



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

ANNÉE 2019

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

ANNÉE 2019

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Mars 2021

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
Institut national de santé publique du Québec

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

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, agente administrative
Unité des infections transmissibles sexuellement et par le sang
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 – 2^e trimestre 2021
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2368-7126 (PDF)
ISBN : 978-2-550-89371-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2021)

Remerciements

À notre collègue Sylvie Venne, nous souhaitons exprimer notre reconnaissance pour sa contribution majeure à la haute qualité de cette production pendant toutes ces années. Nous avons eu beaucoup de chances de collaborer avec quelqu'un d'aussi dévoué, inspirant et stimulant, aussi constant dans son implication !

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 du MSSS, 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 Diane Sylvain, 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

Table des matières	III
Liste des tableaux	V
Liste des figures	VII
Liste des sigles et acronymes	IX
Sommaire	1
Principaux constats.....	1
Populations particulièrement touchées	3
Année 2020	4
Pistes d'action.....	4
1 Introduction	7
2 Notes méthodologiques	9
2.1 Détection et déclaration des cas	9
2.2 Cas anciens ou nouveaux.....	9
2.3 Extraction des données 1990-2019	9
2.4 Projections 2020	10
2.5 Calcul des taux	10
2.6 Site anatomique de l'infection	11
2.7 Régions sociosanitaires.....	11
2.8 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale	11
3 Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	13
3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2019	13
3.2 Tendances des cinq dernières années (2015-2019)	13
3.3 Commentaires.....	18
4 Infection gonococcique	21
4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2019	21
4.2 Tendances des cinq dernières années (2015-2019)	22
4.3 Résistance aux antibiotiques.....	24
4.4 Commentaires.....	30
5 Syphilis infectieuse	33
5.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2019	33
5.2 Syphilis congénitale.....	34
5.3 Tendances des cinq dernières années (2015-2019)	35
5.4 Syphilis non infectieuse et sans précision.....	36
5.5 Commentaires.....	42
6 Lymphogranulomatose vénérienne	45
6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2019	45
6.2 Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 2019	45
6.3 Vigie des cas en 2019.....	46
6.4 Tendances	47
6.5 Commentaires.....	50

7	Hépatite B	53
7.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2019.....	53
7.2	Tendances.....	53
7.3	Hépatite B néonatale ou chez des enfants de 1 an ou moins.....	54
7.4	Commentaires.....	57
8	Hépatite C	59
8.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2019.....	59
8.2	Tendances.....	59
8.3	Commentaires.....	63
9	Infection par le VIH	65
9.1	Caractéristiques des cas d'infection par le VIH enregistrés au cours de l'année 2019.....	65
9.2	Tendances.....	67
9.3	Estimation de l'incidence et de la prévalence	69
9.4	Commentaires.....	77
10	Populations particulièrement touchées	79
10.1	Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.....	79
10.2	Personnes consommant des drogues par injection.....	86
11	Année 2020 : la pandémie de COVID-19 et les ITSS	91
11.1	Discussion.....	93
Annexe 1	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2019	95
Annexe 2	Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) », de 2015 à 2019	101

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2015 et 2019.	5
Tableau 2	Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2019.....	6
Tableau 3	Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2015 et 2019	14
Tableau 4	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2015 à 2019	17
Tableau 5	Tests de détection de <i>Chlamydia trachomatis</i> réalisés au Québec	18
Tableau 6	Infection à <i>Neisseria gonorrhoeae</i> aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2015 et 2019	23
Tableau 7	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2015 à 2019	29
Tableau 8	Tests de détection de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> réalisés au Québec	30
Tableau 9	Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2015 à 2019.....	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 2015 à 2019	41
Tableau 11	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2015 à 2019	49
Tableau 12	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2015 à 2019	56
Tableau 13	Hépatite C (aiguë ou récente et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2015 à 2019.....	62
Tableau 14	Nombre estimé de nouvelles infections et de personnes vivant avec le VIH au Québec et au Canada, 2016 et 2018.....	69
Tableau 15	Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2019.....	71
Tableau 16	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 2019	72
Tableau 17	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 2019.....	73
Tableau 18	Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2019	74
Tableau 19	Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2015 à 2019	76

Tableau 20	Consommation de substances psychoactives parmi des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, résidant dans la région métropolitaine de Montréal, étude Engage, cycle 2017-2018.	81
Tableau 21	Prévalence de <i>C. trachomatis</i> et de <i>N. gonorrhoeae</i> par site anatomique parmi des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, résidant dans la région métropolitaine de Montréal, étude Engage, cycle 2017 – 2018	83
Tableau 22	Notification aux partenaires sexuels chez des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, résidant dans la région métropolitaine de Montréal, étude Engage, cycle 2017 – 2018	85
Tableau 23	Nombre de cas déclarés, 1 ^{er} janvier au 30 septembre, par infection selon le sexe, 2019 et 2020	91
Tableau 24	Nombre de cas déclarés par mois, 1 ^{er} janvier au 30 septembre, 2019 et 2020	92
Tableau 25	Nombre de cas déclarés et taux d’incidence de certaines ITSS, selon le groupe d’âge, hommes, Québec, 2019	97
Tableau 26	Nombre de cas déclarés et taux d’incidence de certaines ITSS, selon le groupe d’âge, femmes, Québec, 2019	98
Tableau 27	Nombre de cas déclarés et taux d’incidence de certaines ITSS, selon le groupe d’âge, sexes réunis, Québec, 2019	99
Tableau 28	Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contacts (code L), Province, 2015 à 2019	105
Tableau 29	Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2019	105
Tableau 30	Nombre de bénéficiaires ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2015 à 2019	106
Tableau 31	Nombre d’ordonnances par bénéficiaires chaque année, selon l’année et le sexe, Province, 2015 à 2019	106
Tableau 32	Nombre d’ordonnances selon la nature du cas (codes K : personne atteinte et L : cas contact) et le sexe, Province, 2015 à 2019	107
Tableau 33	Répartition du nombre d’ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2019	107
Tableau 34	Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2015 à 2019	108

Liste des figures

Figure 1	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019	15
Figure 2	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2019	15
Figure 3	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2010 à 2019	16
Figure 4	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2010 à 2019	16
Figure 5	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019.....	26
Figure 6	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2019	27
Figure 7	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2010 à 2019	27
Figure 8	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2010 à 2019	28
Figure 9	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019	38
Figure 10	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2000 à 2019.....	38
Figure 11	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2019.....	39
Figure 12	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2010 à 2019	39
Figure 13	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2010 à 2019.....	40
Figure 14	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2019.....	48
Figure 15	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2019 (n = 786).....	48
Figure 16	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019.....	54
Figure 17	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2019	55
Figure 18	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 2000 à 2019.....	55
Figure 19	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019	60
Figure 20	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2019	60
Figure 21	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2010 à 2019	61

Figure 22	Infection par le VIH : taux d'incidence bruts de nouveaux diagnostics selon le sexe, Québec, de 2003 à 2019	70
Figure 23	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 à 54 ans, Québec, de 2003 à 2019.....	75
Figure 24	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 à 54 ans, Québec, de 2003 à 2019.....	75
Figure 25	Distribution des infections à <i>C. trachomatis</i> et à <i>N. gonorrhoeae</i> aux sites rectal, urogénital et pharyngé parmi des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, résidant dans la région métropolitaine de Montréal, étude Engage, cycle 2017—2018 (n = 1 145)	84
Figure 26	Éléments de la cascade de soins des infections par le VIH et par le VHC à la visite la plus récente, Réseau SurvUDI, 2003-2018.....	90

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
PPrE	Prophylaxie du VIH en pré-exposition
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Sommaire

Principaux constats

Chlamydia trachomatis

- L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire et touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans. L'incidence des cas déclarés augmente de manière presque constante depuis plusieurs années. Pour la première fois depuis 2005, le taux chez les femmes pour l'année 2019 est légèrement inférieur à celui de l'année précédente.

Infections gonococciques

- Le taux d'incidence de cas déclarés d'infections gonococciques a augmenté de 84 % entre 2015 et 2019. La hausse du nombre d'infections extragénitales chez les hommes compte pour une proportion importante de l'augmentation et semble s'expliquer en partie par la possibilité de détecter plus facilement l'infection à ces sites. Le nombre d'infections extragénitales déclarées en 2019 est 2,3 fois plus élevé qu'en 2015. Pour la première fois depuis 2011, le taux chez les hommes pour l'année 2019 est légèrement inférieur à celui de l'année précédente.
- La progression de la résistance du gonocoque aux antibiotiques est très inquiétante :
 - En 2019, douze souches non sensibles à la céfixime ont été détectées au Québec. Ce nombre est plus élevé que celui des années précédentes, ce qui fait craindre une expansion de la résistance à cet antibiotique, lequel constitue l'un des premiers choix du traitement de l'infection gonococcique. De plus, la résistance à l'azithromycine est bien installée et atteint 28 % en 2019.
 - Une première souche non sensible à la ceftriaxone ainsi qu'à la céfixime avait été détectée en 2017 au Québec, mais aucune autre souche non sensible à la ceftriaxone n'y a été détectée jusqu'à maintenant.
 - 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 2019 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

La hausse importante observée au cours des dernières années dans la province est préoccupante.

- L'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal, touche maintenant la plupart des régions du Québec.
- L'éclosion survenue au Nunavik en 2017 se poursuit et contribue de manière notable à la hausse de cas féminins au Québec.

- La croissance soutenue observée chez les femmes depuis 2016 suggère une extension de l'épidémie vers la population hétérosexuelle.
 - La majorité de ces femmes sont en âge de procréer, ce qui augmente le risque de survenue de syphilis congénitale.
 - Plusieurs cas de syphilis congénitale ont d'ailleurs été déclarés au cours des dernières années, soit trois en 2016, un en 2017, deux en 2018, deux en 2019 et deux en 2020. Ce nombre de cas rapportés entre 2016 et 2020 (10) est le double du total de cinq cas rapportés au cours des seize années précédentes (2000-2015).
- Le taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes semblait se stabiliser entre 2016 et 2018, mais le taux pour l'année 2019 montre plutôt une hausse. Il s'agit du taux d'incidence de cas déclarés chez les hommes le plus élevé depuis 1984.

Lymphogranulomatose vénérienne

La LGV apparaît bien installée au Québec :

- La diminution du nombre de cas observée en 2017 et en 2018 a été suivie par une hausse notable en 2019 (atteignant alors le nombre annuel de cas déclarés le plus élevé depuis le début de l'épidémie, soit 134 cas).
- Environ 15 ans après l'émergence de l'infection, l'épidémie de LGV demeure confinée aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH); toutefois, elle touche maintenant autant les HARSAH de statut VIH séronégatif que ceux vivant avec le VIH.

