,5	17	8,5	25	12,4	17	8,5	36	18,0	15	150,0	7,5	150,2
Saguenay—Lac-Saint-Jean	22	7,9	24	8,6	25	9,0	37	13,3	42	15,0	30	10,8	33	11,8	20	90,9	7,1	90,2
Capitale-Nationale	176	24,0	152	20,6	267	36,0	422	56,4	464	61,6	296	39,9	386	50,9	289	164,4	37,6	156,5
Mauricie et Centre-du-Québec	86	16,9	94	18,4	89	17,4	133	25,9	156	30,2	112	21,8	201	38,7	70	81,4	13,3	78,4
Estrie	61	12,9	71	14,9	116	24,2	139	28,8	154	31,7	108	22,6	215	44,0	93	152,5	18,8	145,5
Montréal	1728	87,4	2213	111,1	2728	135,9	3564	176,3	4301	211,3	2907	144,9	4066	198,5	2574	149,0	123,9	141,8
Outaouais	90	23,2	90	23,1	120	30,5	238	59,8	259	64,4	159	40,5	301	74,0	170	189,4	41,1	177,1
Abitibi-Témiscamingue	23	15,5	25	16,8	16	10,7	42	28,1	58	38,7	33	22,0	64	42,7	35	152,2	23,2	149,7
Côte-Nord	7	7,3	10	10,5	7	7,3	4	4,2	11	11,6	8	8,2	2	1,7	4	57,1	4,2	57,6
Nord-du-Québec	0	0,0	1	7,1	8	56,9	4	28,5	3	21,5	3	22,7	5	35,4	3	ND	21,5	ND
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	7	7,5	6	6,5	4	4,3	10	10,8	6	6,5	7	7,1	10	10,7	-1	-14,3	-1,0	-13,8
Chaudière-Appalaches	26	6,2	33	7,8	71	16,7	80	18,7	76	17,7	57	13,5	51	11,8	50	192,3	11,5	186,5
Laval	127	29,9	145	33,8	202	46,4	206	46,7	261	58,5	188	43,2	283	62,6	135	106,3	28,6	95,7
Lanaudière	158	31,9	150	29,8	148	29,0	184	35,6	281	53,7	184	36,1	278	52,4	123	77,8	21,8	68,5
Laurentides	153	25,9	174	29,2	175	29,1	232	38,1	353	57,3	217	36,1	344	55,1	201	131,5	31,3	120,8
Montréal	395	29,0	437	31,8	452	32,6	528	37,7	780	55,2	518	37,3	664	46,5	386	97,7	26,2	90,3
Nunavik	189	1458,9	250	1906,4	285	2141,9	280	2067,9	257	1871,0	252	1892,2	291	2087,2	69	36,3	412,1	28,3
Terres-Cries-de-la-Baie-James	40	230,3	43	243,5	47	261,8	25	137,0	33	177,9	38	209,4	12	61,1	-7	-17,5	-52,4	-22,7
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	3295	40,1	3932	47,4	4779	57,2	6145	73,0	7520	88,6	5134	61,4	7241	84,7	4225	128,2	48,5	121,1

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2019 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 8 Tests de détection de *Neisseria gonorrhoeae* réalisés au Québec

Recherche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (Ng)	2013-2014	2017-2018	2018-2019
TAAN spécimen génital*	304 066	363 802	391 398
TAAN spécimen urinaire*	192 735	276 691	312 284
TAAN spécimen extragénital*	ND	81 193	90 357
Culture	86 958	90 541	87 416
Total	583 759	812 227	881 445

* Inclut 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 2019.

- Ainsi, parallèlement à une hausse de 121 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2014 et 2018, le nombre total d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* (cultures et TAAN) a augmenté de 39 % entre 2013-2014 et 2017-2018²². 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 TAAN détectant simultanément le *Neisseria gonorrhoeae*. Après avoir diminué considérablement entre 2000 et 2013 (-40 %), le nombre de cultures a augmenté de 4 % entre 2013-2014 et 2017-2018, mais a diminué de 3 % entre 2017-2018 et 2018-2019.
- 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 2018, 3 318 cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes sont des infections uniquement extragénitales (sans mention d'autres sites d'infection) alors que 1 122 l'étaient en 2014. Le nombre de cas d'infections uniquement extragénitales qui se sont ajoutés entre 2014 et 2018 (2 196 cas) représente 63 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2014 et 2018 (3 465). 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 (donnée non disponible avant cette période) et on en compte 81 193 en 2017-2018. 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 81 193 tests de détection de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN sur

²² 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, 19 juillet 2019. 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.

des prélèvements provenant de sites extragénitaux réalisés en 2017-2018²³ correspondent à 10 % de tous les tests de détection de cette infection.

- Chez les femmes, l'augmentation du nombre de cas d'infections gonococciques exclusivement extragénitales (60 en 2014 et 238 en 2018) représente 24 % de l'augmentation du nombre de cas entre 2014 et 2018 (178/748).

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 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.

Tel que le recommande l'OMS²⁴, 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 les impacts de cette résistance telle que 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 en laboratoire) 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.

Des mesures ont été mises en place au Québec pour compléter les activités de surveillance de la résistance aux antibiotiques 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 aspect²⁵.

²³ 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.

²⁴ 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], [\[http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503501_eng.pdf\]](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503501_eng.pdf) (Consulté le 29 octobre 2013).

²⁵ MSSS. S Venne. Rapport de la vigie des échecs de traitement de l'infection gonococcique. 24 novembre 2014 au 31 décembre 2018 Mai 2019 <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/vigie-des-echecs-de-traitement-de-l-infection-gonococcique-au-quebec-0>

Le nombre de cas d'échecs de traitement rapportés en 2018 (19 cas) est plus élevé qu'en 2017 (12 cas). Même s'il est possible que cette augmentation soit en lien avec la progression de la résistance, on ne peut conclure d'emblée à une progression des échecs de traitement survenant réellement parmi l'ensemble des cas puisque la surveillance mise en place est influencée par les pratiques cliniques (réalisation de tests de contrôle impliquant non seulement la pratique clinique, mais aussi l'observance des personnes infectées), par les pratiques de santé publique (enquêtes épidémiologiques) et par le taux de participation au sein du réseau sentinelle.

Les résultats de la surveillance des échecs de traitement montrent que, parmi les 11 cas où les analyses de sensibilité de la souche étaient disponibles, une résistance à un des antibiotiques utilisés lors du traitement initial était démontrée en laboratoire pour cinq cas (45 %), donc que la souche était sensible aux antibiotiques utilisés dans 55 % des cas.

La majorité (74 %) des échecs de traitement rapportés sont survenus à un site génital ou rectal, et parmi ceux-ci 12/14 avaient reçu un traitement initial respectant les recommandations.

Parmi les 5 échecs de traitement au site pharyngés, un seul avait initialement reçu le traitement recommandé pour ce site. Parmi les 4 autres cas, deux avaient consulté dans un contexte de contact avec un partenaire infecté et un avait consulté pour symptômes d'urétrite, ce qui peut expliquer que la ceftriaxone n'avait pas été utilisée.

La surveillance de la résistance aux antibiotiques combinée à celle de ses impacts possibles (échecs de traitement) permet d'ajuster les recommandations thérapeutiques. Au Québec, l'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 effectuées²⁶ dont la plus récente en avril 2018.

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 tests de contrôle ne sont pas effectués pour tous les cas même s'il est recommandé de le faire. Dans le contexte de progression de la résistance aux antibiotiques et de surveillance des échecs de traitement, des efforts ont été consentis au sein du réseau sentinelle pour favoriser la réalisation de tests de contrôle. Malgré cela, au sein du réseau sentinelle en 2018, un test de contrôle n'a pas été effectué pour 37 % des cas chez les hommes et 43 % des cas chez les femmes. Il est raisonnable de penser que cette proportion pourrait être plus élevée parmi l'ensemble des cas déclarés d'infection gonococcique. Les échecs de traitement sont ainsi possiblement sous-estimés.

²⁶ 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).

5 Syphilis infectieuse : hausse préoccupante chez les femmes — sept cas déclarés de syphilis congénitale depuis 2016 — la hausse reprend chez les hommes en 2019

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 2018, on retrouve deux fois plus de femmes (91 cas) qu'au cours des cinq dernières années (moyenne de 39 cas/année). Ces femmes sont généralement en âge de procréer et cinq cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2016-2018 auxquels s'ajoutent deux cas rapportés en 2019.

5.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2018

- Au total, 938 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2018 (taux de 111 pour 100 000 personnes); parmi ceux-ci, 25 % étaient des cas de syphilis primaire, 28 % des cas de syphilis secondaire et 47 % des cas de syphilis latente précoce.
- La presque totalité des cas (90 %) concerne des hommes.
- Parmi les cas masculins, 9 % sont âgés de 15 à 24 ans, 41 % ont entre 25 et 39 ans et 50 % ont 40 ans ou plus. L'âge médian des cas masculins est de 40 ans. Les taux les plus élevés correspondent aux hommes de 25 à 29 ans (44 pour 100 000), suivis de ceux de 30 à 34 ans (38 pour 100 000) et de 35 à 39 ans (36 pour 100 000).
- On compte 91 femmes, dont 89 % (81/91) sont en âge de procréer (entre 15 et 49 ans). L'âge médian des cas féminins est de 29 ans.
- Avec 57 % des cas du Québec, la région de Montréal continue d'afficher en 2018 le plus haut taux d'incidence de cas déclarés (24 pour 100 000 personnes), après la région du Nunavik (116 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. En 2018, 16 cas de syphilis infectieuses ont été déclarés, chez 8 hommes et 8 femmes; 81 % (13/16) étaient âgés entre 15 et 34 ans.
- En 2018, on retrouve des cas de syphilis infectieuse dans toutes les régions du Québec, sauf en Abitibi-Témiscamingue et dans la région Nord-du-Québec. En excluant la région de Montréal, le taux d'incidence de syphilis infectieuse du reste du Québec pour l'année 2018 est de 6,8 pour 100 000.

5.2 Syphilis congénitale

Au Québec, en date du 22 octobre 2019, deux cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2019, un cas en 2018, un cas en 2017 et trois cas en 2016.

Cas déclarés en 2019

- Nouveau-né sans manifestations 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 lors de l'accouchement.
- Nouveau-né avec manifestations cliniques telles qu'hépatomégalie, desquamation de la paume des mains et la plante des pieds, radiographie des os longs compatibles avec syphilis congénitale. La mère avait eu un premier dépistage de la syphilis en début de grossesse avec résultat négatif. Elle ne s'est pas présentée aux rendez-vous de suivi de grossesse jusqu'à 34 semaines de grossesse; elle a alors eu un deuxième dépistage en fin de grossesse qui s'est avéré positif; le traitement a été initié et elle a pu recevoir trois doses, dont la dernière quelques jours avant l'accouchement.

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 (2014-2018)

- Une hausse du taux d'incidence de cas déclarés de 54 % est observée entre 2014 et 2018. Depuis la résurgence de la syphilis en 2002, la tendance n'est pas linéaire et reflète essentiellement l'évolution de l'épidémiologie chez les hommes. Une stabilisation semblait se dessiner entre 2016 et 2018, mais, selon les projections pour l'année 2019, la hausse reprend en 2019.
- Chez les hommes, une hausse globale (+ 45 %) du taux d'incidence des cas déclarés a été observée entre 2014 et 2018. D'abord, on observe une hausse constante entre 2002 et 2006, avec une baisse en 2007 et une reprise de la hausse jusqu'en 2012. Une tendance à la baisse semblait s'amorcer en 2013 et 2014, mais le taux observé en 2016 était le plus élevé depuis 1984. Entre 2016 et 2017, et entre 2017 et 2018, une légère diminution a été observée. Par contre, selon les projections pour l'année 2019, le taux sera le plus élevé jamais enregistré au Québec depuis 1984.
- Chez les hommes, des augmentations sont observées dans tous les groupes d'âge entre 2014 et 2018 : hausse de 8 % chez les 15 à 24 ans, de 47 % chez les 25-29 ans, de 36 % chez ceux de 30 à 39 ans et de 64 % chez les 40 ans ou plus. Il faut toutefois interpréter ces observations avec prudence compte tenu de la fluctuation des tendances d'une année à l'autre au cours de cette période.
- Chez les femmes, de 2014 à 2018, le nombre annuel de cas fluctue entre 21 (2015) et 91 cas (2017), mais une tendance à la hausse se dégage. Le nombre annuel moyen de cas était de 31 entre 2014 et 2016 et se situe à 69 en 2017 et 91 en 2018 soit presque le triple qu'en 2014-2016. Selon les projections pour l'année 2019, l'augmentation se poursuit (122 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 2014 et 2018 sont observées dans neuf régions du Québec. Outre le Nunavik qui est en contexte d'éclosion depuis fin 2016, les plus fortes augmentations concernent les régions de l'Outaouais (+ 296 % passant de 15 à 62 cas), de Laval (+ 249 % passant de 10 à 35 cas), et de l'Estrie (+ 176 % passant de 19 à 54 cas). À Montréal, la hausse est de 41 %.

5.4 Vigie à l'échelle provinciale portant sur les cas de syphilis infectieuse

Dans le contexte de la hausse des cas déclarés chez les femmes, 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.

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 risque²⁷ 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.

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 200 en 2014 à 603 cas en 2018, soit une augmentation de 201 %. La proportion des jeunes de 15 à 24 ans parmi ces cas est passée de 8 % en 2014 à 4 % en 2018.
- Le nombre de cas déclarés de neurosyphilis est passé de 22 en 2014 à 44 en 2018, soit le double.
- De 2014 à 2018, le nombre de cas de syphilis sans précision est passé de 113 cas à 482 soit une augmentation de 326 %. Entre 2014 et 2018, la proportion de jeunes de 15 à 24 ans parmi ces cas fluctue entre 6 % et 10 %.

Les complications de la syphilis (syphilis tertiaire) surviennent généralement plusieurs années après l'infection initiale. Ainsi, étant donné que la résurgence de la syphilis infectieuse date de plus de quinze ans, il importe de surveiller la survenue de complications tardives de l'infection, lesquelles pourraient augmenter le fardeau de la maladie. On retrouve 22 cas de syphilis tertiaire (excluant la neurosyphilis) déclarés entre 2014 et 2018, dont 59 % (13/22, 9 hommes et 4 femmes) concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus. Les autres cas (deux femmes et sept hommes) sont âgés entre 28 et 59 ans pour une moyenne de 43 ans.

Ainsi, parallèlement à l'augmentation de 54 % du taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse entre 2013 et 2017, une augmentation de 232 % (de 342 cas à 1 135 cas) du nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuses ou sans précisions est observée.

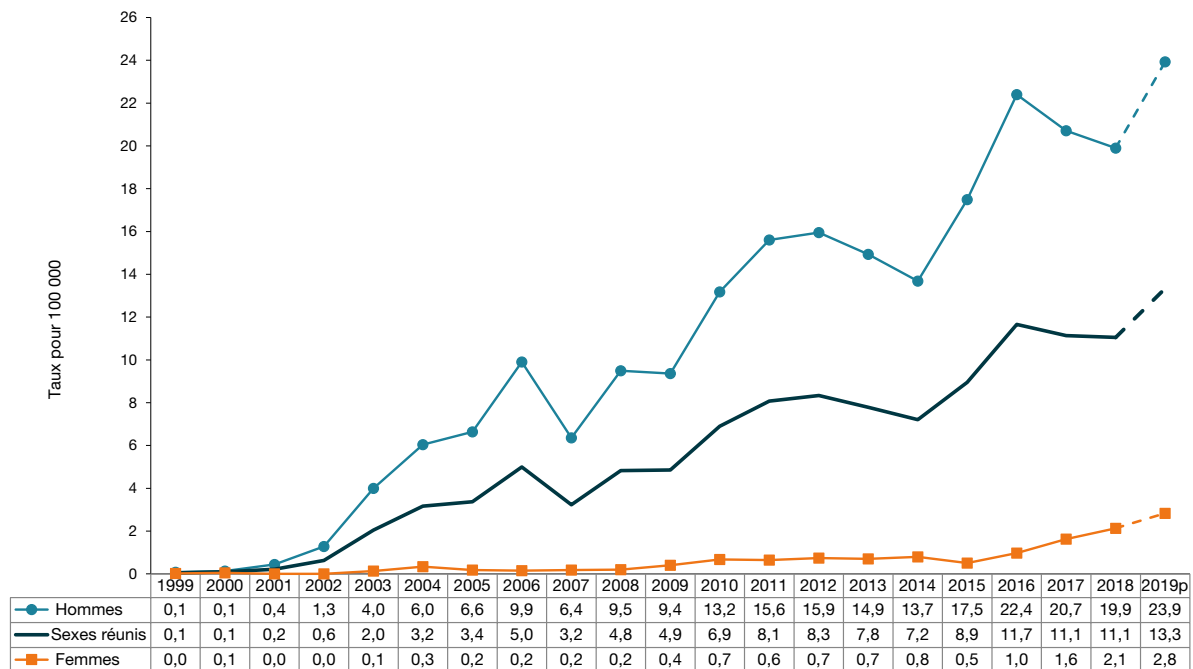
²⁷ Facteurs de risque du partenaire mentionnés dans le questionnaire utilisé : être un HARSAH, être un usager de drogues, être un travailleur ou une travailleuse du sexe, avoir de multiples partenaires, avoir des relations sexuelles à l'étranger.