Hépatites

- Entre 1994 (année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire) et 2019, le taux annuel de cas déclarés **d'hépatite B aiguë** a diminué de 98 % et celui de cas **d'hépatite B chronique ou de stade non précisé** a diminué de 54 %.
- Avec près de 1 000 cas **d'hépatite B** déclarés en 2019, le virus de l'hépatite B est en baisse constante au Québec, mais demeure toujours présent, ce qui justifie de poursuivre les efforts pour augmenter la couverture du programme universel de vaccination en milieu scolaire et pour promouvoir la vaccination auprès des groupes de personnes davantage à risque.
- Le nombre des cas **d'hépatite C** (de stade aigu ou de stade non précisé) déclarés en 2019 est semblable à celui des cas déclarés d'hépatite B, soit près de 1 000. Ce nombre est demeuré relativement le même au cours des cinq dernières années. La sous-estimation du nombre réel de cas aigus/récents, la fréquence élevée de l'hépatite C (et de la co-infection par le VIH) au sein des personnes qui utilisent des drogues par injection ainsi que l'accès au traitement demeurent des enjeux importants.

VIH

- Le nombre de nouveaux diagnostics est élevé chez les HARSAH malgré une tendance à la baisse encourageante.
- Le nombre de cas chez les personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique a augmenté en 2017, a diminué en 2018 et est demeuré stable entre 2018 et 2019. Cette hausse concernait principalement des cas enregistrés au programme sans numéro d'assurance maladie.
- Chez les personnes hétérosexuelles, le nombre de nouveaux diagnostics est stable.

- Parmi les cas pour lesquels l'information est disponible en 2019, 43 % des nouveaux diagnostics ont reçu un diagnostic tardif (< 350 CD4/mL) dont 24 % 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. Le présent Portrait fait état de certaines données de l'étude Engage recueillies auprès d'HARSAH sexuellement actifs résidant dans la région métropolitaine de Montréal lors du cycle 2017-2018 :

- **Consommation de substances psychoactives.**
Lors des relations sexuelles avec au moins un de leurs cinq derniers partenaires des six derniers mois, 11,9 % ont consommé l'une ou l'autre des substances suivantes : kétamine, ecstasy/MDMA, gamma hydroxybutyrate ou méthamphétamine. Compte tenu des prises de risque associées à ce type de drogue, il est important d'en prévenir l'extension.
- **Prévalence de la chlamydie (CT) et de l'infection gonococcique (NG).**
Les données de l'étude montrent une prévalence de l'infection à CT de 2,8 % (tous sites confondus) alors que celle de NG est de 5,6 %. Si les prélèvements étaient limités au site urogénital, 80 % et 94 % des infections CT et NG respectivement seraient manquées. Il est important d'effectuer systématiquement un dépistage multi sites.
- **Notification aux partenaires sexuels.**
Jusqu'à 80 % des HARSAH ayant reçu un diagnostic d'ITS bactérienne de la part d'un professionnel de la santé rapportent avoir été encouragés par celui-ci à contacter leurs partenaires sexuels récents pour les inviter à aller se faire tester ou traiter. Près de 60 % ont contacté la plupart ou tous leurs partenaires récents. Les professionnels de la santé ont une grande influence sur le succès du processus de notification.

Les personnes UDI. Depuis 1995, le réseau SurvUDI effectue une surveillance des infections par le VIH et par le VHC parmi les personnes UDI au Québec et à Ottawa. Le présent Portrait fait état de données recueillies jusqu'au 31 mars 2018 :

- Au cours des cinq dernières années disponibles pour l'analyse de tendance (2012 à 2016), le taux d'incidence du VIH s'est maintenu entre 0,1 et 0,9 par 100 personnes-années alors que le taux d'incidence du VHC a fluctué à des niveaux très élevés, soit entre 11 et 22 par 100 personnes-années.
- La proportion de participants ayant déclaré s'être injectés avec des seringues déjà utilisées par d'autres (dans les six derniers mois) stagne depuis 2010-2011.
- La hausse importante de l'injection de médicaments opioïdes au cours des dernières années est préoccupante. Un risque élevé de développer une dépendance est associé à cette

consommation; de plus, la consommation d'un comprimé d'opioïde par injection peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre injections, ce qui implique un plus grand risque de partage de matériel.

- En lien avec la prise en charge du VIH, les deux premières cibles d'ONUSIDA fixées pour 2020 (soit que 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut de séropositivité et que 90 % de celles-ci prennent des médicaments antirétroviraux) ont été atteintes depuis 2015 au sein des participants à SurvUDI. Toutefois, seulement le tiers (34 %) des participants se sachant séropositifs au VHC ont déjà pris des médicaments contre cette infection.

Année 2020

- L'année 2020 a été marquée par l'installation de la pandémie de COVID-19 dès les premiers mois de l'année. Compte tenu du contexte d'instabilité ainsi provoqué, le calcul des projections des cas d'ITSS pour l'année 2020 n'a pas été effectué.
- Une analyse sommaire des données de janvier à septembre 2020 montre généralement une diminution du nombre de cas déclarés entre 2019 et 2020. La diminution observée commence à partir de mars 2020.
- Cette diminution va à l'encontre des tendances observées au cours des dernières années, particulièrement en ce qui concerne les infections à *Chlamydia trachomatis*, les infections gonococciques et la syphilis infectieuse.
- Il est donc probable que cette diminution ne reflète pas la situation réelle de l'incidence des ITSS dans la communauté au cours des derniers mois. Trois hypothèses sont soulevées pour expliquer la diminution du nombre de cas déclarés : l'accès limité au dépistage des ITSS, le délestage de certaines activités de vigie et l'impact des mesures populationnelles de prévention de la COVID-19 sur les comportements sexuels. Il est important de maintenir des activités régulières de dépistage des ITSS afin que soit entrepris précocement un traitement s'il y a lieu et que soient prévenues de possibles complications cliniques.

Pistes d'action

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

Adopter une approche intégrée : 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.

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

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

Optimiser la surveillance de l'infection par le VIH : 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 récurrence des infections. Ces travaux sont en lien avec les récentes recommandations d'ONUSIDA à propos des cibles à atteindre^{3,4}. 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, et d'ici 2030, atteindre 95 % pour chacune de ces trois mesures.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2015 et 2019

Infections	Province de Québec			
	2015		2019	
	N	Tx	N	Tx
Bactériennes				
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	24 570	300,5	28 633	337,5
< 1 an – Sexes réunis	2	2,3	3	3,6
15-24 ans – Hommes	4 327	875,6	4 882	1023,1
15-24 ans – Femmes	10 560	2252,7	10 884	2416,8
Lymphogranulomatose vénérienne – Hommes	106	2,6	134	3,2
Infection gonococcique	3 931	48,1	7 521	88,6
< 1 an – Sexes réunis	1	1,1	2	2,4
15-24 ans – Hommes	747	151,2	1 122	235,1
15-24 ans – Femmes	609	129,9	793	176,1
Syphilis infectieuse^a	758	9,3	1 188	14,0
15-24 ans – Hommes	95	19,2	132	27,7
15-24 ans – Femmes	5	1,1	32	7,1
15-49 ans – Femmes	19	1,1	120	6,7
Syphilis congénitale	0	0,0	2	1,2
Virales				
Hépatite B^b	863	10,6	1 029	12,1
aiguë – Sexes réunis	12	0,1	11	0,1
< 1 an – Sexes réunis	0	0,0	0	0,0
Hépatite C^c	1 040	12,7	1 096	12,9
< 1 an – Sexes réunis	6	6,9	1	1,2
Infection par le VIH	306	3,7	305	3,6
Transmission périnatale ^d	0	nd	0	nd
15-24 ans – Hommes	30	6,1	27	5,7
15-24 ans – Femmes	8	1,7	9	2,0

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

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

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

^d Nouveaux diagnostics de transmission périnatale 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.

nd non disponible.

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

⁴ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2015) Comprendre l'accélération : passer à la vitesse supérieure pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2015/201506_JC2743_Understanding_FastTrack

Tableau 2 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2019

Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ^a		LGV [*]		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ^d
17	4 141,3	17	2 552,8	17	418,4	6	5,3	6	27,1	6	21,8	6	9,1
18	1 616,0	6	207,1	6	32,5	QC	1,6	7	13,3	7	19,9	10	7,3
6	409,9	18	121,3	QC	14,0	12	0,7	13	12,8	17	14,2	QC	3,6
7	356,2	QC	88,6	7	11,1	3	0,7	16	12,7	3	13,9	13	3,0
4	350,0	13	70,6	16	10,1	14	0,6	QC	12,1	11	13,3	7	2,8
15	348,6	7	68,2	15	8,4	7	0,5	9	9,9	9	13,2	3	2,7
QC	337,5	15	62,9	5	8,2	13	0,5	3	8,4	QC	12,9	16	2,0
3	332,2	14	57,4	3	8,0	16	0,4	5	5,9	5	11,8	8	2,0
5	315,8	3	51,6	13	7,7	4	0,4	15	4,7	15	10,8	4	1,9
14	315,8	16	47,5	10	7,3	5	0,2	4	4,0	8	9,5	15	1,8
8	301,6	5	44,3	14	6,4	15	0,2	1	2,5	16	9,3	11	1,1
13	296,6	10	36,7	1	4,6	1	0,0	2	2,2	14	8,9	2	1,1
9	293,3	4	32,2	4	3,4	2	0,0	14	2,1	2	7,9	5	1,0
2	273,6	8	29,8	8	3,4	8	0,0	8	2,0	13	7,7	1	1,0
16	273,6	1	14,7	12	3,3	9	0,0	12	1,4	4	6,5	14	1,0
10	256,7	2	13,7	11	2,2	10	0,0	10	0,0	18	5,5	12	0,9
12	232,4	12	11,7	2	2,2	11	0,0	11	0,0	1	5,1	9	0,0
1	230,1	11	6,6	9	1,1	17	0,0	17	0,0	12	4,9	17	0,0
11	135,1	9	2,2	18	0,0	18	0,0	18	0,0	10	0,0	18	0,0

* LGV : Lymphogranulomatose vénérienne.

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

Taux 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 (par exemple, dans les régions 10, 17 et 18, qui comptent une population de moins de 20 000 habitants).

^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 2019. Ce nombre inclut les nouveaux diagnostics sans NAM.

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2020.

1 Introduction

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

Ce portrait fait état de la situation épidémiologique de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique, de la syphilis, de la lymphogranulomatose vénérienne, 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, de même que l'infection par le VIH chez une personne qui a reçu ou donné du sang, des produits sanguins, organes ou tissus doivent être déclarées (maladies à déclaration obligatoire, MADO) au directeur de santé publique par les professionnels de la santé habilités à poser un diagnostic ou à évaluer l'état de santé d'une personne et par les directeurs des laboratoires de biologie médicale.