Tableau 9 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2014 à 2018

Hommes	2014	2015	2016	2017	2018
Syphilis latente tardive	132	146	202	251	419
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	12 (9 %)	10 (7 %)	12 (6 %)	9 (4 %)	17 (4 %)
Neurosyphilis	20	29	35	30	39
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	5	0	3	4	4
Syphilis sans précision	83	75	183	415	391
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	4 (5 %)	8 (11 %)	15 (8 %)	31 (7 %)	23 (6 %)
Femmes					
Syphilis latente tardive	67	57	84	139	179
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	3 (4 %)	9 (16 %)	6 (7 %)	8 (6 %)	4 (2 %)
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	43 (64 %)	42 (74 %)	52 (62 %)	91 (65 %)	87 (49 %)
Neurosyphilis	2	3	0	4	5
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	0	0	3	1	2
Syphilis sans précision	28	28	27	65	91
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	2 (7 %)	2 (8 %)	1 (4 %)	2 (3 %)	5 (5 %)
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	13 (46 %)	10 (42 %)	12 (44 %)	28 (43 %)	34 (37 %)
Sexes réunis					
Syphilis latente tardive	200	203	288	391	603
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	16 (8 %)	19 (9 %)	18 (6 %)	17 (4 %)	22 (4 %)
Neurosyphilis	22	32	35	34	44
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	5	0	6	5	6
Syphilis sans précision	113	100	212	481	482
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	7 (6 %)	10 (10 %)	16 (8 %)	33 (7 %)	28 (6 %)
Total syphilis non-infectieuses et sans précisions	342	336	542	912	1 135

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

Figure 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p

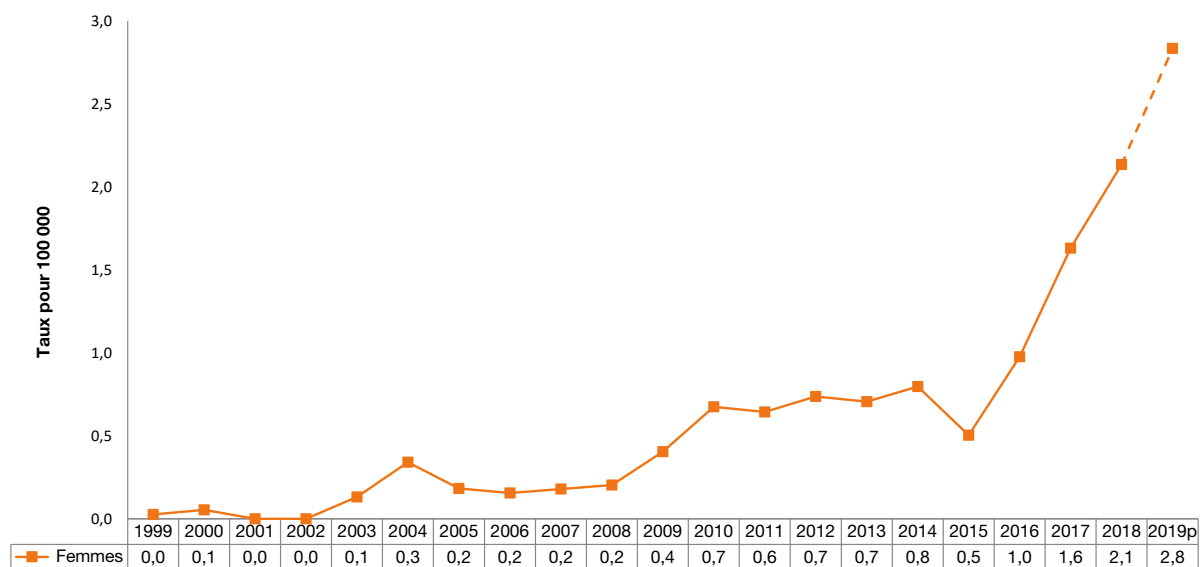


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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 chez les femmes, Québec, de 1999 à 2019p

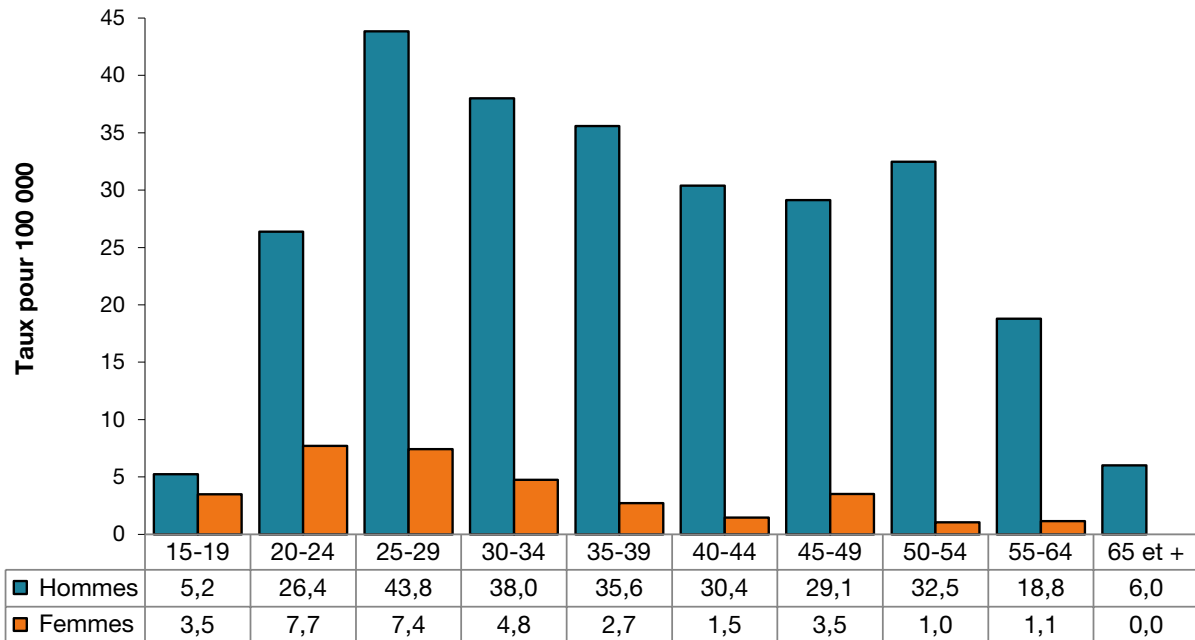


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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 12 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2018

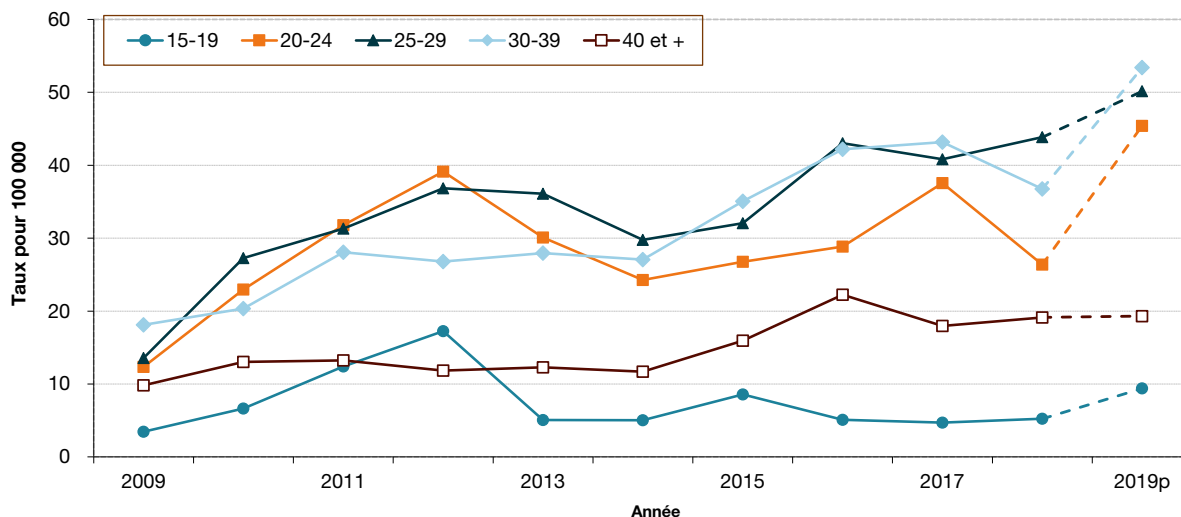


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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 13 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2009 à 2019p

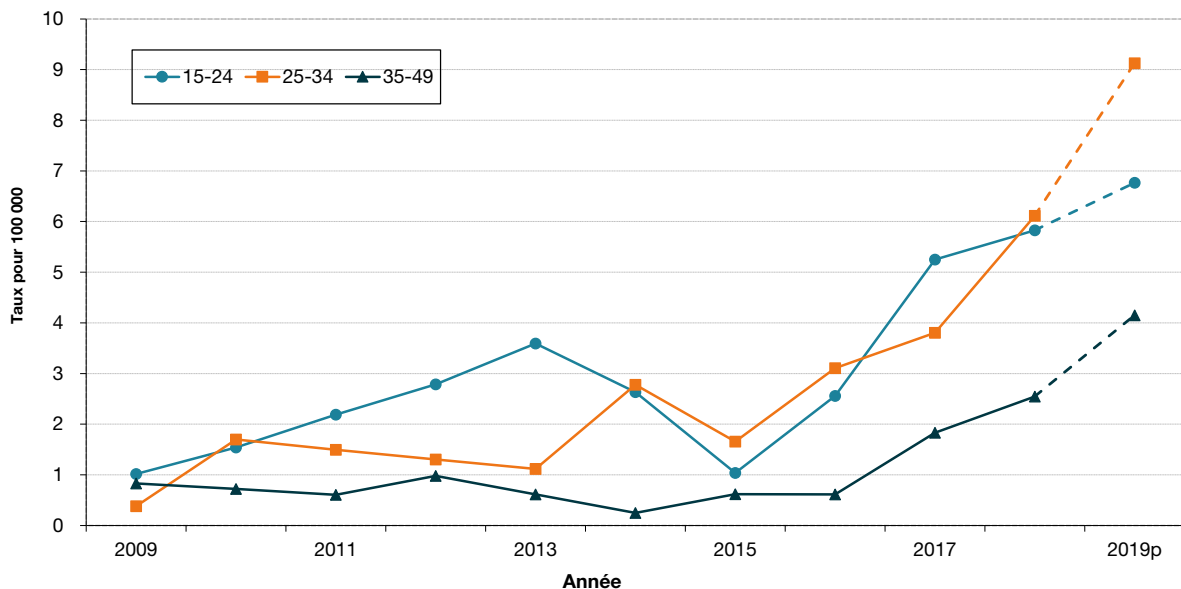


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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 14 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2009 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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 10 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 2014 à 2019p

Région	2014		2015		2016		2017		2018		Moyenne 2014-2018		2019p		Variation 2018-2014			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	4	2,0	6	3,0	2	1,0	2	1,0	5	2,5	4	1,9	5	2,5	1	25,0	0,5	25,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	3	1,1	16	5,7	26	9,3	18	6,4	7	2,5	14	5,0	8	2,9	4	133,3	1,4	132,5
Capitale-Nationale	70	9,6	71	9,6	51	6,9	69	9,2	54	7,2	63	8,5	62	8,2	-16	-22,9	-2,4	-25,2
Mauricie et Centre-du-Québec	14	2,8	19	3,7	25	4,9	32	6,2	14	2,7	21	4,1	13	2,5	0	0,0	0,0	-1,7
Estrie	19	4,0	28	5,9	22	4,6	27	5,6	54	11,1	30	6,3	38	7,7	35	184,2	7,1	176,4
Montréal	344	17,4	432	21,7	605	30,1	502	24,8	497	24,4	476	23,7	633	30,9	154	44,7	7,0	40,5
Outaouais	15	3,9	11	2,8	37	9,4	36	9,0	62	15,4	32	8,2	41	10,1	47	313,3	11,5	295,8
Abitibi-Témiscamingue	10	6,7	2	1,3	2	1,3	5	3,3	0	0,0	4	2,6	3	2,2	-10	-100,0	-6,7	-100,0
Côte-Nord	1	1,0	0	0,0	3	3,1	1	1,0	2	2,1	1	1,5	2	1,7	1	100,0	1,1	100,6
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	1	1,1	3	3,2	0	0,0	1	1,1	1	1,1	2	1,8	1	ND	1,1	ND
Chaudière-Appalaches	15	3,6	17	4,0	14	3,3	18	4,2	9	2,1	15	3,4	13	3,0	-6	-40,0	-1,5	-41,2
Laval	10	2,2	15	3,5	20	4,6	27	6,1	35	7,8	21	4,9	28	6,2	26	268,4	5,6	249,4
Lanaudière	22	4,4	29	5,8	28	5,5	30	5,8	23	4,4	26	5,2	28	5,3	1	4,5	0,0	-1,0
Laurentides	17	2,9	26	4,4	32	5,3	29	4,8	38	6,2	28	4,7	41	6,6	21	123,5	3,3	113,2
Montérégie	50	3,7	69	5,0	103	7,4	110	7,9	120	8,5	90	6,5	155	10,8	70	140,0	4,8	131,1
Nunavik	0	0,0	0	0,0	1	7,5	32	236,3	16	116,5	10	73,6	69	495,3	16	ND	116,5	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,4	0	1,1	0	0,0	1	ND	5,4	ND
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	593	7,2	742	8,9	974	11,7	938	11,1	938	11,1	837	10,0	1141	13,3	345	58,2	3,8	53,3

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas pour 2019 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 90 % des cas. Selon les informations disponibles, la plupart de ces hommes sont des HARSAH. Une stabilisation du nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes a été observée entre 2016 et 2018, mais selon les projections pour 2019, la hausse reprend en force. 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 2018, un nombre accru de déclarations de syphilis latente tardive et de syphilis sans précisions²⁸ a été observé chez les hommes : le nombre de cas pour ces deux classifications est passé de 385 en 2016 à 810 en 2018. 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 »).

Chez les femmes, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuses a connu un bond en 2017 et en 2018 et la majorité des cas (respectivement 87 % et 81 %) concerne des femmes en âge de procréer. Selon les projections, cette augmentation se poursuit en 2019. L'éclosion récente survenue au Nunavik contribue en partie à l'augmentation du nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés chez les femmes en 2017 et 2018. Toutefois, même en excluant les cas féminins du Nunavik (8 femmes), le nombre de cas rapporté en 2018 dans les autres régions (83) demeure largement plus élevé que le nombre moyen pour les années précédentes (39).

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 64 en 2014 à 121 en 2018. 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 : cinq cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2016-2018 et deux autres 2019 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 avec un taux de 16 cas par 100 000. 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. Depuis 2013, les taux de ce groupe d'âge fluctuent entre 9 et 15 cas par 100 000 sans qu'une tendance claire ne se dégage. Le potentiel de propagation est présent et la hausse observée chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans entre 2014 et 2018 en témoigne.

²⁸ 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.

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

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 les seules opportunités 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^{29,30,31}. 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.

²⁹ 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.

³⁰ Golden, M.R., E. Fazelid et N. Low. Partner Notification for Sexually Transmitted Infections Including HIV Infection : An Evidence Based Assessment, *Sexually Transmitted Diseases*, 4e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, Chap. 54, p. 965-984.

³¹ Hogben, M., Paffel, J., Broussard, D., et collab. (2005) Syphilis partner notification with men who have sex with men : a review and commentary. *Sex Transm Dis*, 32(10 Suppl), S43-7.

6 Lymphogranulomatose vénérienne : l'épidémie s'installe

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 résurgence a été observée à l'été 2013 avec un pic en 2016. Le nombre de cas déclarés au cours des dernières années suggère que l'épidémie serait maintenant bien installée. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2018

- On recense 90 cas masculins en 2018, ce qui équivaut à un taux de 2,1 cas pour 100 000 hommes. Aucun cas féminin ou transsexuel³² n'a été déclaré en 2018.
- Le génotype L2b compte pour 100 % des cas pour lesquels l'information est connue.
- La répartition selon le groupe d'âge parmi les cas masculins est la suivante : 2 cas (2 %) ont entre 15 et 24 ans, 29 (32 %) entre 25 et 34 ans, 26 (29 %) entre 35 et 44 ans et finalement, 33 (37 %) ont 45 ans ou plus.
- Parmi les cas déclarés en 2018, 75/90 (83 %) ont été enregistrés dans la région de Montréal et les 15 autres l'ont été dans 8 autres régions, soit celles du Bas-Saint-Laurent (1 cas), de la Capitale-Nationale (3 cas), de l'Estrie (1 cas), de l'Outaouais (1 cas), de Chaudière-Appalaches (1 cas), de Laval (3 cas), de Lanaudière (2 cas) et de la Montérégie (3 cas).

6.2 Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 2018

- Entre 2005 et la fin de 2018, 659 cas de LGV ont été déclarés, dont 654 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 28 % des cas, et enfin ceux de 15 à 24 ans pour 6 %.
 - La région de Montréal regroupe 82 % des cas déclarés entre 2005 et 2018. Au cours de cette période, 12 autres régions ont déclaré des cas. Le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Mauricie et Centre-du-Québec, l'Estrie, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue et Chaudière-Appalaches ont rapporté entre un et dix cas. Les régions de la Capitale-Nationale, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides ont déclaré entre 11 et 20 cas et la Montérégie a déclaré 40 cas.
 - La presque totalité (99,6 %) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.

³² Homme ou femme trans ayant complété un traitement hormonal et une chirurgie de redéfinition de sexe

6.3 Vigie des cas en 2018

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 2017³³. Une mise à jour de l'analyse incluant les cas déclarés en 2017 est également disponible dans le Portrait des ITSS 2017 et projections 2018.

Un nouveau questionnaire harmonisé est en vigueur depuis janvier 2018. Quelques résultats préliminaires pour l'année 2018 sont présentés ici et seront analysés plus en détail dans un rapport à paraître³⁴. Les proportions présentées ont été établies à partir des cas masculins déclarés entre le 1er janvier et le 31 décembre 2018 (89 questionnaires d'enquêtes reçus sur 90 cas déclarés) pour lesquels une information valide était disponible.

- **Sexe des partenaires** : 96 % des hommes concernés avaient des relations exclusivement avec des hommes et 4 % des cas avaient des relations sexuelles avec des hommes et des femmes.
- **Antécédents d'ITSS** : des antécédents d'ITSS à vie sont rapportés chez la plupart (89 %). Les antécédents d'ITSS les plus souvent rapportés sont l'infection à *Chlamydia trachomatis* (83 %), l'infection gonococcique (83 %), la syphilis (74 %) et l'infection par le VIH (54 %). Les antécédents d'hépatites B et d'hépatite C sont beaucoup moins souvent rapportés (11 % et 18 %, respectivement), mais l'information est connue seulement pour environ 40 % des cas. Des antécédents de LGV sont rapportés par 14 % des cas. Pour les cas rapportant des antécédents de VIH, la mesure de la charge virale lors du dernier test était rapportée indétectable pour 88 % des cas.
- **Manifestations cliniques** : 63 % rapportaient des signes et symptômes associés à la LGV (rectite, lymphadénopathie inguinale, ulcération/papule, douleur anale, ténesme, constipation), 6 % des symptômes non associés à la LGV et 31 % ne rapportaient aucun symptôme.
- **Raisons de consultation** : (plusieurs raisons pouvaient être mentionnées) : Un peu plus de la moitié des cas (57 %) ont été détectés dans un contexte de consultation pour symptômes et 54 % dans un contexte de dépistage; 24 % lors de dépistages généraux et 15 % lors d'interventions préventives auprès de partenaires, mais aucun lors d'IPPAP pour un cas de LGV. Parmi les cas ne rapportant pas d'antécédents de VIH, 19 % ont été détectés dans le cadre de suivi de prophylaxie préexposition.
- **Exposition hors Québec** : Dans les 2 derniers mois, une histoire de relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec (lors d'un voyage ou avec une personne en visite au Québec) est mentionnée pour 45 % des cas. Les lieux géographiques concernés sont les États-Unis (10 cas), le Mexique ou l'Amérique du sud (9 cas), l'Europe (7 cas), le Moyen-Orient (1 cas) ou l'Ontario (2 cas).
- **Partenaires sexuels** : Les contextes de rencontre les plus souvent mentionnés sont internet (49 %), les saunas (39 %), les amis ou la famille (21 %) et les clubs/bars (11 %). Au cours de l'année précédant l'épisode, plus de la moitié (59 %) avaient eu plus de dix partenaires et 60 % avaient eu des partenaires anonymes. Le travail du sexe est rapporté par 2 cas (3 %).

³³ Fiset M, Venne S. Bureau de surveillance et de vigie. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2016. Portrait épidémiologique. 2017.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/vigie_rehaussee_lgv_rapport_2005-2016_201711_1.pdf

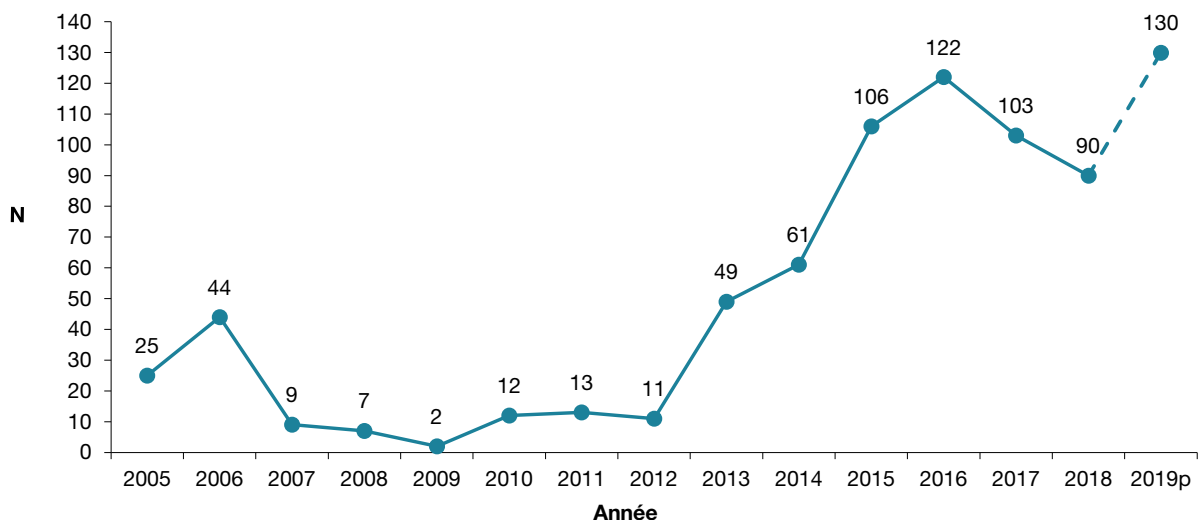
³⁴ Diallo D, Venne S, Blouin K, Dionne M. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2018. Portrait épidémiologique. À paraître.

- **Consommation de drogues** : la consommation de drogues au cours des douze derniers mois est rapportée par 36 % des cas; 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 531 cas déclarés en 2013-2018 sont survenus chez 356 personnes. Plus d'un épisode a été déclaré pour 44 personnes : 40 ont eu deux épisodes et 4 trois épisodes.

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 passant de 43 en 2013 à 123 en 2016, puis a diminué pour atteindre 90 cas en 2018. Selon les projections, le nombre de cas déclarés en 2019 sera de 132 cas, soit le nombre annuel de cas déclarés le plus élevé depuis le début de l'épidémie au Québec. La moyenne d'âge est stable depuis 2005; toutefois, en période de résurgence (2013-2018), 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.

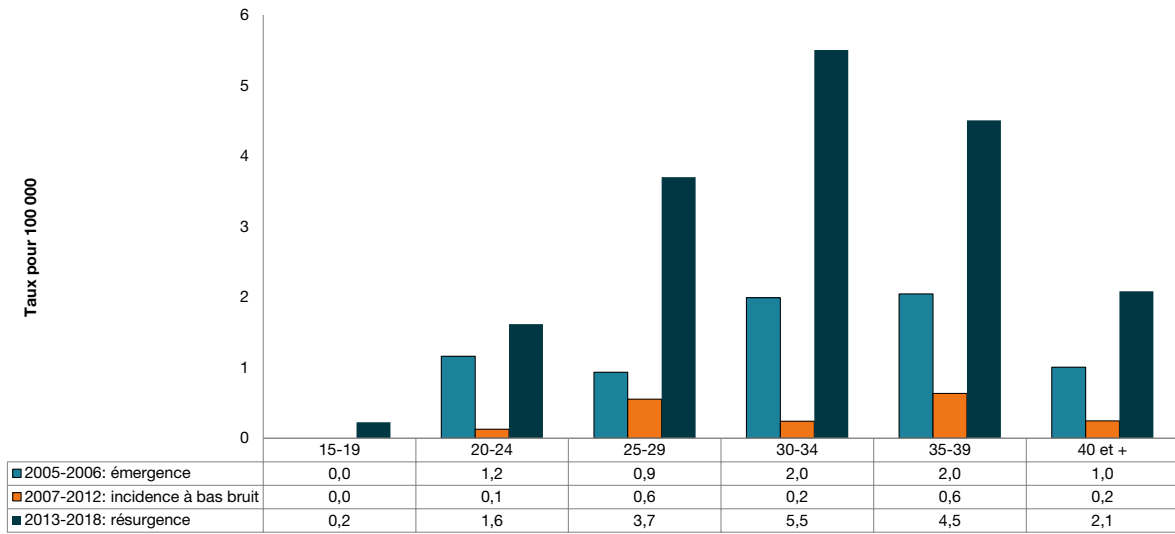
Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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 16 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2018 (n = 654)



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Tableau 11 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2014 à 2019p

Région	2014		2015		2016		2017		2018		Moyenne 2014-2018		2019p		Variation 2018-2014			
	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	1	0,5	0	0,1	0	0,0	1	ND	0,5	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	2	0,3	0	0,0	4	0,5	5	0,7	3	0,4	3	0,4	5	0,6	1	50,0	0,1	45,5
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	0	ND	0,0	ND
Estrie	1	0,2	0	0,0	3	0,6	3	0,6	1	0,2	2	0,3	0	0,0	0	0,0	0,0	-2,7
Montréal	54	2,7	89	4,5	88	4,4	84	4,2	75	3,7	78	3,9	107	5,2	22	40,2	1,0	36,1
Outaouais	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,2	1	0,2	2	0,4	1	ND	0,2	ND
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	1	0,7	0	0,0	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	2	0,5	2	0,5	1	0,2	1	0,2	1	0,3	3	0,8	0	0,0	0,0	-2,0
Laval	0	0,0	1	0,2	4	0,9	0	0,0	3	0,7	2	0,4	3	0,7	3	ND	0,7	ND
Lanaudière	0	0,0	1	0,2	3	0,6	0	0,0	2	0,4	1	0,2	3	0,6	2	ND	0,4	ND
Laurentides	2	0,3	2	0,3	2	0,3	5	0,8	0	0,0	2	0,4	2	0,3	-2	-100,0	-0,3	-100,0
Montérégie	1	0,1	11	0,8	14	1,0	5	0,4	3	0,2	7	0,5	5	0,3	2	200,0	0,1	188,8
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	61	0,7	106	1,3	123	1,5	104	1,2	90	1,1	97	1,2	132	1,5	29	47,5	0,3	42,9

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Pour 2019, il s'agit d'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. La diminution du nombre de cas déclarés entre 2016 et 2018 pouvait laisser penser que le pic de l'écllosion avait été atteint. Toutefois, une nouvelle hausse est observée en 2019.

L'analyse des renseignements colligés pour les cas déclarés en 2017³⁵ indiquait certains changements par rapport à 2013-2016. Plusieurs différences observées en 2017 semblent maintenues en 2018, selon les analyses préliminaires. Il est possible de mettre en évidence les quelques constats suivants :

- Une proportion élevée de cas détectés dans un cadre de dépistage; près du tiers des cas étaient asymptomatiques en 2018, ce qui suggère que la recherche systématique de LGV pour les infections rectales à *C. trachomatis* contribue à capter une proportion importante d'infections asymptomatiques qui pourraient être manquées, considérant également que la presque totalité des LGV sont des infections rectales.
- La proportion plus faible de PVVIH en 2017 comparativement aux années précédentes (56 % vs 83 %) est également observée en 2018 (54 %) : ceci pourrait indiquer que le réseau sexuel des personnes atteintes de LGV s'élargit pour toucher de plus en plus de personnes séronégatives au VIH. Une limite à souligner est que la proportion de données manquantes pour les antécédents de VIH est assez élevée, a augmenté entre 2013 et 2016 et s'est stabilisée à environ 30 %. La tendance doit donc être interprétée avec prudence.
 - La charge virale du VIH lors du dernier test est disponible depuis 2018; elle est rapportée indétectable pour 88 % des cas, ceux-ci auraient alors un risque négligeable de transmettre le VIH.

Le contexte des efforts accrus pour réduire la transmission du VIH, notamment par le traitement précoce, le maintien aux soins des personnes vivant avec le VIH pour contrôler la charge virale et par la prescription de prophylaxie antirétrovirale en préexposition au VIH peut avoir contribué à une hausse des cas déclarés de LGV (dépistages 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. Environ 15 ans après l'émergence de l'infection, l'épidémie demeure confinée aux HARSAH; elle touche maintenant presque autant les personnes qui ne rapportent pas d'antécédents de VIH que les PVVIH, alors qu'au début de la résurgence (2013-2016), ces derniers comptaient alors pour 83 % des cas. Le taux de réinfection relativement élevé (12 % des personnes avec au moins une réinfection) appuie également l'hypothèse d'un réseau sexuel dense. L'enjeu de transmission du VIH est donc présent et sera contrôlé dans la mesure où les PVVIH seront sous traitement avec une charge virale supprimée et où les personnes sans antécédents de VIH utiliseront la prophylaxie préexposition.

³⁵ Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec, année 2017 et projections 2018. Institut national de santé publique du Québec

+ 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 chlamydie rectale, en vigueur depuis le printemps 2016;
- La diminution des délais de résultats pour favoriser un traitement approprié précoce : le LSPQ est maintenant en mesure de réaliser la recherche de géotype LGV par un TAAN multiplexe (analyse auparavant réalisée au laboratoire national de microbiologie de Winnipeg);
- Des 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/>

7 Hépatite B, croissance du nombre de cas de stade non précisé

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 2018, les taux annuels de cas déclarés d'hépatite B aiguë et d'hépatite B chronique ou de stade non précisé ont diminué respectivement de 96 % et 37 %. Les données sur l'infection aiguë par le VHB donnent un aperçu utile des tendances et des profils actuels de transmission, tandis que les cas d'infection chronique illustrent le fardeau possible de la maladie.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2018

- En 2018, 19 cas d'**hépatite B aiguë** ont été déclarés (taux de 0,2 pour 100 000), soit 2 femmes (l'une âgée entre 35 et 39 ans et l'autre entre 50 et 54 ans) et 17 hommes. Dix de ces hommes étaient âgés de 55 ans et plus alors que 2 étaient âgés de moins de 35 ans.
- De plus, 519 cas d'**hépatite B chronique** (taux de 6,1 pour 100 000) et 630 cas d'**hépatite B de stade non précisé** (taux de 7,4 pour 100 000) ont été déclarés pour un total de 1 149 cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé (taux de 14 pour 100 000). Chez les hommes, les taux de cas de stade chronique ou non précisé les plus élevés sont observés parmi les personnes âgées de 40 à 44 ans (36 pour 100 000), de 35 à 39 ans (35 pour 100 000), de 30 à 34 ans (32 pour 100 000) et de 45 à 49 ans (29 pour 100 000). Chez les femmes, les taux les plus élevés sont observés parmi les personnes âgées de 30 à 34 ans (41 pour 100 000), de 35 à 39 ans (33 pour 100 000) et de 25 à 29 ans (21 pour 100 000).
- Un total de 1 168 cas d'hépatite B de stade aigu, chronique ou non précisé a été déclaré en 2018, ce qui équivaut à un taux de 14 cas pour 100 000 personnes (16 pour 100 000 chez les hommes et 11 pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentent 57,5 % de l'ensemble des cas déclarés.
- Les régions de Montréal (34 cas pour 100 000) et de l'Outaouais (14 cas pour 100 000) ont des taux d'hépatite B aiguë, chronique ou de stade non précisé supérieurs à celui de la province (14 cas pour 100 000). Les taux des régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean (2,9 cas pour 100 000 personnes), de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (2,2), d'Abitibi-Témiscamingue (2,0) et des Laurentides (0,7) se situent bien en deçà du taux provincial. En ce qui a trait spécifiquement à l'**hépatite B aiguë**, sept régions ont déclaré un ou deux cas alors que la région de Montréal en a déclaré six.

7.2 Tendances

Le nombre de cas déclarés d'**hépatite B aiguë** a atteint un sommet de 457 en 1992. Il était de 18 en 2014, est demeuré à 12 pendant les 3 années subséquentes puis s'est élevé à 19 en 2018; il serait de 10 en 2019 selon les projections disponibles.

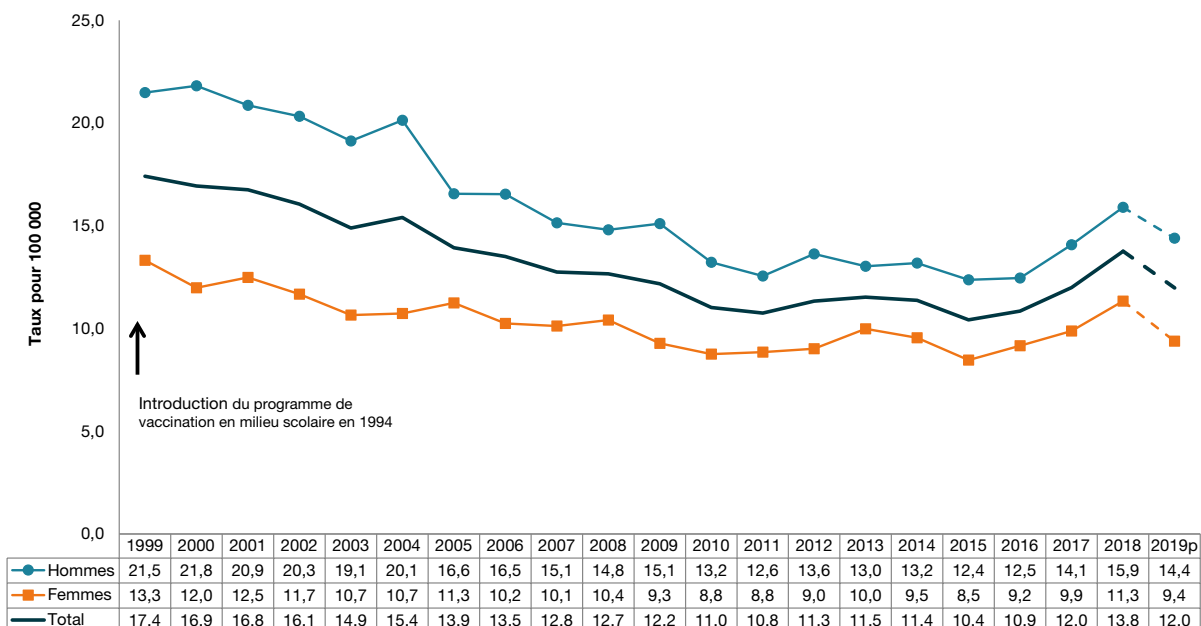
Entre 2014 et 2018, le taux de cas déclarés d'**hépatite B chronique** a diminué de 23 % (passant de 7,9 pour 100 000 à 6,1 pour 100 000). Cette diminution s'est produite dans toutes les régions du Québec sauf en Outaouais et dans les Laurentides (hausse respectives de 107 % et 110 %). L'amplitude de la diminution a été similaire chez les hommes et chez les femmes. Selon les données disponibles, le taux québécois sera de 4,4 pour 100 000 en 2019, poursuivant ainsi une évolution à la baisse.

Le taux d'hépatite B de stade non précisé s'est accru de 130 % entre 2014 et 2018 (passant de 3,2 à 7,4 pour 100 000) ; cette hausse notable a affecté les deux sexes de la même manière. Cette croissance a été particulièrement marquée dans les régions de Lanaudière, Mauricie et Centre-du-Québec Montérégie, Estrie et Montréal. Selon les données disponibles, le taux québécois d'hépatite B de stade non précisé en 2019 sera similaire à celui de 2018.

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 2018 chez des enfants de moins de 1 an (le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré au fichier des MADO il y a 10 ans, 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).

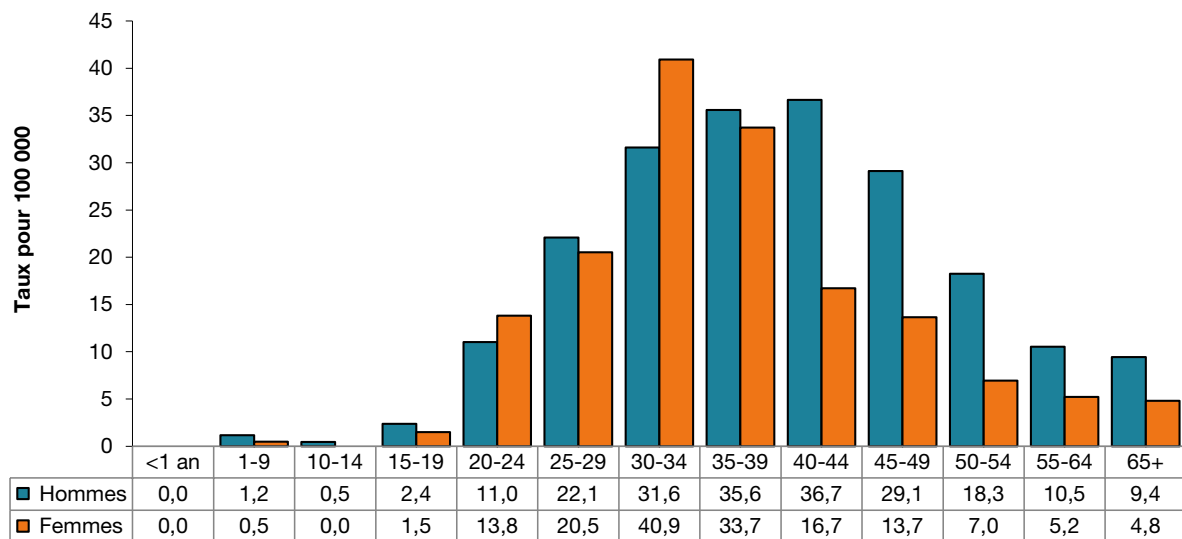
Figure 17 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

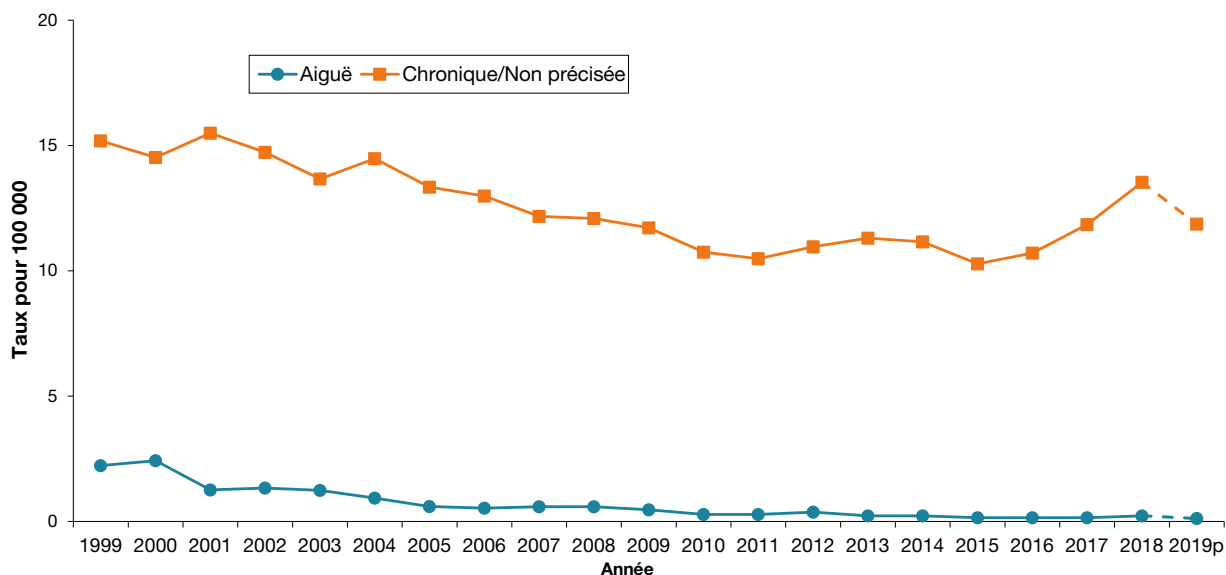
Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Figure 18 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2018



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

Figure 19 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1999 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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 12 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2014 à 2019p

Région	2014		2015		2016		2017		2018		Moyenne 2014-2018		2019p		Variation 2018-2014			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	7	3,5	2	1,0	2	1,0	7	3,5	8	4,0	5	2,6	8	4,1	1	14,3	0,5	14,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean	8	2,9	13	4,7	6	2,2	7	2,5	5	1,8	8	2,8	8	2,9	-3	-37,5	-1,1	-37,7
Capitale-Nationale	57	7,8	68	9,2	62	8,4	54	7,2	49	6,5	58	7,8	58	7,6	-8	-14,0	-1,3	-16,6
Mauricie et Centre-du-Québec	17	3,3	23	4,5	24	4,7	22	4,3	19	3,7	21	4,1	13	2,5	2	11,8	0,3	9,9
Estrie	30	6,3	35	7,4	44	9,2	28	5,8	34	7,0	34	7,1	30	6,0	4	13,3	0,6	10,2
Montréal	567	28,7	498	25,0	493	24,6	580	28,7	692	34,0	566	28,2	587	28,6	125	22,0	5,3	18,5
Outaouais	41	10,6	32	8,2	57	14,5	63	15,8	58	14,4	50	12,7	48	11,7	17	41,5	3,8	35,5
Abitibi-Témiscamingue	6	4,0	3	2,0	2	1,3	3	2,0	9	6,0	5	3,1	2	1,1	3	50,0	2,0	48,5
Côte-Nord	3	3,1	0	0,0	1	1,0	4	4,2	3	3,2	2	2,3	8	8,6	0	0,0	0,0	0,3
Nord-du-Québec	0	0,0	2	14,2	0	0,0	2	14,3	0	0,0	1	5,7	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	2	2,1	3	3,2	2	2,2	2	2,2	4	4,3	3	2,8	0	0,0	2	100,0	2,2	101,2
Chaudière-Appalaches	12	2,9	10	2,4	15	3,5	16	3,7	7	1,6	12	2,8	7	1,5	-5	-41,7	-1,2	-42,8
Laval	46	10,9	50	11,6	45	10,3	47	10,7	55	12,3	49	11,2	38	8,4	9	19,6	1,5	13,4
Lanaudière	17	3,4	16	3,2	18	3,5	18	3,5	23	4,4	18	3,6	12	2,2	6	35,3	1,0	28,1
Laurentides	19	3,2	22	3,7	19	3,2	23	3,8	36	5,8	24	4,0	20	3,2	17	89,5	2,6	80,7
Montérégie	103	7,6	86	6,3	116	8,4	131	9,3	164	11,6	120	8,6	187	13,1	61	59,2	4,0	53,3
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	22,2	1	7,3	1	6,0	0	0,0	1	ND	7,3	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	1	5,7	1	5,6	0	0,0	1	5,4	1	3,3	0	0,0	1	ND	5,4	ND
Région non précisée	0	0,0	0	0,0	0		0		0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	935	11,4	864	10,4	907	10,9	1010	12,0	1168	13,8	977	11,7	1024	12,0	233	24,9	2,4	21,0

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Pour 2019, il s'agit du taux projeté 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

Il est possible que le flux de déclaration de cas chroniques et de cas de stade non précisé soit alimenté 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 administrés dans des conditions de stérilisation non optimales) et qui reçoivent maintenant un diagnostic. Par ailleurs, l'information nécessaire à la classification des cas n'est pas systématiquement recherchée, est difficile à obtenir ou encore n'est simplement pas disponible (par exemple, des tests de détection de cette infection n'ont pas toujours été effectués antérieurement à l'épisode déclaré), ce qui peut contribuer à l'augmentation des cas de stade non précisé.