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

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

Bien que le chancre mou et le granulome inguinal soient également visés par la Loi, ces maladies à déclaration obligatoire ne font pas l'objet de sections particulières. 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.

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 1990-2019

Pour les années CDC 1990 à 2019 (du 1^{er} janvier 1990 au 28 décembre 2019), les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence, au site anatomique et à la date d'épisode ont été extraites du registre des MADO à l'Infocentre le 15 juillet 2020.

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 2020

Compte tenu du contexte d'instabilité en situation pandémique (COVID-19), le rapport n'inclut pas de projections pour l'année 2020. L'accès au dépistage, le délestage de certaines activités ainsi que les mesures populationnelles de prévention de la COVID-19 ont varié au cours de l'année, ce qui limite la validité du calcul de projections pour les cas déclarés d'ITSS. Une analyse sommaire des données des 9 premiers mois de l'année (1^{er} janvier au 30 septembre) est toutefois présentée à la section 9.

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, 1996-2041 : version avril 2020). 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 20 août 2020.

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

Numérateur

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

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

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

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

2.6 Site anatomique de l'infection⁷

Les données relatives au site de l'infection doivent être interprétées avec prudence. Lorsque plusieurs sites se sont révélés positifs pour un même épisode, ils sont généralement inscrits distinctement dans le fichier (site 1, site 2, et ainsi de suite); les pratiques de saisie des données dans ce fichier peuvent différer selon les Directions de santé publique régionales. Par ailleurs, des erreurs de saisie surviennent, comme dans toute banque de données. Par exemple, en 2019, on retrouve 27 cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* et neuf cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MADO est le col utérin⁸. 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, comme décrit dans le guide d'intervention sur les ITS à déclaration obligatoire⁹.

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

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

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

⁸ Présument 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. Les personnes trans n'ayant pas complété de traitement de redéfinition de sexe (ou pour lesquelles l'information n'est pas disponible) pourraient être classées selon le sexe mentionné sur leur carte d'assurance maladie ou selon leur sexe d'identité sur la base de leur prénom, selon les informations disponibles. Dans ces situations, le site anatomique serait probablement valide.

⁹ 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*

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 2019

- L'infection à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 28 633 cas déclarés en 2019 (taux de 338 pour 100 000 personnes), dont 59 % concernent des femmes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 64 % des cas féminins et 42 % des cas masculins. Le taux d'incidence dans ce groupe d'âge (1 703 pour 100 000) est 10 fois plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (169 pour 100 000).
- Parmi les hommes, ceux âgés de 20 à 24 ans ont les taux les plus élevés (1 342 pour 100 000), suivis de ceux âgés de 25 à 29 ans (890 pour 100 000).
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont chez celles âgées de 15 à 24 ans (2 417 pour 100 000) et chez celles âgées de 25 à 29 ans (1 085 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 (1,5 %) : 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 de onze et cinq fois supérieur à celui de la province. Après ces deux régions, ce sont celles de Montréal, de l'Outaouais, et de la Mauricie-Centre-du-Québec 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 % par rapport à 18 % pour l'ensemble du Québec.

3.2 Tendances des cinq dernières années (2015-2019)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 12 % entre 2015 et 2019; cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+22 %) que chez les femmes (+7 %).
- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* en 2019 est similaire à celui de 2018.
 - Chez les femmes, le taux de 2019 est légèrement inférieur à celui de 2018 (-2,3 %) ; c'est la première fois depuis 15 ans qu'une diminution du taux est observée.
 - Chez les hommes, le taux de 2019 est légèrement supérieur (+3,2 %) à celui de 2018.
- Tous les groupes d'âge sont touchés par la hausse des taux d'incidence entre 2015 et 2019.

- En ce qui concerne les cas féminins, entre 2015 et 2019, on observe des hausses des taux d'incidence de 7 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, de 11 % chez les femmes qui ont entre 25 et 29 ans, de 29 % chez celles qui ont entre 30 et 39 ans et de 37 % chez celles qui ont 40 ans ou plus.
- Pour ce qui est des cas masculins, entre 2015 et 2019, on observe une hausse du taux d'incidence de 17 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, de 23 % chez les hommes de 25 à 29 ans, de 34 % chez ceux de 30 à 39 ans, et de 45 % chez ceux de 40 ans et plus. Entre 2015 et 2019, le nombre de déclarations de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes dont le seul site d'infection est le site rectal est passé de 937 à 1 723, soit une augmentation de 84 %.

Tableau 3 Infections à *Chlamydia trachomatis* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2015 et 2019

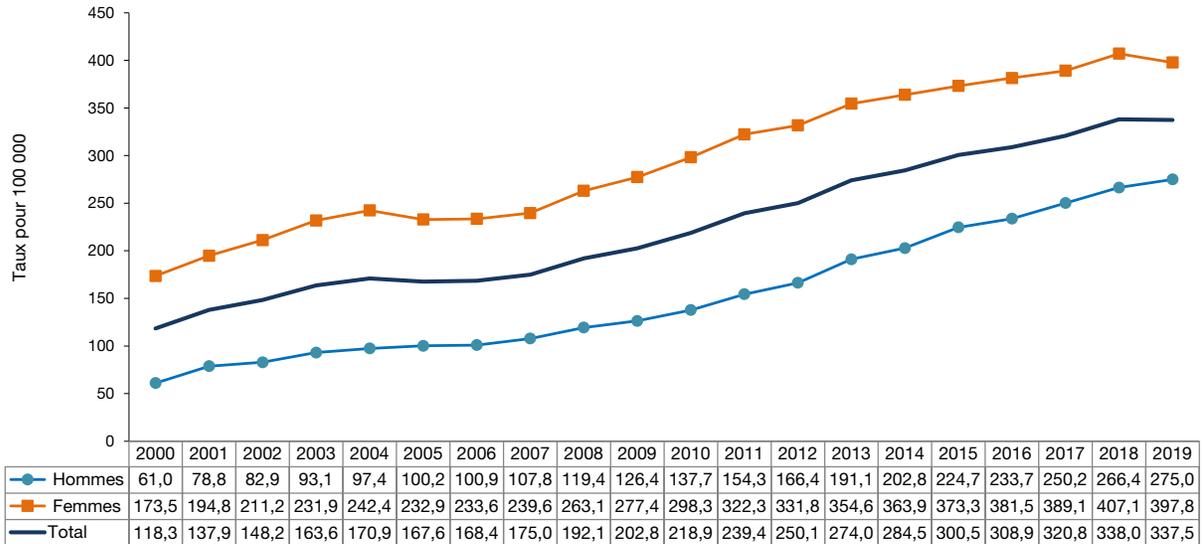
Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Hommes*				
	2015 (N = 8 461)		2019 (N = 11 491)		Différence de proportion
	n	%	n	%	
Rectum**	1 045	12 %	2 067	18 %	+6 %
Seulement rectum	937	11 %	1 723	15 %	+4 %
Seulement rectum et pharynx	25	0,3 %	140	1,2 %	+0,9 %
Pharynx**	191	2,3 %	459	4,0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

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

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

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

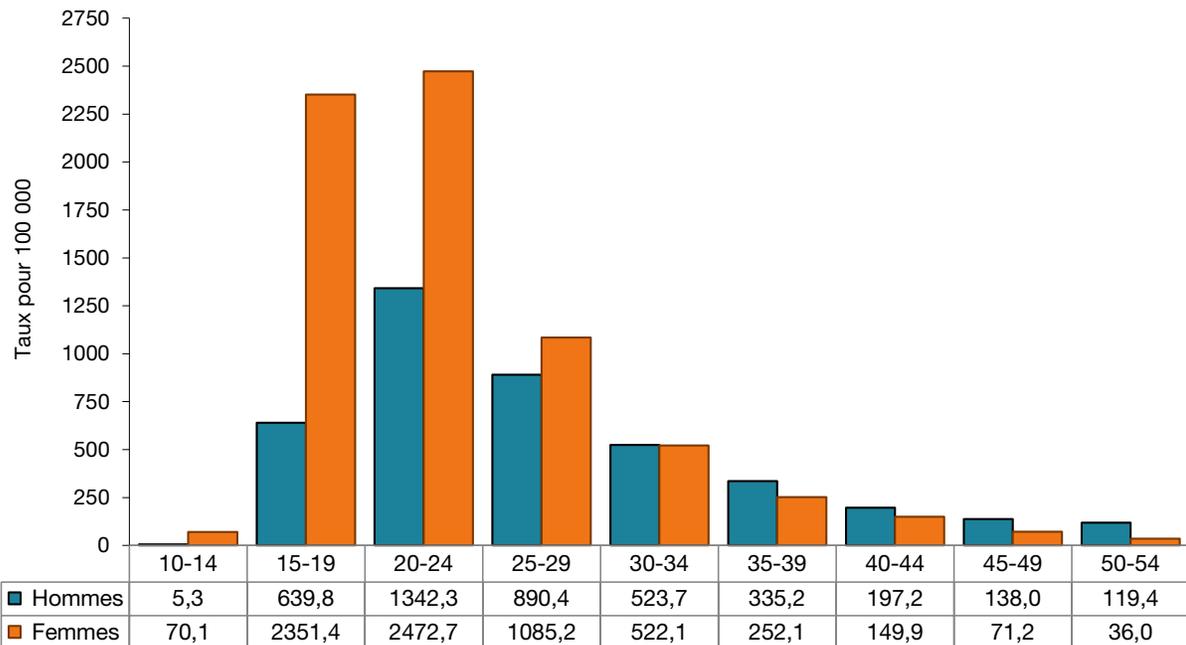
Figure 1 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

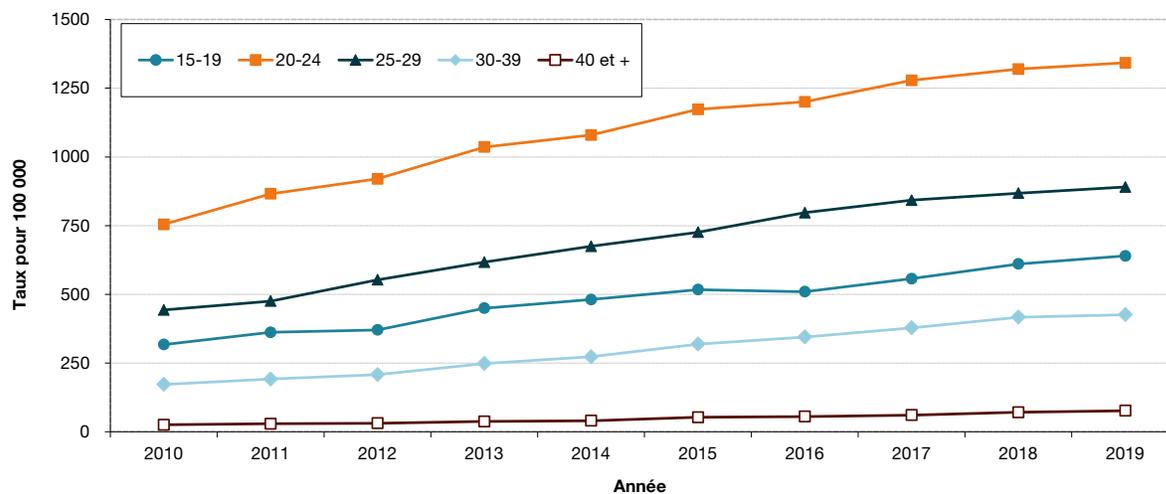
Figure 2 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