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

- « À l'échelle provinciale, pour la saison 2018-2019, la couverture vaccinale (CV) contre le VHB chez les élèves de la 4^e année du primaire s'élève à 86 % et varie de 69 à 93 % selon la région de fréquentation scolaire. La CV a augmenté dans la plupart des régions par rapport à l'année précédente. Pour une deuxième année consécutive, on note pour l'ensemble du Québec une hausse de près de deux points de pourcentage. Ces résultats semblent vouloir renverser la stagnation observée au cours des dernières années, et font en sorte que la CV est aujourd'hui revenue à un niveau comparable à celui des années 2010 à 2014. Aussi, sept régions, soit une de plus qu'en 2017-2018, atteignent l'objectif fixé par le PNSP »³⁶.
- Il est à noter que deux des cas d'hépatite B aiguë déclarés en 2018 concernaient des personnes âgées de moins de 35 ans, soit la tranche d'âge correspondant à la cohorte des personnes vaccinées en milieu scolaire.
- 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 gratuite³⁷ incluent notamment : les personnes qui ont des contacts sexuels ou qui vivent avec un porteur du virus de l'hépatite B (VHB) ou avec un cas d'hépatite B aiguë (cela inclut les services de garde en milieu familial), les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, les personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement (et leurs partenaires sexuels), les utilisateurs de drogues par injection (UDI), les utilisateurs de drogues dures par inhalation (ex. : crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. : paille, cuillère) et les détenus des établissements correctionnels. Par ailleurs, la vaccination est recommandée aux personnes qui prévoient séjourner en région où l'hépatite B est considérée comme endémique ainsi qu'à celles qui courent un risque professionnel d'être exposées au sang et aux produits sanguins. Parmi les participants de l'étude Engage, 59 % des

³⁶ Bulletin Flash Vigie, Flash Vigie, 2 octobre 2019 (Vol. 14, n° 7).

³⁷ 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

personnes de statut VIH négatif ou inconnu et 65 % des personnes de statut VIH positifs savaient qu'elles avaient reçu une dose de vaccin contre l'hépatite B ou plus³⁸.

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

Données canadiennes

Les provinces et les territoires n'ont pas la même capacité à distinguer les infections par le VHB selon leur stade (aigu ou chronique), de telle sorte que la déclaration des infections par le VHB n'est pas uniforme dans l'ensemble du pays. Le nombre total de cas pour 2017 (192 infections aiguës, 4 086 infections chroniques et 627 cas au stade non précisé) est semblable à celui de 2016 (4 985)³⁹.

Infections aiguës. Dans l'ensemble, le taux de cas déclarés d'infection aiguë par le VHB a diminué, passant de 0,7 à 0,5 pour 100 000 personnes entre 2008 et 2017. Cependant, les taux se sont stabilisés au cours des cinq dernières années. Les hommes ont affiché des taux plus élevés d'infection aiguë que les femmes entre 2008 et 2017. On a observé les taux les plus élevés chez les hommes de 30 à 39 ans et chez les femmes de 25 à 29 ans. En 2017, des taux supérieurs à la moyenne nationale de cas d'infection aiguë au VHB de 0,5 pour 100 000 personnes ont été rapportés au Manitoba (1,6 pour 100 000 personnes), au Nouveau-Brunswick (1,0 pour 100 000 personnes), en Ontario (0,8 pour 100 000 personnes) et en Nouvelle-Écosse (0,6 pour 100 000 personnes). Au Québec, il était de 0,1 pour 100 000 en 2017.

Infections chroniques. Dans l'ensemble, le taux de cas déclarés d'infection chronique par le VHB a légèrement diminué depuis 2011; il est passé de 13,9 à 11,4 pour 100 000 personnes en 2017. Le taux a décliné tant chez les hommes que chez les femmes. Entre 2008 et 2017, les taux de cas déclarés d'infection par le VHB étaient systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En 2017, des taux d'infection chronique à VHB supérieurs à la moyenne nationale de 11,4 pour 100 000 personnes ont été déclarés en Colombie-Britannique (21,7 pour 100 000), en Alberta (12,6 pour 100 000), au Yukon (12,6 pour 100 000) et en Ontario (12,5 pour 100 000). Au Québec, ce taux était de 6,4 pour 100 000 en 2017.

³⁸ G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian et les membres de l'équipe de recherche Engage. Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Janvier 2019

³⁹ Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017, Agence de la santé publique du Canada, juillet 2019.

8 Hépatite C, rencontrer les objectifs d'élimination

Depuis 1990, année du début de la saisie des cas d'hépatite C au registre MADQ, un peu plus de 40 000 cas ont été déclarés au Québec. Au cours des 20 dernières années, le nombre de cas déclarés a décru graduellement. Le nombre de cas confirmés d'hépatite C aiguë est toujours demeuré faible; compte tenu de la complexité de la confirmation d'un cas aigu, ce nombre sous-estime probablement la situation réelle; des données plus précises permettraient d'évaluer l'ampleur des infections incidentes au Québec.

8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2018

Un total de 1 334 cas d'hépatite C aiguë ou récente⁴⁰ ou de stade non précisé a été déclaré en 2018, ce qui équivaut à un taux de 16 cas pour 100 000 personnes (21 pour 100 000 chez les hommes et 10,6 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, de 40 à 44 et de 45 à 49 ans ont un taux relativement similaire (variant de 27 à 33 cas pour 100 000 personnes) alors que ceux âgés de 50 à 54 ans et de 55 à 64 ans ont les taux les plus élevés (respectivement 45 et 39 cas pour 100 000 personnes).

Chez les femmes, le taux est relativement semblable dans toutes les tranches d'âge situées entre 25 et 64 ans (variant de 15 à 17 pour 100 000); le taux le plus élevé (17 pour 100 000) est observé parmi les femmes âgées de 30 à 34 ans.

Les régions de Montréal (28 cas pour 100 000), de l'Outaouais (22 pour 100 000), de l'Estrie (19 pour 100 000), du Nunavik (22 cas pour 100 000) ainsi que du Nord-du-Québec (22 cas pour 100 000) ont des taux de cas déclarés supérieurs à celui de la province (16 pour 100 000).

En ce qui a trait spécifiquement à l'hépatite C aiguë, 15 cas ont été déclarés en 2018, dont 9 cas féminins. La plupart (12) d'entre eux concernaient des personnes âgées de 25 à 49 ans et près de la moitié (7) concernaient des personnes résidentes de la région de Montréal.

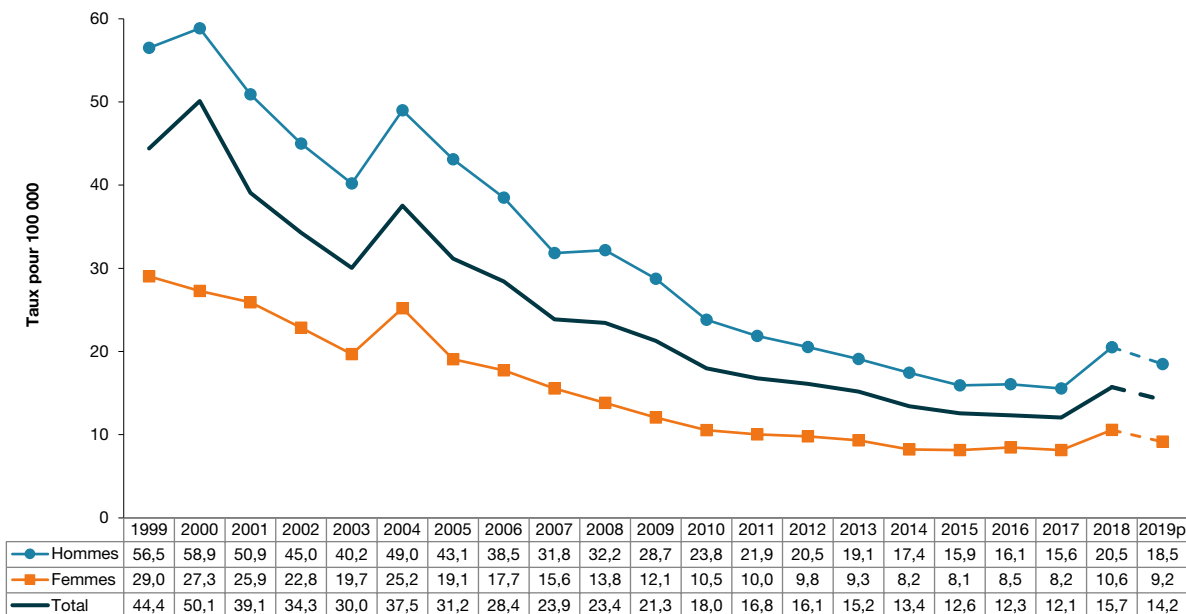
8.2 Tendances

Le taux global de cas déclarés d'hépatite C a diminué de 76 % entre 2000 et 2017 (il est passé de 50 à 12 pour 100 000); toutefois, le taux observé en 2018 (16 pour 100 000) est 30 % plus élevé que celui de 2017. Cette variation touche autant les femmes que les hommes. La plus forte croissance entre 2017 et 2018 est enregistrée dans les tranches d'âge des 40 à 44 ans et des 50 à 54 ans chez les hommes et dans celles des 45 à 49 ans et des 55 à 64 ans chez les femmes. Cette croissance a été plus marquée dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Montréal, de l'Estrie, de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue. Selon les projections disponibles, 1 212 cas seront déclarés au Québec en 2019 (taux de 14 pour 100 000); soit une légère baisse par rapport à 2018.

Après un pic à 31 en 2014, le nombre de cas d'hépatite C aiguë déclarés annuellement a été relativement stable entre 2015 et 2018 (en moyenne, 16 cas déclarés par année). Selon les projections disponibles, 8 cas seront déclarés en 2019.

⁴⁰ Le stade hépatite C aiguë ou récente correspond à la terminologie adoptée en 2012 et toujours en vigueur dans le document « Définitions nosologiques pour les maladies infectieuses », 12e édition, révision juillet 2019.

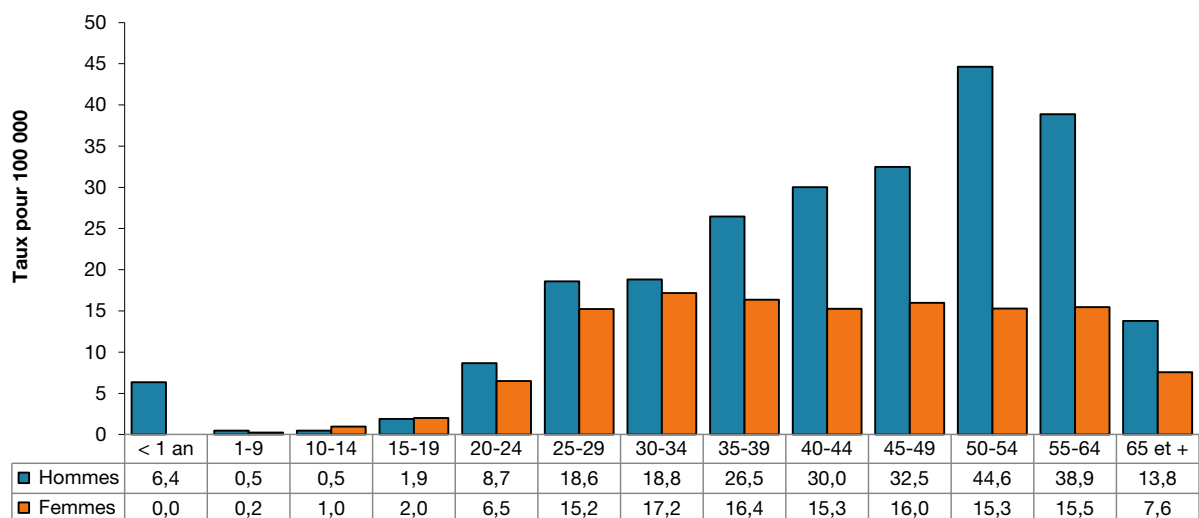
Figure 20 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1999 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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).

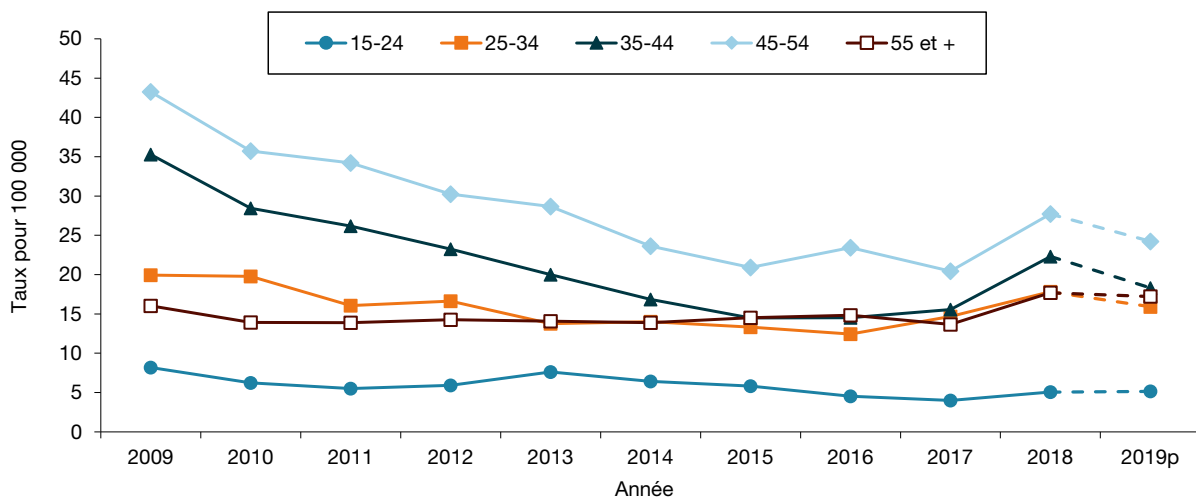
Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2018



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Figure 22 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2009 à 2019p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2019, 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 13 Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2014 à 2019p

Région	2014		2015		2016		2017		2018		Moyenne 2014-2018		2019p		Variation 2014-2014			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	%N	Tx	%Tx
Bas-Saint-Laurent	6	3,0	13	6,5	15	7,5	5	2,5	4	2,0	9	4,3	12	5,7	-2	-33,3	-1,0	-33,3
Saguenay–Lac-Saint-Jean	19	6,6	23	8,3	18	6,5	10	3,6	18	6,4	18	6,3	31	11,2	-1	-2,7	-0,2	-3,1
Capitale-Nationale	87	11,8	80	10,9	101	13,6	92	12,3	119	15,8	96	12,9	105	13,9	33	37,6	4,0	33,5
Mauricie et Centre-du-Québec	51	9,9	56	11,0	60	11,7	46	8,9	60	11,6	55	10,6	66	12,7	10	18,8	1,7	16,8
Estrie	52	11,0	60	12,6	61	12,7	52	10,8	89	18,3	63	13,1	66	13,4	37	71,2	7,3	66,5
Montréal	391	19,8	357	17,9	357	17,8	374	18,5	572	28,1	410	20,4	469	22,9	182	46,5	8,3	42,2
Outaouais	47	12,2	58	14,9	79	20,1	62	15,6	89	22,1	67	17,0	94	23,0	42	89,4	9,9	81,3
Abitibi-Témiscamingue	23	15,2	19	12,8	14	9,4	14	9,4	22	14,7	18	12,3	15	9,9	-1	-2,2	-0,5	-3,2
Côte-Nord	9	9,4	11	11,5	10	10,5	12	12,6	12	12,6	11	11,3	13	13,8	3	33,3	3,2	33,7
Nord-du-Québec	2	14,1	2	14,2	0	0,0	1	7,1	3	21,5	2	11,4	0	0,0	1	ND	7,4	ND
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	9	9,7	10	10,8	7	7,5	8	8,6	10	10,8	9	9,5	12	12,4	1	11,1	1,1	11,8
Chaudière-Appalaches	23	5,5	30	7,1	21	4,9	15	3,5	22	5,1	22	5,2	20	4,6	-1	-4,3	-0,3	-6,2
Laval	50	11,8	43	10,0	51	11,7	29	6,6	37	8,3	42	9,7	38	8,4	-13	-26,0	-3,5	-29,8
Lanaudière	58	11,7	45	8,9	45	8,8	58	11,2	56	10,7	52	10,3	53	9,9	-2	-3,4	-1,0	-8,5
Laurentides	125	21,2	99	16,6	64	10,6	80	13,1	73	11,8	88	14,6	43	6,9	-52	-41,4	-9,3	-44,1
Montérégie	124	9,1	118	8,6	109	7,9	133	9,5	129	9,1	123	8,8	164	11,5	6	4,5	0,1	0,6
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	22,2	3	21,8	1	9,0	3	23,6	3	ND	21,8	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	5,8	2	11,3	3	16,7	2	11,0	1	5,4	2	10,0	2	8,7	0	ND	-0,4	ND
Région non précisée	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	1074	13,1	1026	12,4	1015	12,1	996	11,8	1319	15,5	1086	13,0	1204	14,1	245	22,8	2,5	19,0

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Pour 2019, il s'agit du taux projeté 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).