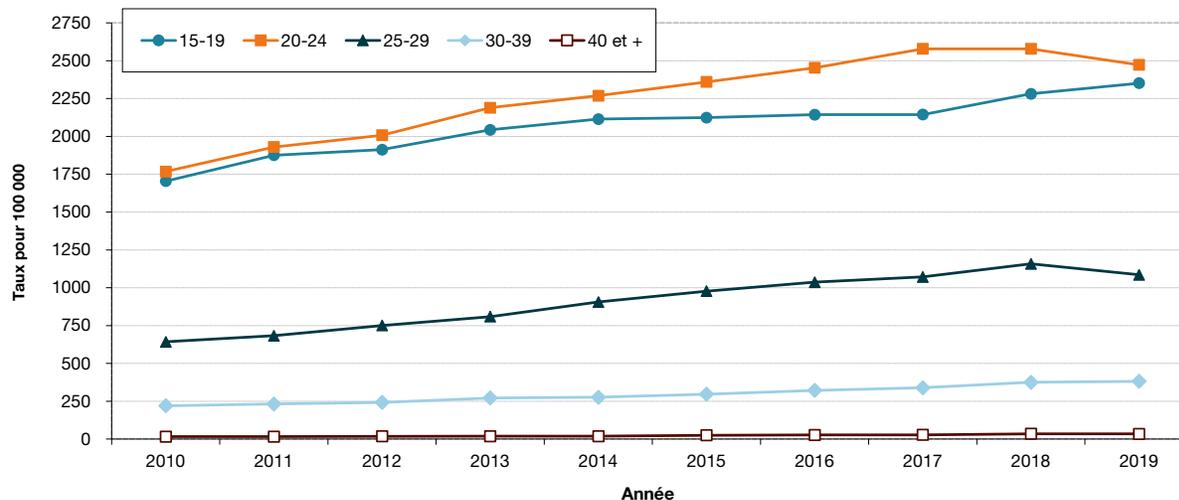
Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Figure 3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2010 à 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.
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, 2010 à 2019



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

Tableau 4 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2015 à 2019

Région	2015		2016		2017		2018		2019		Moyenne 2015-2019		Variation 2019-2015			
	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	401	202,4	372	188,1	466	235,9	467	236,8	454	230,1	432	218,6	53	13,2	27,7	13,7
Saguenay-Lac-Saint-Jean	669	241,3	716	258,4	761	274,6	789	284,6	760	273,6	739	266,5	91	13,6	32,3	13,4
Capitale-Nationale	2 141	293,7	2 328	317,2	2 427	328,7	2 637	354,6	2 494	332,2	2 405	325,4	353	16,5	38,6	13,1
Mauricie et Centre-du-Québec	1 700	334,8	1 709	334,8	1 892	368,2	1 785	345,5	1 828	351,3	1 783	345,0	128	7,5	16,6	5,0
Estrie	1 388	294,8	1 340	282,3	1 284	268,2	1 614	333,7	1 546	315,8	1 434	299,1	158	11,4	21,0	7,1
Montréal	6 425	329,5	6 625	338,2	7 374	371,7	7 955	394,1	8 414	409,9	7 359	369,2	1 989	31,0	80,4	24,4
Outaouais	1 067	279,4	1 124	291,7	1 038	267,4	1 329	339,0	1 415	356,2	1 195	307,1	348	32,6	76,9	27,5
Abitibi-Témiscamingue	536	363,9	462	313,7	495	335,4	413	280,0	445	301,6	470	318,9	-91	-17,0	-62,3	-17,1
Côte-Nord	325	346,0	340	366,7	296	322,4	334	366,4	266	293,3	312	339,1	-59	-18,2	-52,7	-15,2
Nord-du-Québec	29	205,6	45	322,8	37	267,2	33	238,6	35	256,7	36	258,1	6	20,7	51,2	24,9
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	152	166,2	131	144,4	141	155,8	120	132,5	122	135,1	133	146,8	-30	-19,7	-31,2	-18,8
Chaudière-Appalaches	805	191,8	930	220,4	938	221,2	1 044	244,8	996	232,4	943	222,2	191	23,7	40,6	21,2
Laval	1 085	257,5	1 117	262,5	1 240	288,6	1 325	304,8	1 302	296,6	1 214	282,3	217	20,0	39,1	15,2
Lanaudière	1 534	310,7	1 510	303,6	1 515	301,2	1 728	339,7	1 628	315,8	1 583	314,3	94	6,1	5,2	1,7
Laurentides	1 892	321,7	2 066	347,2	2 137	354,3	2 135	349,1	2 162	348,6	2 078	344,3	270	14,3	26,9	8,4
Montérégie	3 508	258,0	3 653	266,2	3 417	246,5	3 704	264,1	3 889	273,6	3 634	261,7	381	10,9	15,6	6,1
Nunavik	555	4 216,0	613	4 579,8	785	5 795,1	536	3 881,2	584	4 141,3	615	4 518,7	29	5,2	-74,8	-1,8
Terres-Cries-de-la-Baie-James	358	2 074,0	332	1 908,8	383	2 166,2	404	2 257,6	293	1 616,0	354	2 003,1	-65	-18,2	-458,0	-22,1
Région non précisée	0		0		0		2		2		1		2			
Province de Québec	24 570	300,5	25 413	308,9	26 626	320,8	28 354	338,0	28 633	337,5	26 719	321,4	4 063	16,5	36,9	12,3

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

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

3.3 Commentaires

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est très fréquente, et si l'incidence de cas déclarés continue d'augmenter parmi tous les groupes d'âge, le rythme à la hausse semble ralentir.

Les hausses du taux d'incidence de cas déclarés sont moins fortes chez les jeunes de 15 à 24 ans, mais ceux-ci continuent de constituer la majorité (56 % en 2019) des cas déclarés d'infections à *Chlamydia trachomatis*.

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)	2014-2015	2018-2019	2019-2020
TAAN spécimen génital*	371 069	403 462	421 623
TAAN spécimen urinaire*	220 160	317 250	324 660
TAAN spécimen extragénital*	20 951	90 459	113 325
Autres (culture, immunofluorescence)	907	554	364
Total	613 087	811 725	859 972

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

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

Parallèlement à une augmentation de 12 % des cas déclarés entre 2015 et 2019, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec^{10,11} a crû de 32 % entre l'année 2014-2015 et l'année 2018-2019. L'interprétation du parallèle entre la progression du nombre de tests de détection et de la progression du nombre de cas déclarés doit tenir compte du fait qu'une même personne peut avoir plus d'un site prélevé pour un épisode d'infection déclaré. Ainsi, l'augmentation du nombre de tests effectués pourrait refléter non seulement que plus de personnes ont eu un test de détection, mais aussi que plus de tests (notamment aux sites extragénitaux) ont été effectués par personne.

En effet, des analyses par TAAN permettant de détecter les infections extragénitales (notamment les infections rectales) sont disponibles et de plus en plus utilisées, même si elles ne sont pas homologuées au Canada pour cet usage, car leur validité (sensibilité et spécificité) sur des spécimens extragénitaux a été démontrée¹². Le [Guide québécois de dépistage des ITSS](#) a introduit la recommandation d'utiliser les TAAN pour le dépistage d'infections extragénitales dans sa mise à jour

¹⁰ Programme de biologie médicale, Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques Direction générale adjointe des services hospitaliers, du médicament et de la pertinence clinique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle d'Andréanne Savard, en date du 8 octobre 2020.

¹¹ 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*.

¹² Comité sur les analyses de laboratoire relatives aux ITSS, Avis sur le dépistage de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* à partir de sites extra génitaux, (Québec), Institut national de santé publique du Québec, 2 octobre 2013, 38 p.

de 2014 et les indications ont été élargies avec la mise à jour de 2019. Les recommandations actuelles se trouvent dans le tableau intitulé « [Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique — Infections à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et lymphogranulomatose vénérienne](#) - Intervention préventive relative aux ITSS.

À titre indicatif, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par TAAN sur des prélèvements provenant de sites extragénitaux réalisés en 2018-2019¹³ correspond à 11 % de tous les tests de détection de cette infection pour cette période alors que cette proportion était de 3 % en 2014-2015. Parallèlement, on retrouve une infection à au moins un site rectal ou pharyngé chez 11 % des cas déclarés en 2019 (21 % chez les hommes et 3,5 % chez les femmes).

- En 2019, 18 % des cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* déclarés chez des hommes sont des infections uniquement au rectum ou au pharynx (sans mention au fichier MADO d'un site d'infection génital). Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation des TAAN sur des prélèvements provenant de ces sites. Chez les hommes, le nombre d'infections uniquement au rectum ou au pharynx observé entre 2015 (1 103 cas) et 2019 (2 123 cas) représente une différence de 1 020 cas; ce nombre représente 41 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2015 et 2019 (2 514).
- Dans la région de Montréal, la croissance du nombre d'infections uniquement au site rectal ou pharyngé (de 828 en 2015 à 1 428 en 2019, soit 600 de plus) représente 44 % de l'augmentation du nombre de cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés entre 2015 et 2019 (1 363).
- La possibilité de détecter plus facilement les infections rectales et pharyngées semble donc contribuer à une fraction significative de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes.
- Chez les femmes, le nombre de cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* exclusivement au site rectal ou pharyngé est trop faible pour avoir une influence notable sur le taux d'incidence des cas déclarés, du moins jusqu'à maintenant.
- La majorité des laboratoires ayant recours aux TAAN pour la détection des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* 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'infections gonococciques au site pharyngé.

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

¹³ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle d'Andréanne Savard, en date du 8 octobre 2020.