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.

8.3 Commentaires

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

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

Avec en toile de fond la baisse constante du taux d'hépatite C aiguë/récente ou de stade non précisé depuis l'an 2000, le pic de cas déclarés en 2018 pourrait ne constituer qu'une fluctuation aléatoire, d'ailleurs, il apparaît que le nombre de cas attendus en 2019 sera un peu moindre que celui de 2018.

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

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 vivent avec le VIH, la coïnfection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les UDI. De même, l'absence de données sur les facteurs de risque pour les infections par le VHC déclarées limite l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport et l'identification de pistes d'intervention.

Compte tenu du potentiel d'interventions préventives telles que les programmes d'échange de seringues et autres programmes de réduction des méfaits, ainsi que de la disponibilité de traitements très efficaces, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié en 2016 une *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021*⁴¹. L'objectif général est d'éliminer l'hépatite virale comme menace majeure pour la santé publique d'ici 2030, avec une cible de réduction de 90 % de l'incidence du VHB et du VHC et de 65 % de la mortalité associée. L'Agence de la santé publique du Canada a publié en 2018 son propre *Cadre d'action pancanadien sur les ITSS*, qui a été approuvé par les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé⁴²; ce cadre présente une vision et des objectifs stratégiques pour appuyer une action concertée visant à lutter contre les ITSS au Canada, dans tous les secteurs.

⁴¹ Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021*. 2016;2018 (26 mars).

⁴² Agence de la santé publique du Canada. *Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS*. Juin 2018. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>

Données canadiennes

La plupart des provinces et des territoires déclarent l'infection par le VHC sans distinguer entre les stades aigus et chroniques. En 2017, un total de 11 592 cas d'infection par le VHC a été déclaré au Canada, ce qui correspond à un taux de 32 pour 100 000 personnes. Dans l'ensemble, le taux de cas déclarés d'infection par le VHC a diminué de 11 % par rapport à la période s'échelonnant de 2008 à 2017 (il a diminué régulièrement de 2008 à 2012 et semble augmenter légèrement depuis 2013)⁴³. Tel que déjà mentionné, ce taux a constamment diminué au Québec jusqu'à la survenue d'un pic en 2018.

De 2008 à 2017, les taux d'infection par le VHC déclarés étaient systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, une situation semblable à celle du Québec.

En 2017, les taux les plus élevés d'infection par le VHC ont été déclarés dans le groupe d'âge de 25 à 29 ans pour les deux sexes (66 pour 100 000 hommes et 57 pour 100 000 femmes). Au Québec, durant cette même année de 2017, chez les femmes, les taux les plus élevés ont été déclarés dans les groupes d'âge des 25-29 ans (13 pour 100 000) et des 30-34 ans (15 pour 100 000) alors que chez les hommes, ils l'ont été dans le groupe des 45-64 ans (taux de l'ordre de 30 pour 100 000).

Les provinces et territoires affichant les taux globaux les plus élevés d'infection au VHC étaient la Saskatchewan (62 pour 100 000 personnes), la Colombie-Britannique (47 pour 100 000 personnes), le Manitoba (46 pour 100 000) et le Yukon (45 pour 100 000). Le taux était de 12 pour 100 000 personnes au Québec en 2017.

⁴³ Rapport sur l'hépatite B et l'hépatite C au Canada : 2017, Agence de la santé publique du Canada, juillet 2019.

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 exhaustif⁴⁴ étant diffusé à ce sujet, seuls les éléments principaux sont rapportés ici. Au total, 11 355 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés dans le cadre du programme entre avril 2002 et décembre 2018. Parmi ceux-ci, on compte 5 858 nouveaux diagnostics⁴⁵, 5 058 anciens diagnostics et 439 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 2018⁴⁶

- En 2018, 671 infections par le VIH ont été enregistrées : 311⁴⁷ nouveaux diagnostics, 353 anciens diagnostics et 7 cas pour lesquels on ne peut préciser s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau diagnostic.
- Les hommes représentent 76 % des nouveaux diagnostics.
 - Parmi les nouveaux diagnostics chez les hommes (n = 236), 8 % ont entre 15 et 24 ans, 32 % ont entre 25 et 34 ans, 22 % ont entre 35 à 44 ans, 19 % ont entre 45 et 54 ans et un autre 19 % est âgé de 55 ans ou plus.
 - Quant aux nouveaux diagnostics chez les femmes (n = 74), 4 % ont entre 15 à 24 ans, 23 % ont entre 25 et 34 ans, 31 % ont entre 35 et 44 ans, 28 % ont entre 45 et 54 ans et 12 % ont 55 ans ou plus.
 - En 2018, l'âge médian des nouveaux diagnostics est de 41 ans chez les femmes et de 37 ans chez les hommes.
 - En 2018, pour l'ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s'établit à 3,7 cas pour 100 000 personnes. La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur (9,3 cas pour 100 000 personnes). Les taux des autres régions sont inférieurs à la moyenne provinciale en 2018.
 - Pour les nouveaux diagnostics dont l'information est disponible (n=275), la moitié des cas avaient des taux de lymphocytes CD4 \geq 350/mL au moment du diagnostic et l'autre moitié des taux $<$ 350 CD4/mL indiquant un diagnostic tardif. Parmi ceux-ci, 75 cas (27 %) montraient des taux de lymphocytes CD4 $<$ 200/mL suggérant des diagnostics à un stade avancé de la maladie selon l'OMS^{48,49}.

⁴⁴ Bitera, R. et coll. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2018, 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 septembre 2019.

⁴⁵ 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.

⁴⁶ Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2019.

⁴⁷ Un cas chez une personne trans a été classé dans la catégorie HARSAH.

⁴⁸ 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/>

⁴⁹ 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.

9.1.1 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS ENREGISTRÉS EN 2018

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 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 Québec⁵⁰.

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2018 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont :

- Les **HARSAH**, lesquels représentent 67 % des cas masculins. En 2018, on enregistrait 159 nouveaux diagnostics chez les HARSAH. Ils se répartissent comme suit : 10 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 38 % de 25 à 34 ans, 20 % de 35 à 44 ans, 16 % avaient entre 45 et 54 ans et un autre 16 % avait 55 ans ou plus.
- Les **personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique**⁵¹, lesquelles représentent 24 % de l'ensemble des cas de nouveaux diagnostics, soit 12 % des cas masculins et 60 % des cas féminins. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente chez les femmes. Parmi les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique, 84 % des nouveaux diagnostics n'ont pas de NAM.
- Les **personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'autres pays où l'infection n'est pas fortement endémique**, lesquelles représentent 18 % des cas de nouveaux diagnostics (14 % des cas masculins et 30 % 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 personnes **UDI** (excluant les HARSAH aussi UDI), lesquels représentent 6 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2018. Chez les hommes, la proportion s'élève à 7 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI. En 2018, dix-huit nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez les personnes UDI (excluant les HARSAH-UDI).

9.1.2 TRANSMISSION VERTICALE

Depuis avril 2002, un total de 44 nouveaux diagnostics de transmission mère-enfant ont été enregistrés dont 19 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. Un cas d'infection verticale est rapporté au programme de surveillance en 2018, qui a été infecté à sa naissance au Canada d'une mère immigrante.

⁵⁰ Bitera, R. et coll. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2018, 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 septembre 2019.

⁵¹ Un pays endémique pour le VIH est un pays ayant une prévalence du virus $\geq 1,0$ % chez les adultes de 15 à 49 ans et au moins une des trois caractéristiques suivantes : a) une proportion des cas d'infections par transmission hétérosexuelle du VIH ≥ 50 %; b) un rapport hommes-femmes des cas d'infections par le VIH $\leq 2:1$ et c) une prévalence du VIH ≥ 2 % chez les femmes recevant des soins prénataux.

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, 238 en 2017 et 243 en 2018). 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 2009 et 2013, on observe une moyenne de 331 nouveaux diagnostics de VIH par année. La moyenne est de 308 pour la période 2014-2018, soit une baisse de 7 %. Une diminution plus prononcée est observée lorsque les cas sans NAM sont exclus. Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2018, la moyenne annuelle serait de 317 nouveaux diagnostics entre 2009 et 2013 et 250 pour la période 2014-2018; la diminution atteindrait 21 %.
- Chez les hommes, le nombre de nouveaux diagnostics est plutôt stable depuis 2009, fluctuant entre 233 en 2014 et 299 en 2013. Une diminution du nombre de nouveaux diagnostics s'observe surtout chez les hommes âgés de 35 à 44 ans;
- Chez les femmes, le nombre de nouveaux diagnostics était également stable entre 2007 et 2016, variant entre 40 en 2011 et 63 en 2013. Il a augmenté depuis. En 2018, on observe 74 nouveaux diagnostics.
- Entre les deux périodes de cinq ans chacune (2009-2013 et 2014-2018), la moyenne annuelle des nouveaux diagnostics diminue de 36 % chez les personnes UDI, de 17 % chez les HARSAH, de 36 % chez les HARSAH-UDI. Elle varie peu chez les personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'un autre pays où le VIH n'est pas fortement endémique (-3 %) et elle augmente de 44 % chez personnes originaires de pays où le virus est fortement endémique.

9.2.1 LES PERSONNES UDI

- Le nombre annuel moyen de cas féminins de nouveaux diagnostics enregistrés dans cette catégorie est passé de sept pour la période 2009-2013 à trois pour la période 2014-2018. Le nombre annuel moyen de cas masculins (incluant les HARSAH-UDI) est passé de 17 pour la période 2009-2013 à 12 pour la période 2014-2018 (diminution de 29 %).
- Entre 2003 et 2018, le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes UDI a considérablement diminué, passant de 70 à 18 (88 à 23 en incluant les HARSAH-UDI). Parmi l'ensemble des cas enregistrés (nouveaux et anciens diagnostics), le nombre de personnes UDI diminue de 84 % en passant de 211 en 2003 à 33 en 2018 (de 250 en 2003 à 47 en 2018 en incluant les HARSAH-UDI). Toutefois, le nombre de nouveaux diagnostics enregistrés en 2018 chez les personnes UDI est légèrement plus élevé comparativement aux trois années précédentes (18 comparativement à 6-8 cas).

9.2.2 LES HARSAH

- Depuis 2003, le nombre annuel de **nouveaux diagnostics** chez les HARSAH a oscillé entre un maximum de 258 en 2006 et un minimum de 154 en 2017. La baisse observée en 2017 était prononcée comparativement aux années précédentes, mais le nombre de cas est plutôt stable en 2018 par rapport à 2017.
- Le nombre annuel moyen de **nouveaux diagnostics** s'établissait à 209 entre 2009 et 2013, alors qu'il était de 174 entre 2014 et 2018 (diminution de 17 %). Toutefois, les tendances observées diffèrent beaucoup selon le groupe d'âge :

- Chez les HARSAH âgés de 25 à 34 ans, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics a baissé de 67 pour la période 2009-2013 à 60 pour la période 2014-2018, soit une diminution de 11 %;
- Chez les HARSAH âgés de 35 à 44 ans, la moyenne annuelle de nouveaux diagnostics a baissé de 49 à 38 cas entre les deux périodes, 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, la moyenne est passée de 47 à 31 nouveaux diagnostics par an, soit une diminution de 34 % entre les deux périodes;
- Chez les autres groupes d'âge, on observe une tendance à la baisse, non statistiquement significative pour les HARSAH de 15 à 24 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

- La hausse inhabituelle de cas (anciens et nouveaux diagnostics) qui a été enregistrée en 2017 chez les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique se maintient, mais elle moins marquée en 2018. Le nombre de cas qui se maintenait entre 124 et 158 entre 2012 et 2016 et qui a augmenté depuis est de 229 cas en 2018 (dont 72 hommes et 157 femmes; 161 cas sans NAM). Le nombre de nouveaux diagnostics, qui se maintenait entre 46 et 58 entre 2012 et 2016, est de 73 en 2018 (dont 29 hommes et 44 femmes; 61 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 Canada⁵², 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.

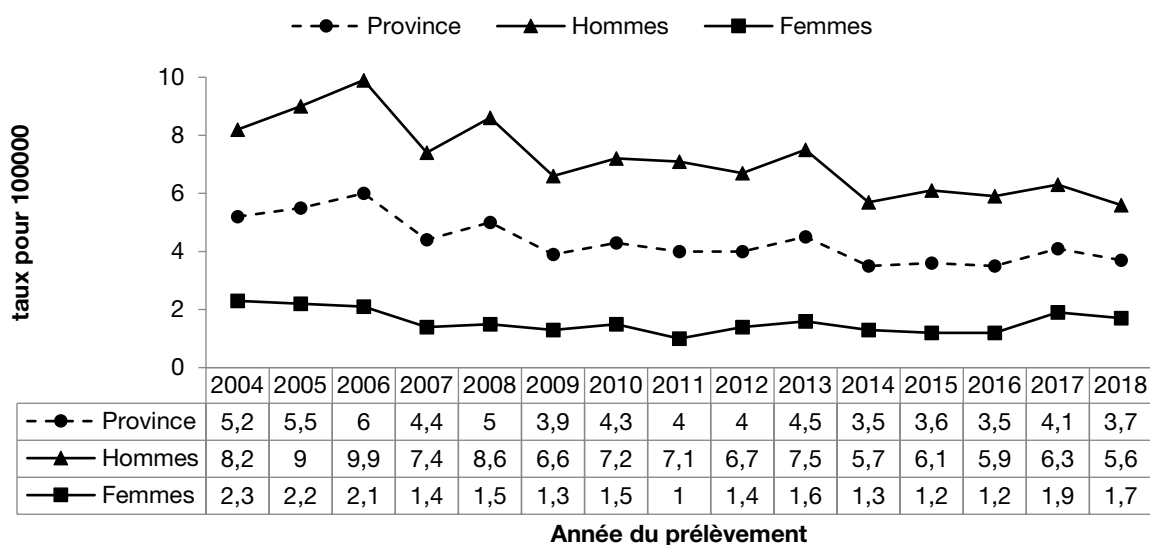
Selon ces mêmes estimations, environ 16 853 personnes (entre 14 500 et 18 670) étaient infectées par le VIH au Québec en 2016 (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida et celles n'étant pas au courant de leur infection). Comme l'infection par le VIH est chronique et que le taux de mortalité s'y rapportant connaît une régression, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même si le nombre de cas incidents diminue.

⁵² 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, 22 p. Communication personnelle pour les données de 2014 et de 2016 pour le Québec, septembre 2018.

Les estimations de l'atteinte des cibles de l'OMS⁵³ 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;
- 94 % des personnes sous traitement antirétroviraux auraient une charge virale inférieure à 200 copies/ml.

Figure 23 Infection par le VIH : taux d'incidence bruts de nouveaux diagnostics selon le sexe, Québec, de 2004 à 2018



⁵³ 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 14 Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2018

An	Anciens diagnostics					Nouveaux diagnostics					Diagnostics non caractérisés					Total
	H	F	Trans*	N/P	s/tot	H	F	Trans*	N/P	s/tot	H	F	Trans*	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	229	106	0	0	335	265	80	0	0	345	14	7	0	0	21	698
2018	214	137	2	0	353	236	74	1	0	311	3	4	0	0	7	671
Total	3 693	1 354	10	1	5 058	4 779	1 077	1	1	5 858	336	103	0	0	439	11 355

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 2018.

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

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

Trans* : inclus les hommes trans et les femmes trans.

^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), septembre 2019.

Tableau 15 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 2018

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	154	58,1	2	0,8	7	2,6	64	24,2	12	4,5	0	0,0	0	0,0	23	8,7	3	1,1	0	0,0	265
2018	158 ^a	66,9	5	2,1	11	4,7	29	12,3	11	4,7	0	0,0	0	0,0	22	8,3	0	0,0	0	0,0	236
Total	3 382	70,8	137	2,9	267	5,6	438	9,2	149	3,1	1	0,0	3	0,1	354	7,4	28	0,6	20	0,4	4 779

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

Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec multiples partenaires, contact travailleur(euse) du sexe, antécédents 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 2012-2018 et des sous-totaux et totaux. 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.

^a Un cas chez une personne trans a été classé dans la catégorie HARSAH ce qui explique la différence avec le nombre de cas HARSAH parmi les hommes (tableau 2).

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2019.

Tableau 16 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 2018.

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
2018	7	9,5	44	59,5	11	14,9	0	0,0	0	0,0	11	14,9	0	0,0	1	1,4	74
Total	143	13,3	543	50,4	200	18,6	0	0,0	2	0,2	161	14,9	4	0,4	24	2,2	1 077

Notes : Rel Hétéro part à risque : relations sexuelles avec partenaire ayant un des risques suivants : VIH+, origine pays fortement endémique, UDI, HARSAN, receveur transfusion ou facteur de coagulation. Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec multiples partenaires, contact travailleur(euse) du sexe, antécédents 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 2012-2018 et des sous-totaux et totaux. 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), septembre 2019.

Tableau 17 Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2018

	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	%	
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	154	44,6	2	0,6	7	2,0	125	36,2	22	6,4	0	0,0	0	0,0	30	8,7	3	0,9	2	0,6	345
2018	159 ^a	51,1	5	1,6	18	5,8	73	23,5	22	7,1	0	0,0	0	0,0	33	10,6	0	0,0	1	0,6	311
Total	3 383	57,8	137	2,3	410	7,0	981	16,7	349	6,0	1	0,0	5	0,1	515	8,8	32	0,6	44	0,8	5 857

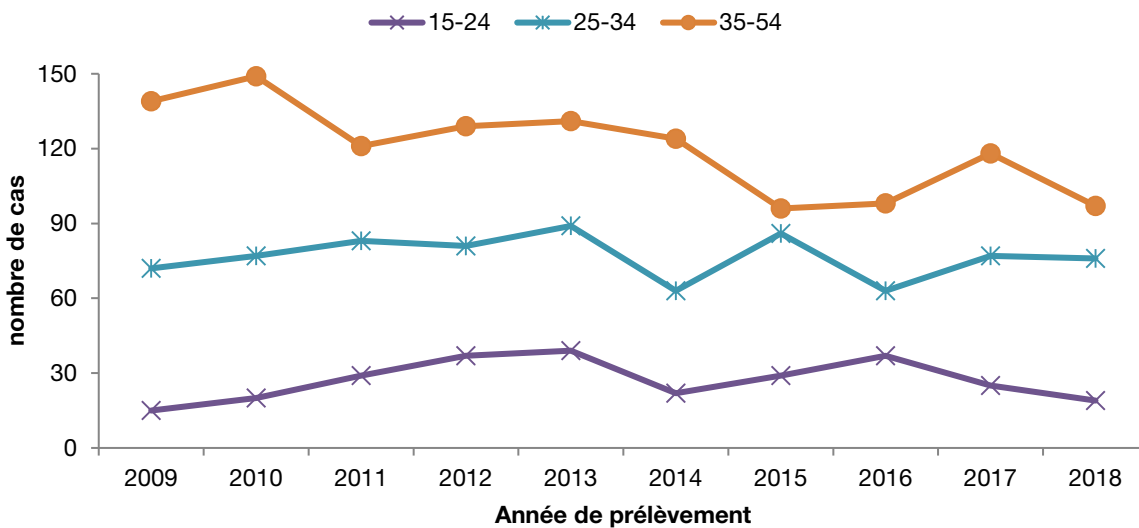
Notes : Rel Hétéro part à risque : relations sexuelles avec partenaire ayant un des risques suivants : VIH+, origine pays fortement endémique, UDI, HARSAH, receveur transfusion ou facteur de coagulation. Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec multiples partenaires, contact travailleur(euse) du sexe, antécédents 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 2012-2018 et des sous-totaux et totaux. 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.

^a Un cas chez une personne trans* a été classé dans la catégorie HARSAH ce qui explique la différence avec le nombre de cas HARSAH parmi les hommes.