4 Infection gonococcique

L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique augmente constamment depuis la fin des années 1990. On retrouve quinze fois plus de cas en 2019 qu'en 1998. La résistance de *Neisseria gonorrhoeae* aux antibiotiques continue de progresser et l'émergence de souches résistantes à la céfixime est observée.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2019

- En 2019, 7 521 cas ont été déclarés (taux de 89 pour 100 000 personnes), dont 75 % sont des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 3 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 20 % des cas masculins et 43 % des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1,4 pour 1.
- En ce qui concerne les cas masculins, les jeunes de 20 à 29 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (398 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 94 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 94 pour 100 000.
- Pour ce qui est des cas féminins, les femmes âgées de 15 à 24 ans ont un taux d'incidence de 176 pour 100 000. Ce taux est six fois plus élevé que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge, qui est de 27 pour 100 000.
- Les infections uniquement à un site extragénital (anus-rectum ou pharynx) comptent pour 59 % des infections gonococciques chez les hommes et 17 % chez les femmes (voir tableau 6).
- 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 (207 pour 100 000 personnes) est quatre fois plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 51 pour 100 000 personnes).
 - Le rapport hommes/femmes y est de 6 pour 1, alors qu'il est de 1,6 pour 1 pour le Québec, excluant la région de Montréal;
 - Le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes (358 pour 100 000 personnes) est 5,7 fois plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 63 pour 100 000 personnes);
 - Le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (58 pour 100 000 personnes) est 1,5 fois plus élevé que celui établi pour le Québec, excluant la région de Montréal (taux de 39 pour 100 000 personnes);
 - Une infection uniquement à des sites rectaux ou pharyngés a été rapportée dans 65 % (2 373/3 627) des cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes de Montréal par rapport à 46 % (923/1 989) des cas déclarés chez les hommes du Québec, excluant la région de Montréal;
- Le taux d'incidence de cas déclarés dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James est respectivement 29 fois et 1,4 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, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches. Ces régions ont toutes des taux de moins de 16 pour 100 000.

4.2 Tendances des cinq dernières années (2015-2019)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a augmenté de 84 % entre 2015 et 2019. La hausse a été nettement plus marquée chez les hommes (+90 %) que chez les femmes (+69 %). La progression du taux semble toutefois ralentir chez les hommes avec une baisse de 4 % du taux de cas déclarés entre 2018 et 2019. Il s'agit de la première baisse observée chez les hommes depuis les huit dernières années. Chez les femmes une hausse de 10 % est observée entre 2018 et 2019.
- Entre 2015 et 2019, on observe une hausse du taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes de tous les groupes d'âge (15 ans et plus). La hausse est de 56 % pour les hommes de 15 à 24 ans, de 92 % pour ceux de 25 à 29 ans et les taux d'incidence ont doublé chez les hommes de 30 ans et plus. Cependant, entre 2018 et 2019, une diminution de 11 % est observée chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans.
- Chez les hommes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 851 en 2015 à 1 883 en 2019, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 947 à 2 626 au cours de la même période. Entre 2015 et 2019, le nombre de déclarations de cas d'infections gonococciques uniquement aux sites rectaux ou pharyngés (sans autre site avec résultat positif) chez les hommes est passé de 1 428 à 3 296, soit une augmentation de 130 %.
- Entre 2015 et 2019, 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 36 % chez celles âgées de 15 à 24 ans. La hausse est de 82 % chez les femmes âgées entre 25 et 29 ans, de 132 % chez les femmes âgées de 30 à 39 ans et de 225 % chez celles de 40 ans et plus (de 75 cas à 255 cas).
- Chez les femmes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 25 en 2015 à 111 en 2019, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 90 à 461 au cours de la même période. Entre 2015 et 2019, le nombre de déclarations de cas d'infections gonococciques uniquement aux sites rectaux ou pharyngés (sans autre site avec résultat positif) chez les femmes est passé de 67 à 311 soit une augmentation de 364 %.
- Au cours de la période 2015-2019, des hausses sont observées dans toutes les régions, sauf celles de la Côte-Nord (-79 %) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (-51 %).

Tableau 6 Infection à *Neisseria gonorrhoeae* aux sites rectaux et pharyngés, Québec, 2015 et 2019

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

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

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

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 2019¹⁴, le LSPQ a été en mesure de présenter des analyses de sensibilité pour 1 747 souches, dont 85 % avaient été isolées chez des hommes. Les constats suivants se dégagent des analyses réalisées pour l'année 2019 :

- 74 % des souches analysées au LSPQ étaient résistantes à la **ciprofloxacine**¹⁵, entre 2010 et 2018, cette proportion a varié entre 32 % et 74 %;
- Une souche analysée en 2017 était non sensible à la **ceftriaxone**¹⁶. 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)¹⁷.
- Selon les critères du Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), douze souches non sensibles à la **céfixime** ont été identifiées en 2019. Les souches ont été isolées chez 6 femmes et 6 hommes en provenance de 4 régions sociosanitaires (Montréal, Laval, Montérégie et Laurentides). Aucune souche non sensible à la ceftriaxone n'a été trouvée en 2019.
- Selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 10 souches (0,6 %) isolées chez six femmes et quatre hommes démontraient une sensibilité réduite à la **céfixime** en 2019. Cette proportion était de moins de 1 % entre 2010 et 2018 à l'exception de 2015 (1,9 %).
- De plus, cinq souches isolées en 2019 (0,3 %) chez trois femmes et deux hommes montraient 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 et une seule (0,1 %) en 2018.
- On a compté 482 souches (28 %) résistantes à l'**azithromycine** en 2019 dont près de la moitié (212 soit 44 %) avait été isolées chez des hommes de la région de Montréal. Les autres souches concernent des hommes et des femmes de 14 autres régions du Québec. La proportion de souches résistantes à l'azithromycine était de 25 % parmi les souches isolées chez les hommes (371/1 491) et 43 % parmi les souches isolées chez des femmes (106/249).

¹⁴ Lefebvre, B., Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, Communication personnelle, novembre 2020.

¹⁵ Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec.

¹⁶ Pour plus d'informations, consulter le bulletin Flash vigie de mars 2017 : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol12_no2.pdf

¹⁷ Lefebvre et Coll., 2018- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29131780>

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 2014¹⁸. 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 sentinelle a été mis en place et vise entre autres à compléter la vigie des échecs de traitement. En 2019, des milieux cliniques de deux régions (Montréal et Montérégie) participaient au réseau. Des critères ont été définis afin de distinguer, dans la mesure du possible, les échecs de traitement des réinfections dues à une nouvelle exposition.

La vigie des échecs de traitement et le réseau sentinelle ont pu repérer 11 échecs de traitement parmi les cas déclarés en 2019 au sein de 6 régions (Montérégie 5 cas, Montréal 2 cas, ainsi que Québec, Estrie, Laval, Laurentides avec un cas chacune). Aucune exposition sexuelle entre le premier traitement et le test de contrôle n'a été rapportée pour huit de ces échecs (cas retenus). Pour trois échecs considérés comme cas suspects, des relations sexuelles survenues plus de sept jours après le traitement ont été rapportées, soit uniquement avec un partenaire qui avait aussi été traité, soit des relations qui avaient toutes été protégées par un condom.

Caractéristiques

Parmi les onze échecs de traitements rapportés, on retrouve sept HARSAH, trois hommes rapportant uniquement des partenaires sexuelles féminines et une femme, tous âgés entre 19 et 64 ans.

Échecs de traitement au site pharyngé

Le pharynx était le site de l'échec de traitement pour 6/11 cas. Parmi ces six cas, deux étaient confirmés par culture, deux étaient détectés par TAAN validé au LSPQ et deux cas étaient détectés par TAAN mais sont survenus avant la mise en place de la validation. Parmi les échecs de traitement au site pharyngé, deux avaient initialement reçu le traitement recommandé en 2019 (ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g) et un résultat négatif a été obtenu à la suite de la reprise du même traitement. Les 4 autres avaient initialement reçu un traitement qui n'incluait pas la ceftriaxone et un résultat négatif a été obtenu à la suite de l'administration de ceftriaxone.

Analyses de sensibilité

Parmi les onze cas d'échecs de traitement, une souche a été disponible pour analyse de sensibilité pour cinq cas : une souche était sensible à tous les antibiotiques testés, deux étaient sensibles aux céphalosporines de troisième génération (céfixime et ceftriaxone) et présentaient une résistance à l'azithromycine et à la ciprofloxacine et une sensibilité intermédiaire à la tétracycline, et deux avaient une résistance à la ciprofloxacine avec sensibilité aux autres antibiotiques.

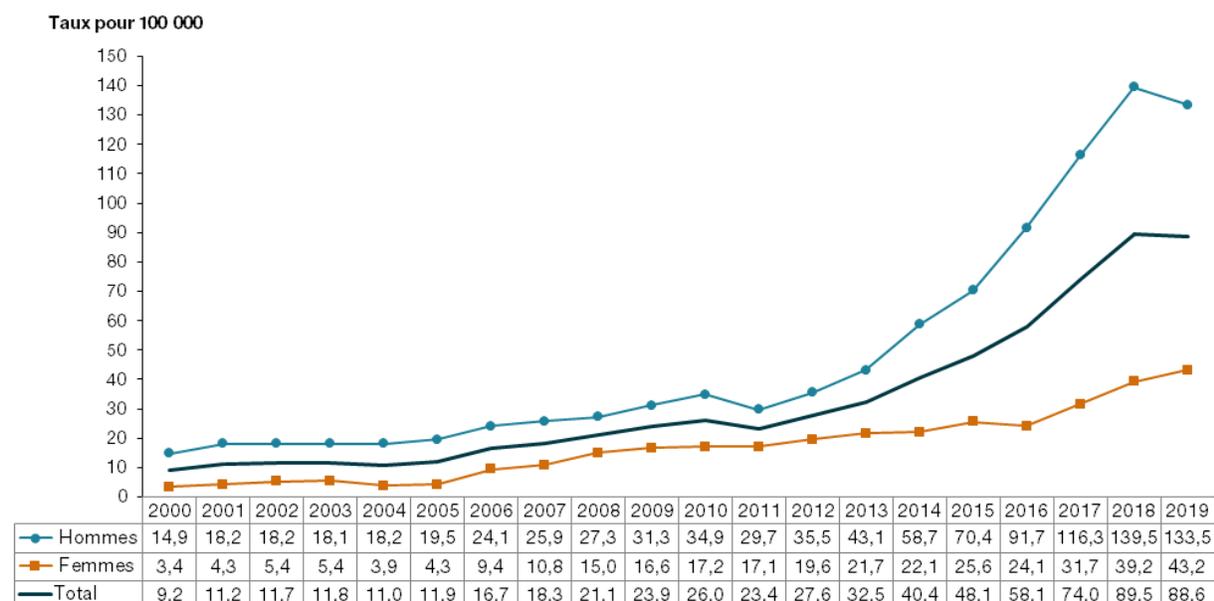
¹⁸ Pour plus d'informations notamment sur l'ensemble des cas d'échecs de traitement rapportés depuis novembre 2014, consulter le Rapport de la vigie des échecs de traitement de l'infection gonococcique. 20 novembre 2014 au 31 décembre 2017. S Venne, MSSS mai 2018.