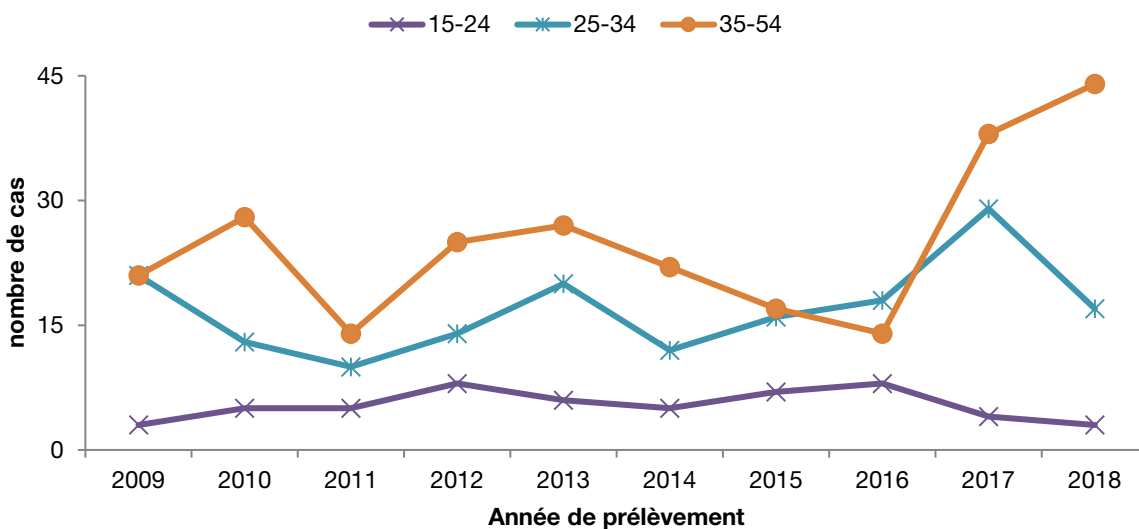
Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2019.

Figure 24 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 à 54 ans, Québec, de 2009 à 2018



Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2019.

Figure 25 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 à 54 ans, Québec, de 2009 à 2018



Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), septembre 2019.

Tableau 18 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2014 à 2018

Région	2014		2015		2016		2017		2018		Variation 2014-2014			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	1	0,5	3	1,5	4	2,0	0	0,0	1	0,5	-0	0,0	0	0,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	2	0,7	4	1,4	2	0,7	6	2,1	4	1,4	2	100,0	0,7	100,0
Capitale-Nationale	20	2,8	22	3,0	16	2,2	26	3,5	19	2,5	-1	-5,0	-0,3	-10,7
Mauricie et Centre-du-Québec	8	1,6	8	1,6	4	0,8	14	2,7	8	1,5	0	0,0	-0,1	-6,3
Estrie	8	2,5	4	0,8	5	1,0	6	1,2	4	0,8	-4	-50,0	1,7	-68,0
Montréal	171	8,7	176	8,8	176	8,8	205	10,1	190	9,3	19	11,1	0,6	6,9
Outaouais	10	2,6	4	1,0	8	2,0	9	2,3	6	1,5	-4	-40,0	-1,1	-42,3
Abitibi-Témiscamingue	3	2,1	3	2,0	5	3,4	1	0,7	5	3,3	2	66,7	1,2	57,4
Côte-Nord	1	1,1	3	3,1	0	0,0	0	0,0	2	2,1	1	50,0	1,0	47,6
Nord-du-Québec	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	1	1,1	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Chaudière-Appalaches	7	1,7	3	0,7	3	0,7	4	0,9	4	0,9	-3	-42,9	-0,8	-47,1
Laval	12	2,9	10	2,3	9	2,1	17	3,9	11	2,5	-1	-8,3	-0,4	-13,8
Lanaudière	5	1,0	12	2,4	15	2,9	14	2,7	7	1,3	2	40,0	0,3	30,0
Laurentides	5	0,9	13	2,2	9	1,5	10	1,6	11	1,8	6	120,0	0,9	100
Montérégie	31	2,1	36	2,6	38	2,7	32	2,3	39	2,8	8	25,8	0,7	33,3
Nunavik	1	8,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-1	-100,0	-8,2	-100,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Province de Québec	285	3,5	301	3,6	296	3,5	345	4,1	311	3,7	26	9,1	0,2	5,7

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), septembre 2019.

9.4 Commentaires

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 système⁵⁴, la diminution du nombre de nouveaux diagnostics observée pour plusieurs catégories d'exposition mérite à nouveau d'être soulignée. 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, les services d'injection supervisée, le dépistage régulier et la prise en charge précoce des cas détectés, des thérapies hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale et du risque de transmission, des approches comportementales mieux adaptées et l'arrivée récente de la prophylaxie préexposition pour le VIH, en usage depuis 2016.

L'augmentation de cas enregistrés dans la catégorie des « personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique » en 2017 est probablement reliée à l'arrivée d'immigrants récents et 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 ou non divulgués; 2) ces personnes peuvent ne plus être résidentes au Québec, cette information étant inconnue. Par ailleurs, elles peuvent être déjà en lien avec les soins et prendre des traitements au moment de l'enregistrement.

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. Par contre, cette diminution ne s'est pas poursuivie; le nombre de cas enregistrés en 2018 étant très similaire à 2017. Cette stabilisation appuie la poursuite des travaux afin que les nombreux programmes et mesures complémentaires actuellement en place au Québec atteignent leur plein potentiel.

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 307 nouveaux diagnostics a été 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 publié des cibles à atteindre d'ici 2020⁵⁵. 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.

⁵⁴ Le lecteur peut se référer au rapport du Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec pour les explications relatives aux limites du programme (voir R. Bitera et coll., op. cit.).

⁵⁵ 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>.

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 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, 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 une prévalence et une incidence plus élevée des ITSS à l'intérieur de ces groupes et par des pratiques qui augmentent le risque d'être exposé. 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.

Le présent Portrait fait état de données récentes au sujet de la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et de celle des personnes UDI.

10.1 Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Selon l'EQSP 2014-15⁵⁶, 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.

L'étude Engage⁵⁷

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.

Engage aborde des sujets variés relatifs à la santé sexuelle. Les participants sont des HARSAH sexuellement actifs au cours des 6 derniers mois, âgés de 16 ans ou plus et résidants 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 uniquement par des HARSAH de leur entourage qui avaient eux-mêmes participé à l'étude. Cette méthode permet de contacter une grande diversité de répondants. Afin d'accroître la représentativité des données colligées, celles-ci ont ensuite été ajustées selon la taille du réseau social de chaque participant telle que rapportée par celui-ci.

⁵⁶ 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

⁵⁷ G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian, EEM Moodie et les membres de l'équipe de recherche Engage. Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, janvier 2019 Disponible sur : engage-men.ca/fr/montreal.

Un total de 1 179 HARSAH âgés de 18 à 80 ans (âge moyen de 38 ans) a contribué à ces observations. L'étude a rejoint plusieurs HARSAH âgés de moins de 30 ans, ayant un revenu annuel de moins de 30 000,00 \$ ou dont l'origine ethnoculturelle était autre que canadienne-française ou anglaise.

Les faits saillants de l'étude sont disponibles sur le site internet d'Engage⁵⁸. Les résultats colligés ici sont extraits d'un rapport général de l'étude dont la rédaction est en cours (ce rapport général inclut l'intervalle de confiance à 95 % des proportions présentées ici). Ils traitent du recours à quatre stratégies de prévention de l'infection au VIH : le dépistage, la prophylaxie pré exposition (PPrE), la prophylaxie post exposition (PPE) et le traitement de l'infection comme stratégie de prévention (TASP).

10.1.1 DÉPISTAGE DE L'INFECTION PAR LE VIH

Niveau de recours à un test de détection du VIH

Parmi les participants de statut VIH négatif ou inconnu, environ 1/20 (4,8 %) n'a jamais passé un test de détection du VIH au cours de sa vie (ou ne sait pas s'il en a déjà passé un ou non). Les trois quarts (74 %) ont passé un test au cours de la dernière année et la moitié (50 %) au cours des six derniers mois.

Lorsque des facteurs de risque sont présents de manière continue ou répétée, il est recommandé d'offrir un dépistage du VIH tous les trois à six mois selon le Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang⁵⁹. Parmi les participants d'Engage, 54 % présentaient un profil de risque élevé de contracter l'infection par le VIH (selon les critères du « High-incidence risk index-MSM »^{60,61}). Au cours des six derniers mois, seulement 60 % des participants de statut VIH négatif ou inconnu présentant un profil de risque élevé avaient passé un test.

Facteurs associés au fait de ne pas avoir passé un test de détection du VIH au cours des 6 derniers mois⁶²

En analyse multivariée, les facteurs suivants se sont révélés associés de manière statistiquement significative au fait de ne pas avoir passé un test du VIH au cours des six derniers mois parmi ces hommes ayant un profil de risque élevé de contracter le VIH :

- Être moins préoccupé par l'infection au VIH qu'avant;
- Se percevoir à faible risque de contracter le VIH (et rapporter moins de 6 partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois);

⁵⁸ G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian, EEM Moodie et les membres de l'équipe de recherche Engage. Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, janvier 2019 Disponible sur : engage-men.ca/fr/montreal.

⁵⁹ Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, mise à jour janvier 2019, Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

⁶⁰ Smith DK, Pals SL, Herbst JH, Shinde S, Carey JW. Development of a clinical screening index predictive of incident HIV infection among men who have sex with men in the United States. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr.* 2012;60(4):421-427.

⁶¹ Centers for Disease Control and Prevention: US Public Health Service: Preexposure prophylaxis for the prevention of HIV infection in the United States—2017 Update : a clinical practice guideline. <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/risk/prep/cdc-hiv-prep-guidelines-2017.pdf>. Published March 2018

⁶² Messier-Peet M, Apelian H, Moodie EEM, Cox J, Lambert G, et al. Investigating factors associated with sub-optimal HIV testing among high-risk gay, bisexual, and other men who have sex with men: Results from Engage-Montreal 2017-2018. 28th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS. Mai 9-12, 2019. Saskatoon, SK. Disponible sur : <https://www.engage-men.ca/fr/publications/affiches/>

- Ne pas connaître les recommandations de dépistage du VIH;
- Ne pas avoir un médecin de famille;
- Ne pas savoir où obtenir un test de détection du VIH.

Cependant, les facteurs suivants n'étaient pas associés au fait de ne pas avoir passé un test au cours des six derniers mois :

- Âge;
- Scolarité;
- Groupe ethnoculturel (canadien français ou Canadien anglais versus autre appartenance ethnoculturelle);
- Orientation sexuelle;
- Relation avec un partenaire régulier;
- Revenu;
- Altruisme sexuel;
- Préoccupations au sujet des modalités du test de détection du VIH (coût du test, manque de confiance dans la validité du test, honte d'avoir besoin de faire un test, malaise à parler de ses pratiques sexuelles, inquiétude au sujet de la confidentialité du résultat);
- Craintes au sujet d'un éventuel résultat positif (ne pas pouvoir faire face à un résultat positif, être jugé négativement si le résultat est positif, obligation d'avoir à révéler le résultat à ses partenaires).

Ainsi, plusieurs obstacles au dépistage identifiés dans le passé ne semblent plus jouer un rôle actuellement.

Expérience concernant le plus récent test de détection du VIH

Lors du plus récent test de détection du VIH, le tiers des participants (32 %) a consulté dans une clinique médicale qu'ils considéraient être spécialisée en santé sexuelle, le quart (25 %) dans une clinique médicale qu'ils ne considéraient pas être spécialisée en santé sexuelle, le sixième (15 %) dans un CLSC et un sur 20 (5,6 %) dans un organisme communautaire. Tous contextes de consultation confondus, 53 % des participants ont eu à prendre spécifiquement un rendez-vous pour passer un test de détection (en fait, un grand nombre avait eu un test lors d'un bilan ou d'un suivi de santé habituel déjà planifié). Parmi ceux qui ont pris un rendez-vous, 27 % l'ont obtenu en une semaine et 46 % en une à deux semaines; seulement 6,7 % l'ont obtenu en plus de 4 semaines. Un participant sur 10 (11 %) a rapporté que son plus récent test était un test de dépistage à résultat rapide (« test par piqûre du doigt ou frottis buccal et obtention du résultat lors de la même visite »).

Jusqu'à 40 % des participants ont mentionné qu'ils avaient eu « peu » ou « pas du tout » l'occasion de poser des questions ou de parler de leurs préoccupations concernant le test du VIH lors de leur visite. Parmi les participants ayant consulté dans une clinique médicale, se spécialisant en santé sexuelle ou non, les deux tiers (68 %) n'ont eu aucun montant à déboursier pour passer le test du VIH, le cinquième (19 %) a dû payer un montant de moins de 25 \$ alors que 7 % ont rapporté avoir dû payer entre 25 \$ et 49 \$.

10.1.2 RECOURS À LA PROPHYLAXIE PRÉ EXPOSITION

Niveau de recours à la prophylaxie préexposition

La PPrE est une stratégie efficace de prévention du VIH au sujet de laquelle des recommandations d'utilisation canadiennes⁶³ et québécoises⁶⁴ ont été diffusées en 2017. Environ la moitié (52 %) des participants de l'étude Engage satisfaisait les critères québécois de recommandation de la PPrE et 50 % satisfaisaient les critères canadiens. Parmi ces derniers et au cours des six derniers mois, 85 % avaient déjà entendu parler de la PPrE, 39 % avaient senti le besoin d'utiliser la PPrE, 21 % avaient tenté de l'obtenir et 15 % l'avaient utilisé (« à demande » ou « en continu »). Près d'un répondant sur 5 (18 %) avait déjà utilisé la PPrE au cours de sa vie.

Facteurs associés au fait de ne pas avoir tenté d'obtenir la PPrE au cours des six derniers mois⁶⁵

En analyse multivariée, les facteurs suivants se sont révélés associés de manière statistiquement significative au fait de « ne pas avoir tenté d'obtenir la PPrE au cours des six derniers mois » parmi les hommes de statut VIH négatif ou inconnu satisfaisant les critères canadiens de recommandation de la PPrE :

- Ne pas se sentir assez à risque pour utiliser la PPrE;
- Ne pas en savoir assez sur la PPrE pour déterminer si elle nous convient ou pas;
- Croire que la PPrE est « pas du tout », « peu » ou « modérément » efficace pour empêcher quelqu'un de contracter le VIH;
- Douter de pouvoir trouver un médecin assez ouvert à nos activités et choix sexuels pour nous prescrire la PPrE;
- Ne pas aimer l'idée de devoir aller aux rendez-vous de suivi médical réguliers requis lors de prise de PPrE;
- S'inquiéter des effets secondaires à court et à long terme de la PPrE;
- Ne pas avoir un professionnel de la santé régulier pour ses soins médicaux généraux;
- Ne pas savoir où aller pour obtenir la PPrE;
- Ne pas avoir une assurance-médicaments.

Expérience concernant la prise de PPrE

Les participants ayant utilisé la PPrE au cours de leur vie (n = 145) ont été invités à décrire leur expérience. Le quart (25 %) de ces utilisateurs avait pris la PPrE pour la première fois en 2015 ou avant, près du tiers (32 %) en 2016 et 43 % en 2017 ou 2018. Six utilisateurs sur 10 (62 %) ont pris la PPrE en continu, 11 % ont pris la PPrE « à demande » et 28 % l'ont prise parfois de façon continue et

⁶³ Darrel Tan, Mark Hull et coll. Canadian Guidelines on HIV Pre-exposure Prophylaxis and Non-Occupational Post Exposure Prophylaxis; CMAJ November 27, 2017 189 (47).

⁶⁴ 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.

⁶⁵ Apelian H, Lambert G, Moodie EEM, Messier-Peet M, Cox J et al. Bridging the PrEP Gap: characteristics of men who have sex with men that are not trying to access PrEP but meet clinical recommendations. 28th Annual Canadian Conference on HIV/AIDS, Mai 9-12, 2019. Saskatoon, SK. Disponible sur : <https://www.engage-men.ca/our-work/orals/>

parfois « à demande ». Les participants qui ont pris la PPrE « à demande » l'avaient prise en moyenne 9 fois (médiane : 5 fois).

Lors de leur dernière prise de PPrE, 12 % avaient reçu la médication antirétrovirale de la part « d'une connaissance qui était elle-même sous PPrE et qui leur avait donné les pilules » alors que 13 % l'avaient reçu dans le cadre d'une étude clinique. Un peu plus de 9 utilisateurs sur 10 (96 %) avaient reçu une prescription d'un médecin. Parmi ces derniers, 74 % avaient reçu la prescription de la part d'un professionnel d'une clinique médicale qu'ils considéraient être spécialisée en santé sexuelle.

10.1.3 RECOURS À LA PROPHYLAXIE POST EXPOSITION SEXUELLE

Niveau de recours à la prophylaxie post-exposition (PPE)

Au Québec, les indications de PPE sont diffusées depuis au moins une dizaine d'années⁶⁶. Parmi les participants de statut VIH négatif ou inconnu, 56 % avaient déjà entendu parler de la PPE, 18 % avaient senti au cours des six derniers mois le besoin d'utiliser la PPE, 7,3 % avaient tenté d'obtenir la PPE au cours des six derniers mois et 3,9 % avaient utilisé la PPE au cours des six derniers mois. Jusqu'à 12 % des répondants avaient pris une prophylaxie du VIH post-exposition sexuelle une fois ou plus au cours de leur vie; parmi ceux-ci, 65 % avaient pris une PPE une seule fois et 23 % en avaient pris deux fois.

Facteurs pouvant influencer le recours à la PPE

Plusieurs facteurs sont de nature à influencer le recours à la PPE. Ainsi, parmi les participants de statut VIH négatif ou inconnu ayant déjà entendu parler de la PPE, 26 % croyaient qu'elle était « peu » ou « modérément » efficace pour empêcher que quelqu'un exposé au VIH contracte ce virus et 25 % n'avaient pas d'opinion. Le quart des participants (27 %) disait ne pas en savoir assez sur la PPE pour dire s'ils pourraient en avoir besoin un jour; 19 % étaient inquiets de se faire juger négativement par les professionnels de la santé s'ils demandaient une PPE; 47 % ne savaient pas où s'en procurer une et 54 % étaient inquiets des effets secondaires des médicaments utilisés.

Expérience concernant la prise de PPE à la suite d'une relation sexuelle

Parmi les participants ayant pris une PPE une fois ou plus au cours des deux dernières années (n = 80),

- 96 % avaient obtenu une prescription de PPE de la part d'un médecin (dans 9,2 % des cas, la consultation auprès du professionnel de la santé avait eu lieu au service d'urgence d'un centre hospitalier alors que dans 70 % des cas, elle avait eu lieu dans une clinique médicale que les participants considéraient spécialisée en santé sexuelle).
- Presque un participant sur six (14 %) a rapporté avoir eu « peu » ou « pas du tout » l'occasion de poser des questions ou de parler de ses préoccupations concernant la prise de la PPE auprès du (des) professionnel(s) de la santé qu'il avait consulté.
- Un cinquième (20 %) a pris la médication durant 7 jours ou moins. Parmi ceux qui l'ont pris plus de 7 jours, 84 % ont complété la durée recommandée de 28 jours.

⁶⁶ Guide pour la prophylaxie après une exposition au VIH, au VHC et au VHC dans un contexte non professionnel », Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010.

Parmi l'ensemble des participants ayant déjà pris une PPE à vie, le tiers (36 %) a éprouvé des effets secondaires durant la prise de la médication (p. ex., nausées, vomissements, diarrhées, fatigue/manque d'énergie) ayant eu un impact sur ses activités quotidiennes.