Constats généraux

Le nombre d'échecs de traitement rapporté sous-estime largement le nombre réel d'échecs de traitement qui sont survenus au Québec :

- Un test de contrôle n'est pas réalisé pour tous les cas, soit parce qu'un rendez-vous de suivi n'est pas planifié, ou soit parce que le patient ne se présente pas au rendez-vous de suivi. Même au sein du réseau sentinelle de surveillance, où des interventions favorisent l'application des recommandations, au moins 40 % des cas d'infection gonococcique n'ont pas eu de tests de contrôle.
- La mobilisation des Directions de santé publique pour rechercher systématiquement les échecs de traitement n'est pas uniforme. Par exemple, la région de Montréal, qui compte 57 % des cas déclarés d'infection gonococcique, n'est pas en mesure d'effectuer une recherche active des échecs de traitement. Cette région participe toutefois au réseau sentinelle, ce qui a permis une surveillance des échecs de traitement au sein d'un milieu clinique pour l'année 2019.

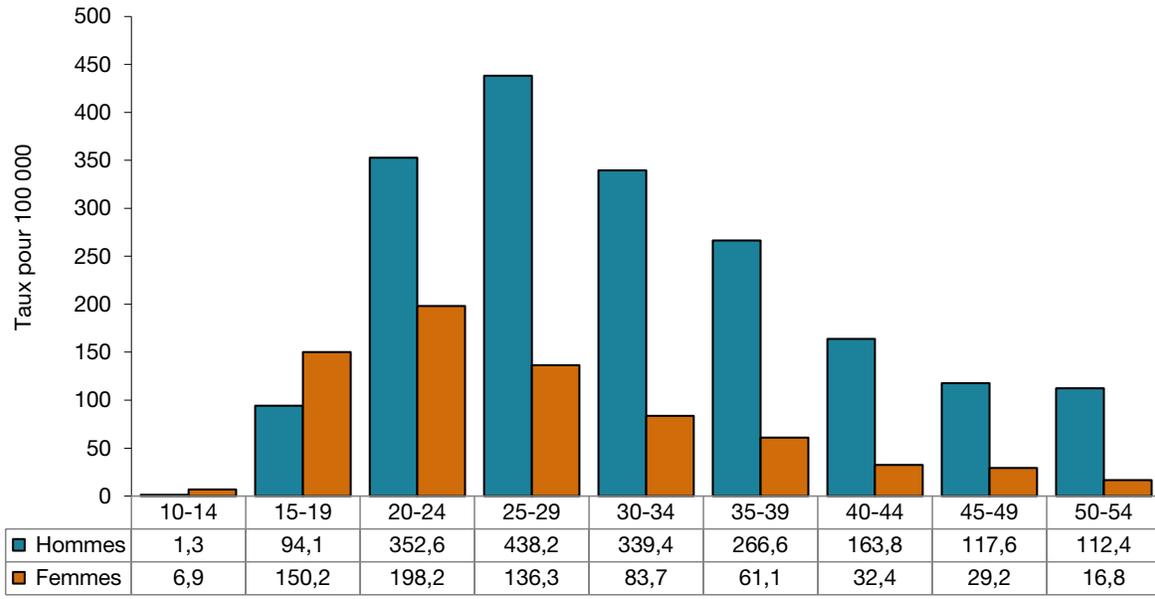
Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

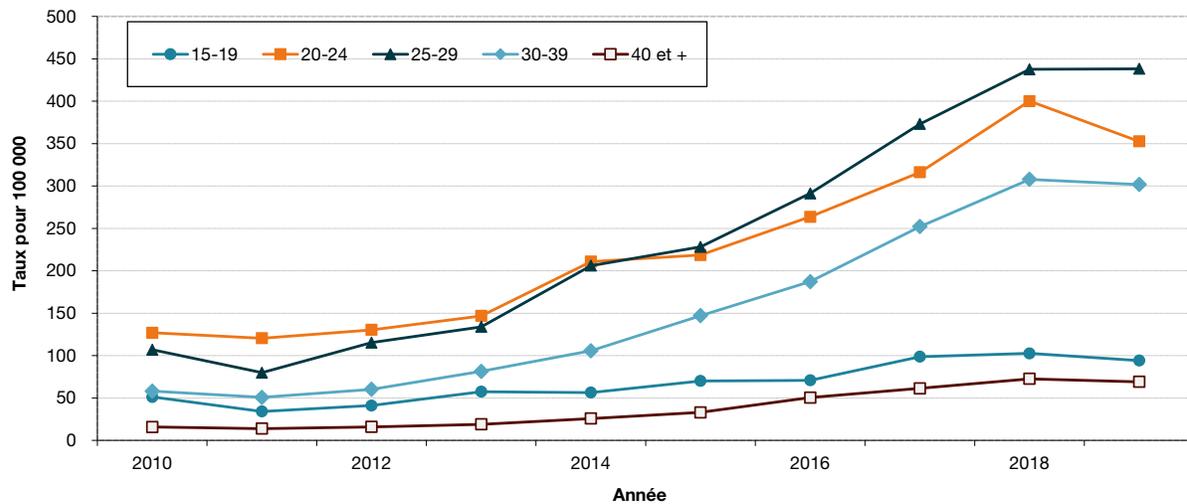
Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

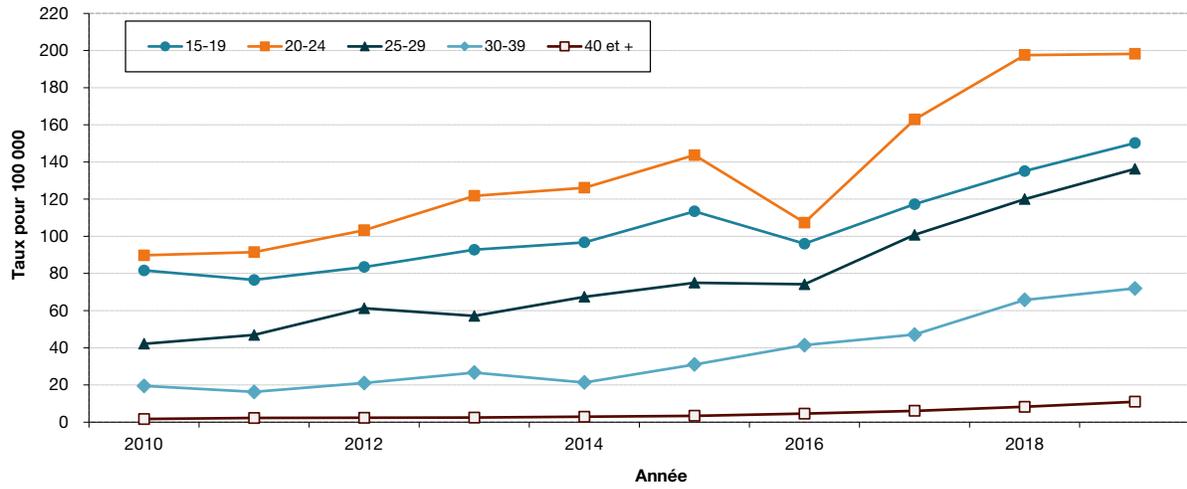
Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2010 à 2019



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, femmes, Québec, de 2010 à 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes
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 2015 à 2019

Région	2015		2016		2017		2018		2019		Moyenne 2015-2019		Variation 2019-2015			
	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	14	7,1	19	9,6	17	8,6	25	12,7	29	14,7	21	10,5	15	107,1	7,6	108,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	24	8,7	25	9,0	37	13,4	42	15,2	38	13,7	33	12,0	14	58,3	5,0	58,0
Capitale-Nationale	152	20,8	267	36,4	421	57,0	463	62,3	387	51,6	338	45,7	235	154,6	30,7	147,3
Mauricie et Centre-du-Québec	94	18,5	89	17,4	133	25,9	156	30,2	168	32,3	128	24,9	74	78,7	13,8	74,4
Estrie	71	15,1	116	24,4	139	29,0	154	31,8	217	44,3	139	29,1	146	205,6	29,3	193,9
Montréal	2 209	113,3	2 724	139,0	3 559	179,4	4 290	212,6	4 251	207,1	3 407	170,9	2 042	92,4	93,8	82,8
Outaouais	90	23,6	120	31,1	238	61,3	259	66,1	271	68,2	196	50,3	181	201,1	44,7	189,5
Abitibi-Témiscamingue	25	17,0	16	10,9	42	28,5	58	39,3	44	29,8	37	25,1	19	76,0	12,9	75,7
Côte-Nord	10	10,6	7	7,6	4	4,4	11	12,1	2	2,2	7	7,4	-8	-80,0	-8,4	-79,3
Nord-du-Québec	1	7,1	8	57,4	4	28,9	3	21,7	5	36,7	4	30,3	4	400,0	29,6	417,4
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	6	6,6	4	4,4	10	11,0	6	6,6	6	6,6	6	7,1	0	0,0	0,1	1,2
Chaudière-Appalaches	33	7,9	71	16,8	80	18,9	76	17,8	50	11,7	62	14,6	17	51,5	3,8	48,4
Laval	145	34,4	202	47,5	206	47,9	261	60,0	310	70,6	225	52,3	165	113,8	36,2	105,2
Lanaudière	150	30,4	149	30,0	184	36,6	281	55,2	296	57,4	212	42,1	146	97,3	27,0	89,0
Laurentides	177	30,1	176	29,6	234	38,8	355	58,0	390	62,9	266	44,1	213	120,3	32,8	108,9
Montérégie	437	32,1	452	32,9	528	38,1	779	55,5	675	47,5	574	41,4	238	54,5	15,3	47,8
Nunavik	250	1 899,1	285	2 129,2	280	2 067,0	257	1 861,0	360	2 552,8	286	2 105,7	110	44,0	653,7	34,4
Terres-Cries-de-la-Baie-James	43	249,1	47	270,2	25	141,4	33	184,4	22	121,3	34	192,4	-21	-48,8	-127,8	-51,3
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	3 931	48,1	4 777	58,1	6 141	74,0	7 509	89,5	7 521	88,6	5 976	71,9	3 590	91,3	40,6	84,3

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

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)	2014-2015	2018-2019	2019-2020
TAAN spécimen génital*	327 525	391 398	421 623
TAAN spécimen urinaire*	206 425	312 284	324 660
TAAN spécimen extragénital*	20 872	90 357	113 325
Culture	77 701	87 416	74 533
Total	632 523	881 445	934 141

* 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, données préliminaires en date du 8 octobre 2020.

- Ainsi, parallèlement à une hausse de 84 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2015 et 2019, le nombre total d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* (cultures et TAAN) a augmenté de 39 % entre 2014-2015 et 2018-2019¹⁹. 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 de 52 % entre 2000-2001 (157 077 cultures) et 2015-2016 (75 406 cultures), le nombre de cultures a augmenté de 20 % entre 2015-2016 et 2017-2018 (90 541 cultures). Depuis ce temps, la tendance à la baisse reprend avec une baisse du nombre de cultures de 18 % entre 2017-2018 et 2019-2020.
- 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 2019, 3 296 cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes sont des infections uniquement extragénitales (sans mention d'autres sites d'infection) alors que 1 428 l'étaient en 2015. Le nombre de cas d'infections uniquement extragénitales qui se sont ajoutés entre 2015 et 2019 (1 868 cas) représente 67 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2015 et 2019 (2 794). Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation élargie des TAAN à partir de ces sites : on comptait 20 872 recherches de *Neisseria gonorrhoeae* à partir de spécimens extragénitaux en 2014-2015 et on en compte 90 357 en 2018-2019. La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales pourrait donc expliquer une bonne partie de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes.

¹⁹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle d'Andréanne Savard, DGSSMU, 8 octobre 2020. À noter qu'il s'agit ici du nombre de tests et non du nombre de personnes ayant subi un test. Plus d'un test (par exemple à plusieurs sites) peut avoir été effectué pour une personne pour un même épisode.

- Chez les femmes, l'augmentation du nombre de cas d'infections gonococciques exclusivement extragénitales (67 en 2015 et 311 en 2019) représente 31 % de l'augmentation du nombre de cas entre 2015 et 2019 (244/783).

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.

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

4.4.2 LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES ET LES ÉCHECS DE TRAITEMENT

La hausse des taux d'incidence d'infection gonococcique est d'autant plus préoccupante qu'elle se produit dans un contexte de progression de la résistance aux antibiotiques, notamment la résistance à l'azithromycine et l'émergence de la résistance aux céphalosporines. La résistance à l'azithromycine semble bien installée au Québec. Entre 2010 et 2018, six souches non sensibles à la céfixime avaient été rapportées au Québec, alors qu'on en compte douze pour l'année 2019. Un [appel à la vigilance](#) sur l'émergence de souches non sensibles à la céfixime a d'ailleurs été émis par le MSSS en octobre 2020.

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

Tel que le recommande l'OMS²⁰, 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) l'implantation 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 aspect²¹.

²⁰ 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).

²¹ 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>

Les résultats de la surveillance des échecs de traitement rapportés en 2019 montrent que parmi les 5/11 cas où les analyses de sensibilité de la souche étaient disponibles, une résistance ou une sensibilité intermédiaire à un des antibiotiques utilisés lors du traitement initial avaient été démontrées en laboratoire pour deux cas.

Un peu plus de la moitié des échecs de traitement rapportés en 2019 (6/11) est survenue au site pharyngé. Parmi ceux-ci, deux avaient initialement reçu le traitement recommandé pour ce site. Lors du traitement initial, trois avaient été traités pour un syndrome d'urétrite et deux dans un contexte d'IPPAP. Pour ces cinq cas, le traitement administré était conforme aux recommandations pour une infection à un site autre que pharyngé ou pour le traitement épidémiologique d'un partenaire.

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'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a publié en janvier 2012 des guides pharmacologiques sur le traitement des ITSS, notamment celui portant sur le traitement des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*. Plusieurs mises à jour ont été effectuées²² dont la plus récente en août 2020. Des modifications importantes ont été apportées pour le traitement de l'infection gonococcique.

Le 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.

²² 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

Avec seulement trois cas déclarés au Québec en 1998, il était possible d'espérer que la syphilis infectieuse soit en voie d'élimination. Toutefois, cette infection a connu une résurgence au début des années 2000 et, depuis une dizaine d'années, le taux de cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec se maintient au-delà de celui observé en 1984. La grande majorité des cas touche des hommes, particulièrement des HARSAH. En 2019, le nombre de cas féminins a été deux fois et demi plus élevé que le nombre moyen rapporté au cours des cinq dernières années. Ces femmes sont généralement en âge de procréer et huit cas de syphilis congénitale ont été déclarés entre 2016 et 2019, auxquels s'ajoutent deux cas en 2020.

5.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2019

- Au total, 1 188 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2019 (taux de 14 pour 100 000 personnes); parmi ceux-ci, 28 % étaient des cas de syphilis primaire, 25 % des cas de syphilis secondaire et 47 % des cas de syphilis latente précoce.
- Les hommes comptent pour 89 % des cas.
- Parmi les cas masculins, 12 % sont âgés de 15 à 24 ans, 44 % ont entre 25 et 39 ans et 44 % ont 40 ans ou plus. Les taux les plus élevés correspondent aux hommes de 30 à 34 ans (58 pour 100 000), suivis de ceux de 25 à 29 ans (55 pour 100 000) et de 35 à 39 ans (50 pour 100 000).
- On compte 131 femmes, dont 92 % (120/131) sont en âge de procréer (entre 15 et 49 ans).
- Avec 56 % des cas du Québec, la région de Montréal continue d'afficher en 2019 le plus haut taux d'incidence de cas déclarés (25 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 de syphilis infectieuse y ont été répertoriés en 2017 (19 femmes et 13 hommes). Des mesures de contrôle (intensification du dépistage, détection et traitement précoce des cas, notification et traitement des partenaires, mobilisation communautaire) ont été rapidement instaurées et, en 2018, 16 cas de syphilis infectieuses ont été déclarés (8 hommes et 8 femmes). En 2019, l'éclosion a repris avec 59 cas déclarés de syphilis infectieuse, 29 hommes et 30 femmes, majoritairement (73 %) âgés entre 15 et 34 ans. L'éclosion semble se maintenir en 2020 avec 62 cas enregistrés en date du 2 décembre 2020. Depuis le début de l'éclosion jusqu'à la fin de l'année 2020, deux cas de syphilis congénitale ont été déclarés dans cette région.
- En 2019, on retrouve des cas de syphilis infectieuse dans toutes les régions du Québec, sauf dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. En excluant la région de Montréal, le taux d'incidence de syphilis infectieuse du reste du Québec pour l'année 2019 est de 8,1 pour 100 000.

5.2 Syphilis congénitale

Au Québec, en date du 3 décembre 2020, deux cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2020, deux cas en 2019, deux cas en 2018, un cas en 2017 et trois cas en 2016.

Cas déclarés en 2020

- Nouveau-né sans manifestation clinique, biochimique ou radiologique, mais chez qui un dépistage sur sang veineux à la naissance s'est avéré positif. La mère provient d'une région nordique hors Québec et a été évaluée au Québec en fin de grossesse. Elle a eu un dépistage positif lors de son suivi de grossesse au Québec; elle avait un antécédent de syphilis qui avait été traité, mais il n'a pas été possible de confirmer que le traitement avait été adéquat. Le cas a été retenu comme cas probable de syphilis congénitale.
- Nouveau-né chez qui un dépistage à quatre semaines de vie s'est avéré positif avec élévation du titre de RPR lors de tests de suivis effectués à six et huit semaines de vie. L'investigation a mis en évidence des manifestations osseuses et une atteinte de l'audition. La mère a eu un dépistage négatif deux semaines avant l'accouchement, mais un dépistage positif en post-partum. Le cas a été retenu comme cas confirmé de syphilis congénitale.

Cas déclarés en 2019

- Nouveau-né sans manifestation clinique, biochimique ou radiologique, mais un dépistage sur sang veineux à la naissance s'est avéré positif. La mère, d'origine africaine, est arrivée au Québec peu avant son accouchement; le diagnostic de syphilis a été établi à la suite de sa première visite de suivi prénatal au Québec et le traitement initié environ une semaine avant 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 déclarés en 2018 :

- Nouveau-né sans manifestation 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 sans manifestation clinique 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, 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 (2015-2019)

- Une hausse du taux d'incidence de cas déclarés de 51 % est observée entre 2015 et 2019. 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 ne se confirme pas en 2019.
- Chez les hommes, une hausse globale (+38 %) du taux d'incidence des cas déclarés a été observée entre 2015 et 2019. Depuis la résurgence de la syphilis infectieuse en 2002, la tendance générale est à la hausse avec des périodes de fluctuation. 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 2018, une légère diminution a été observée, mais un taux plus élevé que jamais est observé en 2019.
- Chez les hommes, des augmentations sont observées entre 2015 et 2019 dans tous les groupes d'âge sauf celui de 15 à 19 ans parmi lequel une diminution de 13 % est observée. Pour les autres groupes d'âge, on constate une hausse de 58 % chez les 20 à 24 ans, de 62 % chez les 25-29 ans, de 44 % chez les 30 à 39 ans et de 26 % 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 2015 à 2019, le nombre annuel de cas augmente constamment passant de 21 cas en 2015 à 131 cas en 2019, soit une augmentation de 600 %. La proportion des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) fluctue entre 83 % (2016) et 100 % (2013).
- Des hausses du taux de cas déclarés entre 2015 et 2019 sont observées dans dix régions du Québec. Outre le Nunavik qui est en contexte d'éclosion depuis fin 2016, les augmentations les plus significatives concernent les régions de Montréal (+41 %), des Laurentides (+90 %), de la Montérégie (+98 %), de Laval (+118 %), et de l'Outaouais (+285 %).

5.4 Syphilis non infectieuse et sans précision

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 204 en 2015 à 689 cas en 2019, soit une augmentation de 238 %. La proportion des jeunes de 15 à 24 ans parmi ces cas était à 9 % en 2015 et a fluctué entre 3 % et 6 % entre 2016 à 2019.
- Le nombre de cas déclarés de neurosyphilis est passé de 31 en 2015 à 46 en 2019, soit une augmentation de 48 %.
- Le nombre de cas de syphilis sans précision a fluctué entre 400 et 599 entre 2015 et 2018 pour une moyenne annuelle de 491 cas. On compte 240 cas en 2019 soit une diminution de 51 % par rapport à la moyenne des 4 années précédentes. Entre 2015 et 2019, la proportion de jeunes de 15 à 24 ans parmi ces cas a fluctué entre 5 % (2014) et 10 % (2019).

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 2015 et 2019, dont 68 % (15/22, 8 hommes et 7 femmes) concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus. Les autres cas (cinq hommes et deux femmes) sont âgés entre 25 et 64 ans.

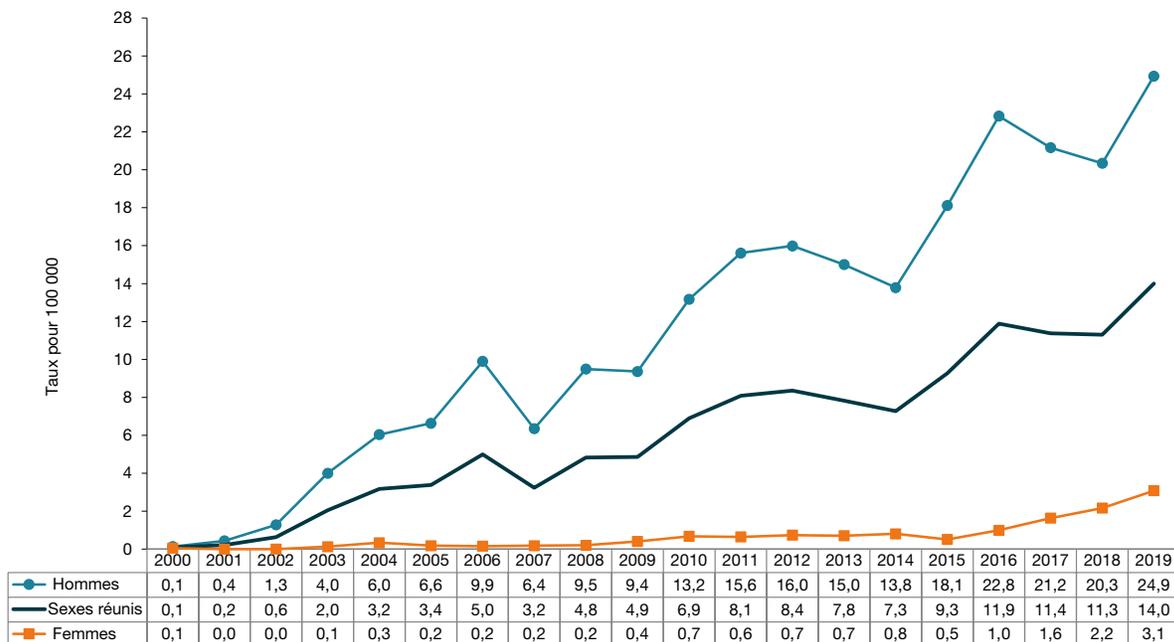
Ainsi, parallèlement à l'augmentation de 51 % du taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse entre 2015 et 2019, une augmentation de 34 % (de 732 cas à 978 cas) du nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuses ou sans précisions est observée.

Tableau 9 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2015 à 2019

Hommes	2015	2016	2017	2018	2019
Syphilis latente tardive	147	206	254	419	457
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	10 (7 %)	12 (6 %)	8 (3 %)	15 (4 %)	19 (4 %)
Neurosyphilis	28	35	31	39	40
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	0	3	4	4	2
Syphilis sans précision	385	383	500	328	178
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	22 (6 %)	22 (6 %)	31 (6 %)	17 (5 %)	17 (10 %)
Femmes					
Syphilis latente tardive	57	83	141	179	230
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	9 (16 %)	5 (6 %)	8 (6 %)	4 (2 %)	14 (6 %)
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	42 (74 %)	50 (60 %)	92 (65 %)	86 (48 %)	111 (48 %)
Neurosyphilis	3	0	4	5	6
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	2	3	1	2	1
Syphilis sans précision	108	84	96	72	61
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	7 (8 %)	1 (1 %)	2 (2 %)	3 (4 %)	6 (10 %)
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	45 (42 %)	25 (30 %)	32 (33 %)	20 (28 %)	24 (39 %)
Sexes réunis					
Syphilis latente tardive	204	291	397	603	689
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	19 (9 %)	17 (6 %)	17 (4 %)	20 (3 %)	33 (5 %)
Neurosyphilis	31	35	35	44	46
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	2	6	5	6	3
Syphilis sans précision	495	471	599	400	240
Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans	29 (6 %)	23 (5 %)	33 (6 %)	20 (5 %)	24 (10 %)
Total syphilis non-infectieuses et sans précisions	732	805	1 037	1 053	978

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

Figure 9 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019

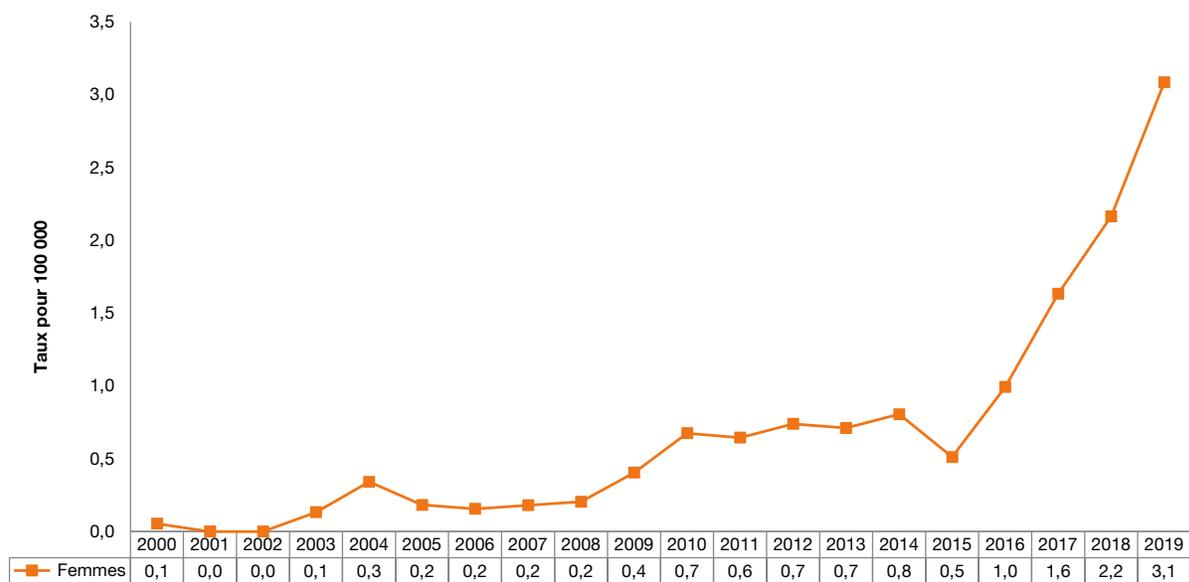


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

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

Figure 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2000 à 2019

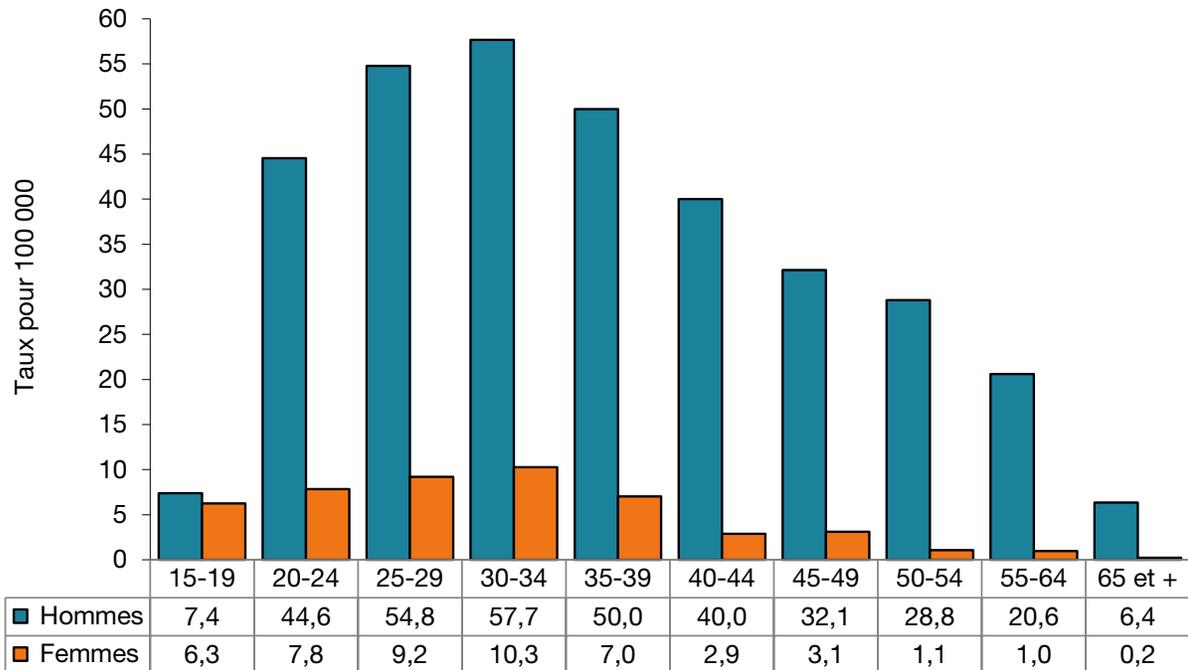


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

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

Figure 11 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2019

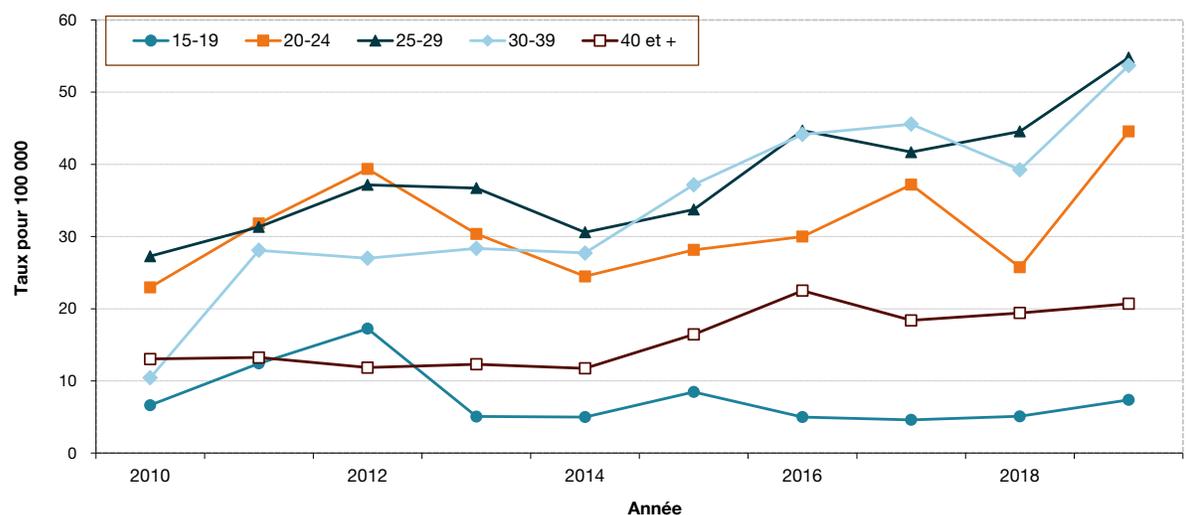


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

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

Figure 12 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2010 à 2019