10.1.4 RECOURS AU TRAITEMENT

Parmi les participants ayant rapporté être de statut VIH positif, 39 % avaient reçu un résultat positif au test de détection du VIH pour la première fois avant l'année 1996, 35 % entre 1996 et 2008 et 29 % après 2008. Pratiquement tous (99 %) « *avaient actuellement une clinique ou un professionnel qu'ils consultaient pour leurs soins du VIH* ». Parmi ces derniers, 78 % ont mentionné que leur plus récent rendez-vous chez leur professionnel ou clinique pour des soins VIH avait eu lieu au cours des 3 derniers mois, 94 % au cours des six derniers mois.

La moitié (53 %) des participants ayant eu un test de détection du VIH positif pour la première fois avant 1996 avait commencé à prendre des médicaments pour traiter l'infection au VIH dans l'année du diagnostic. Cette proportion était respectivement de 63 % et de 86 % parmi ceux ayant eu un test de détection du VIH positif pour la première fois entre 1996 à 2008 et après 2008.

Pratiquement toutes les personnes (98 %) ayant mentionné être de statut VIH positif prenaient des antirétroviraux au moment de leur participation à l'étude. Parmi les participants de statut VIH positif prenant des médicaments pour le VIH, 12 % ont mentionné qu'ils oubliaient de prendre au moins une dose de leurs médicaments anti-VIH en moyenne deux à trois jours par semaine ou plus.

Parmi l'ensemble des personnes ayant mentionné être de statut VIH positif, prenant ou non des antirétroviraux, 88 % ont mentionné que selon elles, leur charge virale était actuellement indétectable (à moins de 50 copies). De celles-ci, 90 % avaient effectivement une charge virale de moins de 50 copies telle que mesurée lors de l'étude.

Commentaires

Les données d'Engage ont été recueillies auprès d'HARSAH sexuellement actifs résidant dans la région métropolitaine de Montréal; elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des HARSAH québécois. Elles montrent que les niveaux de détection du VIH, de prophylaxie préexposition et de prophylaxie post exposition ne sont pas optimaux en regard des indications reconnues. Il apparaît nécessaire de poursuivre les efforts pour mieux faire connaître ces mesures (efficacité de la mesure, recommandations de recours, fréquence de recours, ressources disponibles).

Toutefois, les trois cibles de la cascade de soins VIH fixées par l'OMS (90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 90 % de ces personnes ont accès à un traitement antirétroviral efficace, 90 % de ces personnes atteignent et maintiennent une charge virale supprimée) sont atteintes dans cet échantillon d'HARSAH. L'atteinte de ces cibles n'étant pas un phénomène statique, la situation peut se détériorer ou stagner, particulièrement la capacité des membres de certains sous-groupes à accéder et à adhérer au traitement. Par ailleurs, il s'agit maintenant de placer la barre plus haute et de relever les défis de la déclaration de Paris⁶⁷, dont celui de mettre fin à l'épidémie en 2030.

⁶⁷ http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/20141201_Paris_declaration

10.2 Personnes consommant des drogues par injection

L'EQSP 2014-15 a documenté que 0,8 % 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 56 300 personnes⁶⁸. Selon une étude effectuée en 2012, le nombre d'UDI résidant à Montréal se situerait entre 3 178 et 4 899⁶⁹.

10.2.1 RÉSEAU SURVUDI⁷⁰

Depuis 1995, 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 l'étude SurvUDI, une personne doit s'être injecté 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 des centres d'accès au matériel d'injection stérile. Au 31 mars 2018, 15 200 individus différents ont rempli 29 579 questionnaires depuis le début du réseau. Les trois quarts des participants sont des hommes dont l'âge moyen est de 36,4 ans; l'âge moyen des femmes est de 31,6 ans.

10.2.2 COMPORTEMENTS D'INJECTION

La proportion de participants au réseau SurvUDI s'étant injectés quotidiennement au cours du dernier mois est relativement stable depuis 2010-2011, elle se situe entre 35 et 40 % (figure 26).

La proportion des participants ayant déclaré s'être injectés au cours des six derniers mois avec des seringues déjà utilisées par d'autres personnes s'est stabilisée autour de 17 % depuis 2010-2011. La proportion des participants ayant utilisé au moins un item de matériel d'injection, autre qu'une seringue, déjà utilisé par quelqu'un d'autre est d'environ 25 % (Figure 27).

L'injection de restes de drogue extraits à partir d'un coton, d'un filtre ou d'un contenant est rapportée par 57 % des participants; parmi ceux-ci, 32 % se sont injectés avec des restes déjà utilisés par quelqu'un d'autre (période 2011-2018).

10.2.3 PRODUITS CONSOMMÉS

En baisse progressive depuis 2007, la cocaïne demeure la drogue injectée (une fois ou plus au cours des six derniers mois) par la plus grande proportion des participants (69 %, période 2009-2018).

Les deux tiers (64 %) des participants se sont injectés des médicaments opioïdes (période 2009-2018). Le risque de dépendance et de surdose aux médicaments opioïdes est très important puisque ces médicaments sont fréquemment consommés par voie d'injection et que la consommation d'une dose peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections. Ces nombreuses injections augmentent le nombre de manipulations et donc le risque de transmission d'infections par

⁶⁸ 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.

⁶⁹ 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.

⁷⁰ 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 2018 — Épidémiologie du VHC de 2003 à 2018. Institut national de santé publique du Québec, Rapport à paraître.

le VIH et le VHC, si le matériel est partagé. Du matériel adapté à l'injection de ces substances est maintenant disponible.

10.2.4 INFECTION AU VIH ET CASCADE DE SOINS

Après une diminution importante entre 1995 et 2009, le taux d'incidence du VIH a continué à baisser, mais à un rythme plus faible; ce taux était de 0,2 par 100 PA en 2016 (figure 28). Par ailleurs, en 2017, la prévalence du VIH était de 11 % (IC95 % : 9,1-13,9) parmi les participants effectuant une première visite annuelle.

En 2017, 66 % des participants non infectés avaient eu un test de détection du VIH ou plus au cours des 12 derniers mois; 10 % de ceux dont le test VIH effectué dans le cadre du projet s'était révélé positif ignoraient être infectés et 93 % des participants se sachant séropositifs prenaient des médicaments contre le VIH au moment de l'enquête.

La figure 29 fait état d'indicateurs de la cascade de soins VIH chez les participants à SurvUDI et de l'évolution de ceux-ci entre 2003-2005 et 2016-2018. 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 93 % en 2017. L'information sur la charge virale n'est pas disponible.

10.2.5 INFECTION AU VHC ET CASCADE DE SOINS

Une baisse statistiquement significative du taux d'incidence des anti-VHC est observée entre 1998 et 2016; il était de 10 par 100 PA en 2016 (Figure 30). Par ailleurs, en 2017, la prévalence des anti-VHC était de 67 % (IC95 % : 63,0-70,1) parmi les participants effectuant une première visite annuelle.

En 2017, 57 % des personnes non infectées avaient eu un test de détection du VHC une fois ou plus au cours des 12 derniers mois; 18 % des personnes UDI ayant eu un test des anticorps contre le VHC positif dans le cadre du projet ignoraient leur statut et 34 % des participants se sachant séropositifs avaient déjà pris des médicaments contre le VHC (figure 31).

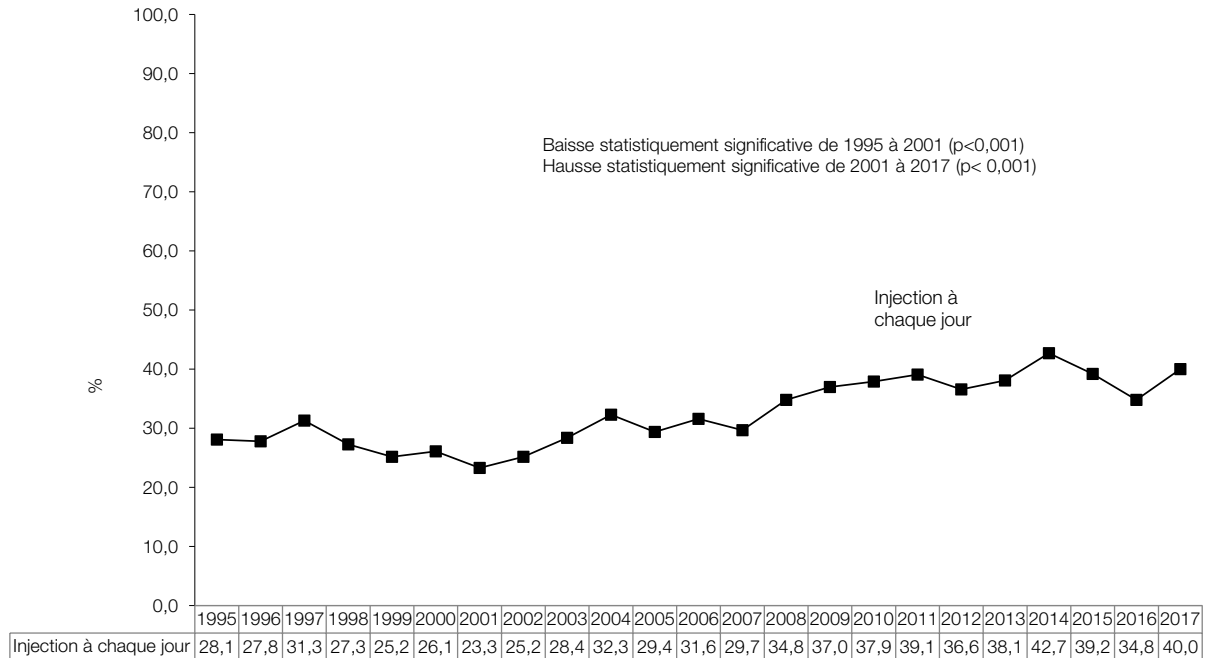
Commentaires

Les efforts doivent être poursuivis pour que l'objectif d'absence de partage de seringues ou d'autre matériel d'injection puisse être atteint.

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 guérir l'infection par le VHC et pour contrôler le VIH. 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), incluant des stratégies de prévention des réinfections. 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.

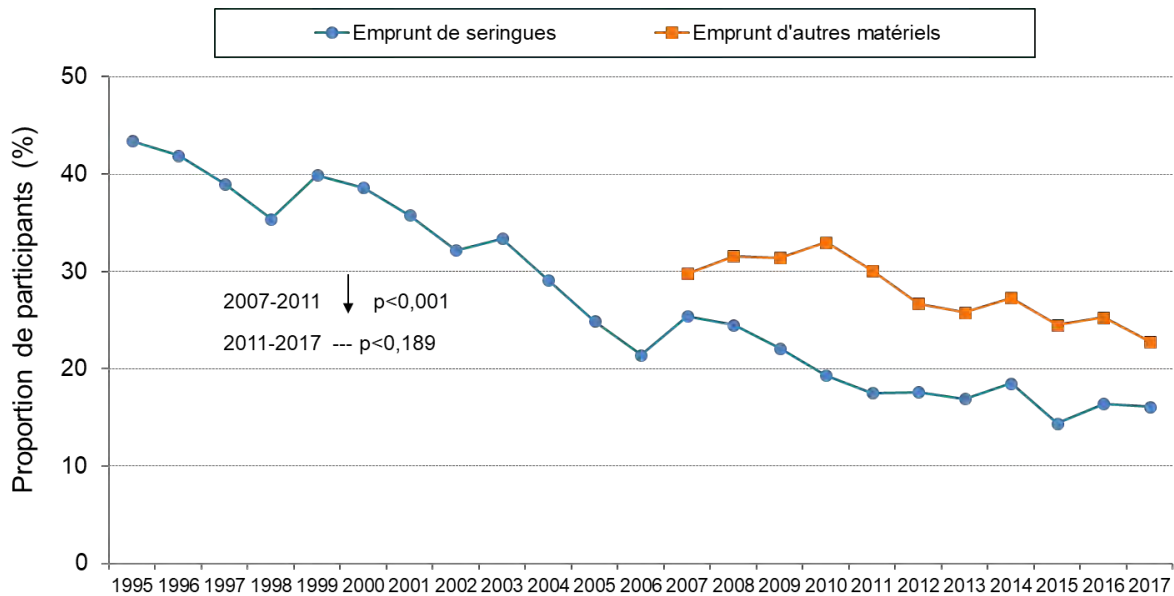
Figure 26 Tendence de l'injection à chaque jour dans les six derniers mois, à la première visite annuelle, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2017



Première visite annuelle

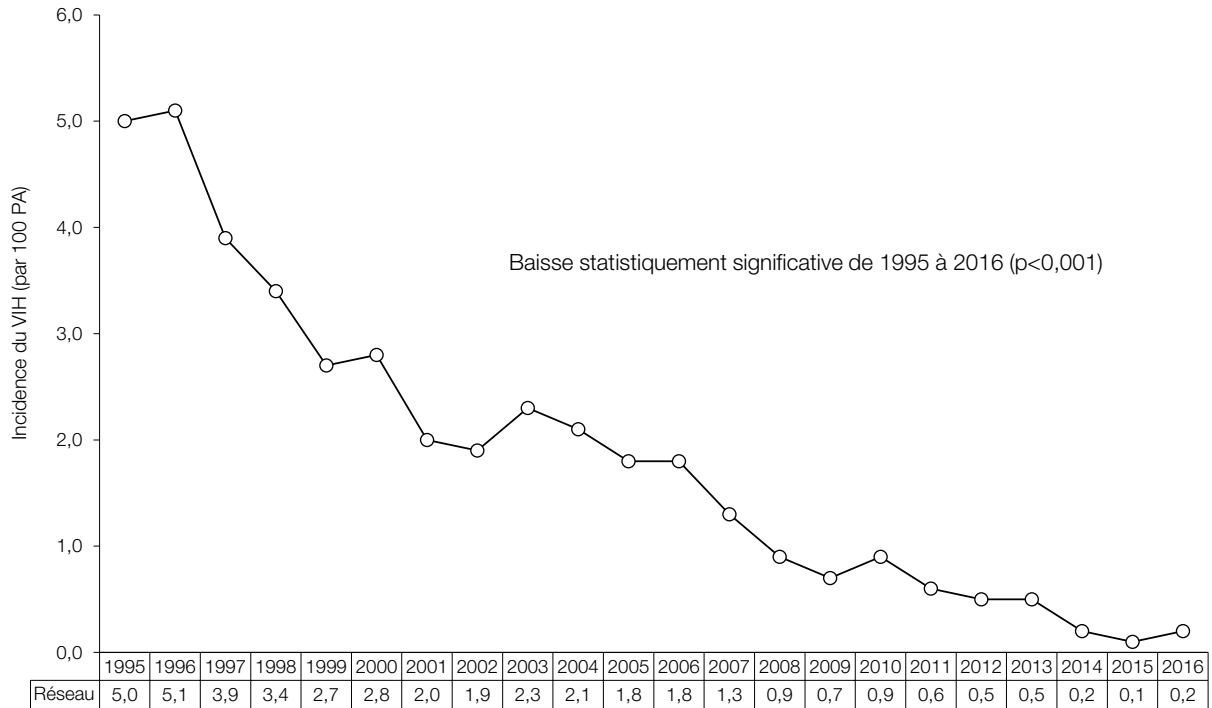
Tests par équations d'estimation généralisées

Figure 27 Tendances de l'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

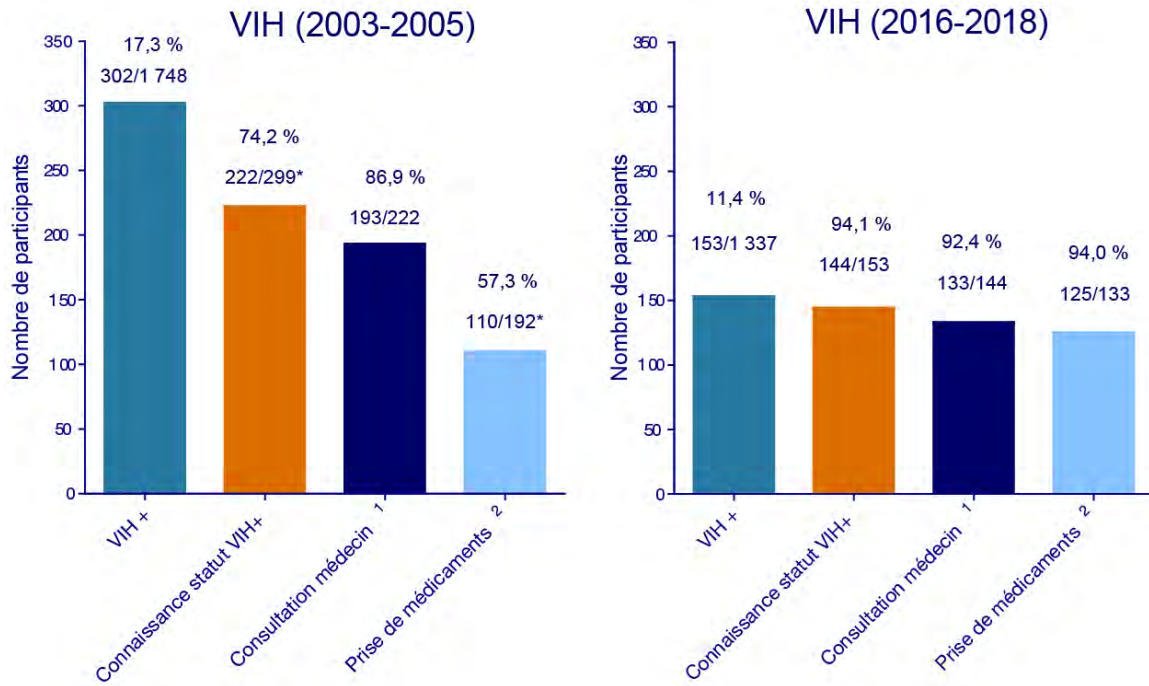
Figure 28 Tendances de l'incidence du VIH, Réseau SurvUDI-I-Track, 1995-2016



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 2016 au 31 mars 2018, réseau SurvUDI



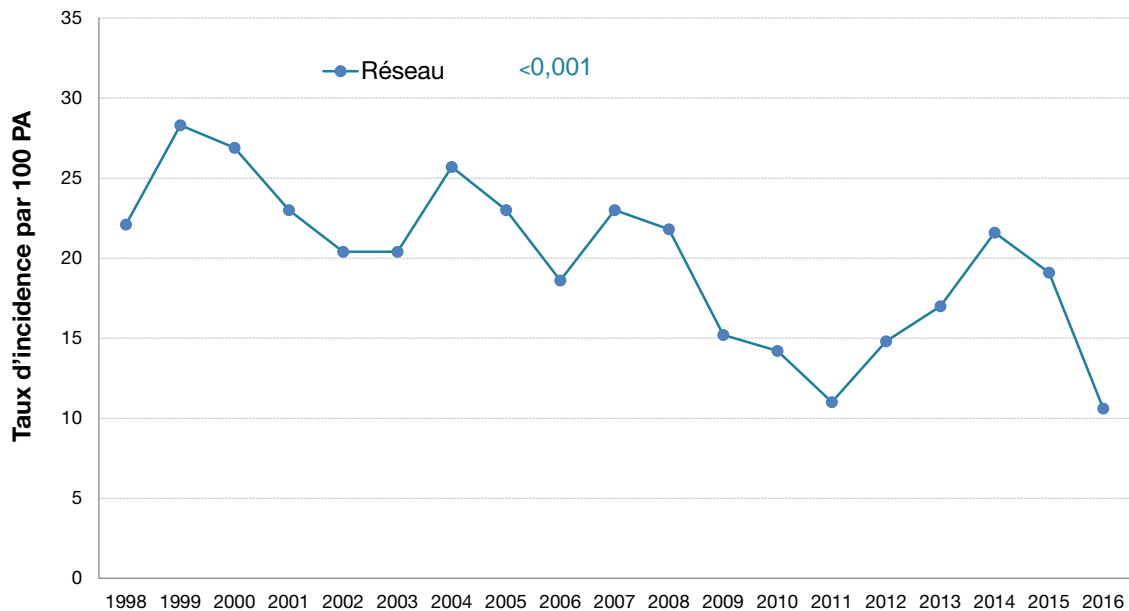
Réseau — à la visite la plus récente pour la période.

* 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 six derniers mois;

2 Prise actuelle de médicaments

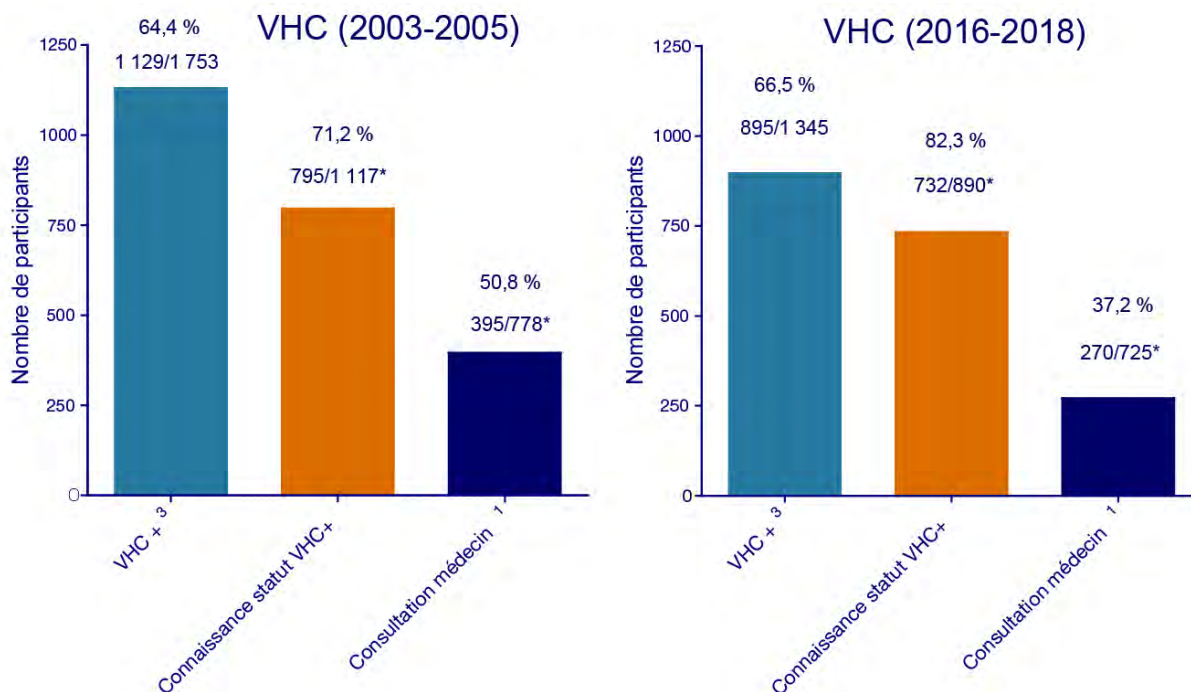
Figure 30 Tendances de l'incidence des anti-VHC, Réseau SurvUDI-I-Track, 1998-2016



Test par bootstrap (1 000 itérations).

PA : personnes-années.

Figure 31 Éléments de la cascade de soins pour les cas anti-VHC +, pour les participants recrutés du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2018, réseau SurvUDI



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

Étant donné qu'il n'est pas indiqué de traiter d'emblée toutes les infections par le VHC, les données sur le traitement sont difficiles à interpréter et ne sont pas présentées ici.

* 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 La mesure utilisée (présence d'anticorps) signifie que le participant a déjà été infecté par l'hépatite C. Il est possible que l'infection soit toujours active ou qu'elle ne le soit plus, soit parce que le sujet a résolu l'infection spontanément ou parce qu'il a suivi un traitement avec succès.

² Consultation d'un médecin dans les 6 derniers mois.

Annexe 1

**Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de
certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2018**

Tableau 19 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2018

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	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,4	0	0,0
1-9	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	5	1,2	2	0,5	0	0,0
10-14	9	4,1	1	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0
15-19	1 317	627,0	220	104,7	1	0,5	11	5,2	5	2,4	4	1,9	3	1,4
20-24	3 431	1351,4	1 043	410,8	0	0,0	67	26,4	28	11,0	22	8,7	16	6,3
25-29	2 482	870,6	1 252	439,1	18	6,3	125	43,8	63	22,1	53	18,6	33	11,6
30-34	1 388	493,1	973	345,7	11	3,9	107	38,0	89	31,6	53	18,8	43	15,3
35-39	963	314,5	761	248,5	9	2,9	109	35,6	109	35,6	81	26,5	31	10,1
40-44	571	199,4	470	164,1	17	5,9	87	30,4	105	36,7	86	30,0	21	7,3
45-49	359	134,0	370	138,1	12	4,5	78	29,1	78	29,1	87	32,5	24	9,0
50-54	279	94,3	323	109,2	10	3,4	96	32,5	54	18,3	132	44,6	21	7,1
55-64	282	45,7	342	55,4	9	1,5	116	18,8	65	10,5	240	38,9	32	5,2
65et+	59	8,1	81	11,1	2	0,3	44	6,0	69	9,4	101	13,8	12	1,6
Inconnu	19		7		0		1		1		2		0	
Total	11 159	264,0	5 844	138,3	90	2,1	841	19,9	672	15,9	867	20,5	236	5,6

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 2018 sont inclus.

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2019.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Tableau 20 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2018

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	3	6,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	7	1,7	3	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,2	1	0,2
10-14	139	66,6	12	5,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,0	0	0,0
15-19	4 715	2359,5	280	140,1	0	0,0	7	3,5	3	1,5	4	2,0	0	0,0
20-24	6 313	2563,9	484	196,6	0	0,0	19	7,7	34	13,8	16	6,5	3	1,2
25-29	3 089	1093,8	321	113,7	0	0,0	21	7,4	58	20,5	43	15,2	5	1,8
30-34	1 294	473,0	205	74,9	0	0,0	13	4,8	112	40,9	47	17,2	12	4,4
35-39	760	259,0	154	52,5	0	0,0	8	2,7	99	33,7	48	16,4	13	4,4
40-44	438	159,2	88	32,0	0	0,0	4	1,5	46	16,7	42	15,3	10	3,6
45-49	188	73,4	54	21,1	0	0,0	9	3,5	35	13,7	41	16,0	9	3,5
50-54	97	33,7	25	8,7	0	0,0	3	1,0	20	7,0	44	15,3	12	4,2
55-64	66	10,7	18	2,9	0	0,0	7	1,1	32	5,2	95	15,5	7	1,1
65 et +	12	1,4	4	0,5	0	0,0	0	0,0	42	4,8	66	7,6	2	0,2
Inconnu	18		4		0		0		0		1		0	
Total	17 139	402,2	1 652	38,8	0	0,0	91	2,1	483	11,3	450	10,6	74	1,7

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 2018 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2019.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Tableau 21 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2018

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
< 1an	3	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	3,3	0	0,0
1-9	7	0,8	4	0,5	0	0,0	0	0,0	7	0,8	3	0,4	1	0,1
10-14	148	34,7	13	3,1	0	0,0	0	0,0	1	0,2	3	0,7	0	0,0
15-19	6 040	1473,6	501	122,2	0	0,0	18	4,4	8	2,0	8	2,0	3	0,7
20-24	9 768	1953,1	1 530	305,9	2	0,4	88	17,6	62	12,4	38	7,6	19	3,8
25-29	5 580	983,2	1 577	277,9	18	3,2	149	26,3	123	21,7	98	17,3	38	6,7
30-34	2 689	484,5	1 178	212,2	11	2,0	120	21,6	202	36,4	102	18,4	56	10,1
35-39	1 728	288,1	917	152,9	9	1,5	117	19,5	211	35,2	131	21,8	44	7,3
40-44	1 010	179,9	559	99,5	17	3,0	91	16,2	152	27,1	128	22,8	31	5,5
45-49	550	104,9	424	80,9	12	2,3	87	16,6	116	22,1	130	24,8	33	6,3
50-54	376	64,4	348	59,6	10	1,7	99	17,0	75	12,9	177	30,3	33	5,7
55-64	350	28,4	360	29,2	9	0,7	123	10,0	97	7,9	335	27,2	39	3,2
65et+	71	4,4	85	5,3	2	0,1	44	2,7	111	6,9	167	10,4	14	0,9
Inconnu	70		24		0		2		0		11		0	
Total	28 390	334,5	7 520	88,6	90	1,1	938	11,1	1 168	13,8	1 334	15,7	311	3,7

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 2018 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), Octobre 2019.

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Annexe 2

Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) », de 2014 à 2018

Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) », de 2014 à 2018

Introduction

Au Québec, depuis avril 1992, le « *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS)* » 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. Les renseignements sur les modalités d'application du programme sont disponibles sur le site de la RAMQ.

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 2014 à 2018.

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 répétée⁷¹ 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).

⁷¹ Une ordonnance remise ultérieurement. Le délai entre deux ordonnances peut être très court.

Résultats

Nombre et caractéristiques des médicaments prescrits, 2014-2018

Le nombre total de médicaments prescrits a augmenté entre 2014 et 2018, de 60 715 médicaments prescrits en 2014 à 78 929 en 2018, soit une augmentation de 30 % (tableau 22).

Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment en 2018 sont l'azithromycine, le céfixime, la ceftriaxone, la doxycycline et la pénicilline G benzathine (tableau 23).

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

Le nombre annuel de bénéficiaires différents a augmenté progressivement, passant de 39 549 bénéficiaires en 2014 à 47 105 en 2018, soit une hausse de 19 % (tableau 24). Davantage d'hommes que de femmes ont reçu des médicaments au cours de cette période (respectivement 57 % et 43 % en 2018) et le rapport homme/femme est similaire en 2014 (1,2) et en 2018 (1,3).

En 2018, la grande majorité des bénéficiaires (84 %, 39 428) ont eu une seule ordonnance au cours de l'année (tableau 25). Un nombre non négligeable de bénéficiaires ont eu entre deux et cinq ordonnances (16 %, 7 443), mais seulement 234 en ont eu 5 ou plus.

Le tableau 26 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 46 364 en 2014 à 57 813 en 2018, soit une augmentation de 25 %. La hausse est de 13 % chez les femmes et de 34 % chez les hommes. Le rapport entre le nombre d'ordonnances destinées à des personnes atteintes et à des cas contacts est stable entre 2014 et 2018, 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 (4,5 %), des résidents (3,6 %) et des infectiologues (3 %) (tableau 27).

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

Le tableau 28 montre la fréquence des principales combinaisons de médicaments incluses dans une ordonnance. Les combinaisons rapportées réfèrent aux recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITSS⁷².

L'azithromycine 1 g prescrite seule constitue l'ordonnance la plus fréquente (53 % en 2018), suivie du céfixime 800 mg en combinaison avec l'azithromycine 1 g (19 % en 2018). L'azithromycine 2 g a été moins prescrite en 2018 (1 109 ordonnances) comparativement aux années précédentes.

La ciprofloxacine prescrite seule est de plus en plus rarement observée, alors que certaines combinaisons de choix alternatifs sont assez fréquemment prescrites. La ceftriaxone prescrite seule a légèrement augmenté en 2018.

Une hausse du nombre d'ordonnances de ceftriaxone 250 mg IM, doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID est observée au cours des deux dernières années chez les femmes.

⁷² 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 22 Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contacts (code L), Province, 2014 à 2018

	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Femmes	25 250	26 103	26 963	27 275	28 820	134 411
Hommes	35 465	39 623	44 095	47 338	50 109	216 630
Total	60 715	65 726	71 058	74 613	78 929	351 041

Tableau 23 Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2018

	Hommes	Femmes	Total
Azithromycine	29 090	20 173	49 263
Céfixime	8293	3860	12 153
Ceftriaxone	5851	958	6809
Doxycycline	3917	2570	6487
Pénicilline G (benzathine)	1654	102	1756
Métronidazole	130	961	1091
Autres médicaments ¹	857	54	911
Ciprofloxacine	90	35	125
Lévofloxacine	86	33	119
Gentamicine	61	12	73
Pénicilline G sodique	48	4	52
Amoxicilline	12	34	46
Non précisé	8	7	15
Triméthoprim/sulfaméthoxazole	4	9	13
Érythromycine	4	7	11
Céfuroxime axetil	3	0	3
Moxifloxacine	1	1	2
Total	50 109	28 820	78 929

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

Tableau 24 Nombre de bénéficiaires¹ ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2014 à 2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Femmes	17 995	18 660	19 108	19 197	20 103
Hommes	21 554	23 292	24 782	25 878	27 002
Total	39 549	41 952	43 890	45 075	47 105

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

Tableau 25 Nombre d'ordonnances¹ par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2014 à 2018

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total de bénéficiaires ²
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
2018	Hommes	21 898	4 886	218	27 002
	Femmes	17 530	2 557	16	20 103
	Total	39 428	7 443	234	47 105

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 26 Nombre d'ordonnances selon la nature du cas (codes K : personne atteinte et L : cas contact) et le sexe, Province, 2014 à 2018

	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				
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
2018	16 112	7 078	19 734	14 889	57 813	2,3	1,3	1,6
Total	75 616	33 376	86 314	67 357	262 663	2,3	1,3	1,6

Tableau 27 Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2018

Spécialité du prescripteur	2018		
	Femmes	Hommes	Total
Omnipraticiens	19 789	30 217	50 006
Obstétriciens-gynécologues	1 533	1 054	2 587
Résidents	839	1 260	2 099
Infectiologues	469	1 274	1 743
Autres spécialités	409	608	1 017
Spécialités manquantes	146	190	336
Urologues	3	16	19
Dermatologues	2	4	6
Total	23 190	34 623	57 813

Tableau 28 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2014 à 2018

		2014	2015	2016	2017	2018	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	13 161	13 760	14 160	14 328	15 305	70 714
	Hommes	12 326	13 565	13 439	13 839	15 359	68 528
	Total	25 487	27 325	27 599	28 167	30 664	139 242
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	471	519	686	722	926	3 324
	Hommes	544	645	1 203	1 406	1 613	5 411
	Total	1 015	1 164	1 889	2 128	2 539	8 735
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	627	683	854	892	1 125	4 181
	Hommes	839	1 040	1 854	2 310	2 614	8 657
	Total	1 466	1 723	2 708	3 202	3 739	12 838
Céfixime 800 mg et azithromycine 1 g ² <i>1^{er} choix infection gonococcique sauf infection gonococcique pharyngée</i>	Femmes	2 683	2 982	3 357	3 341	3 396	15 759
	Hommes	5 884	6 888	7 233	7 660	7 517	35 182
	Total	8 567	9 870	10 590	11 001	10 913	50 941
Ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g ² <i>1^{er} choix infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée</i>	Femmes	120	137	117	245	311	930
	Hommes	1 581	2 202	3 662	4 227	4 831	16 503
	Total	1 701	2 339	3 779	4 472	5 142	17 433
Penicilline G benzathine ² 2,4 millions d'unités <i>1^{er} choix syphilis infectieuse</i>	Femmes	58	46	96	86	83	369
	Hommes	1 008	1 460	1 655	1 663	1 549	7 335
	Total	1 066	1 506	1 751	1 749	1 632	7 704

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 28 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2014 à 2018 (suite)

		2014	2015	2016	2017	2018	Total
Doxycycline 100mg BID ¹ (42 comprimés) <i>1^{er} choix lymphogranulomatose vénérienne</i>	Femmes	2	8	9	7	11	37
	Hommes	130	200	272	293	227	1 122
	Total	132	208	281	300	238	1 159
Azithromycine 2 g prescrite seule <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie avant avril 2018</i>	Femmes	841	932	733	687	537	3 730
	Hommes	1 088	1 104	834	796	572	4 394
	Total	1 929	2 036	1 567	1 483	1 109	8 124
Azithromycine 2 g et gentamicine 240 mg <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie à partir d'avril 2018</i>	Femmes	0	0	0	0	7	7
	Hommes	0	0	0	0	50	50
	Total	0	0	0	0	57	57
Céfixime 800 mg et Doxycycline 100mg BID (14 comprimés) ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique</i>	Femmes	80	81	82	93	102	438
	Hommes	133	173	273	277	264	1 120
	Total	213	254	355	370	366	1 558
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	5	9	18	15	18	65
	Hommes	57	140	266	522	562	1 547
	Total	62	149	284	537	580	1 612
Ciprofloxacine 500 mg et azithromycine 1 g ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si souche connue sensible</i>	Femmes	63	39	16	11	12	141
	Hommes	94	58	25	34	18	229
	Total	157	97	41	45	30	370
Amoxicilline 500 mg TID ¹ (21 comprimés) <i>traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis femme enceinte ou qui allaite</i>	Femmes	74	66	50	27	25	242
	Hommes	5	2	3	4	4	18
	Total	79	68	53	31	29	260

¹ Seule(s) ou en combinaison.

Tableau 28 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2014 à 2018 (suite)

		2014	2015	2016	2017	2018	Total
Doxycycline 100 mg BID ^{1,2} (28 comprimés) <i>traitement alternatif de la syphilis.</i>	Femmes	1 007	1 091	1 076	1 069	1 098	5 341
	Hommes	324	378	576	505	442	2 225
	Total	1 331	1 469	1 652	1 574	1 540	7 566
Doxycycline 100 mg BID prescrite seule (28 comprimés) <i>traitement alternatif de la syphilis</i>	Femmes	489	484	469	423	318	2 183
	Hommes	223	243	411	335	290	1 502
	Total	712	727	880	758	608	3 685
Ceftriaxone 250 mg et doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID (dose totale de 14 000 mg) <i>traitement syndromique de l'atteinte inflammatoire pelvienne</i>	Femmes	35	55	35	94	163	382
	Hommes	2	1	0	0	1	4
	Total	37	56	35	94	164	386
Céfixime 400 mg et azithromycine 1 g ¹	Femmes	192	118	99	68	44	521
	Hommes	377	184	146	83	74	864
	Total	569	302	245	151	118	1 385
Ciprofloxacine seule, toutes doses	Femmes	8	2	4	1	0	15
	Hommes	7	4	5	3	4	23
	Total	15	6	9	4	4	38
Céfixime seul, toutes doses	Femmes	194	214	160	153	126	847
	Hommes	276	287	280	231	233	1 307
	Total	470	501	440	384	359	2 154
Ceftriaxone seule, toutes doses	Femmes	74	90	72	98	131	465
	Hommes	311	183	217	287	318	1 316
	Total	385	273	289	385	449	1 781

¹ Seule(s) ou en combinaison.

Commentaires

La base de données analysée est une banque administrative. Les limites habituelles à ce type de banque de données s'appliquent. Il est donc nécessaire d'être très prudent lors de l'interprétation de ces résultats. La qualité des données dépend de l'utilisation adéquate des outils de collecte et du 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 2018 était de 38 074. Ce nombre est similaire au nombre d'ordonnances prescrites à des personnes atteintes (code K) en 2018, c'est-à-dire 35 846 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 2018 (57 813 – 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 majorité de médecins. Certains éléments méritent d'être rappelés, notamment que l'azithromycine 2 g prescrite seule était fréquente en 2017 et en 2018. Une diminution importante était anticipée à partir du changement de la recommandation en avril 2018, cette monothérapie n'étant plus recommandée pour traiter l'infection gonococcique. Toutefois, le rapport entre les ordonnances d'azithromycine 2 g prescrite seule et le traitement combiné avec gentamicine est de 19 pour 1 en 2018, ce qui suggère un délai dans l'appropriation de cette nouvelle recommandation. Dans le contexte où 28 % des souches de *N. gonorrhoeae* étaient résistantes à l'azithromycine en 2018, 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.

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

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca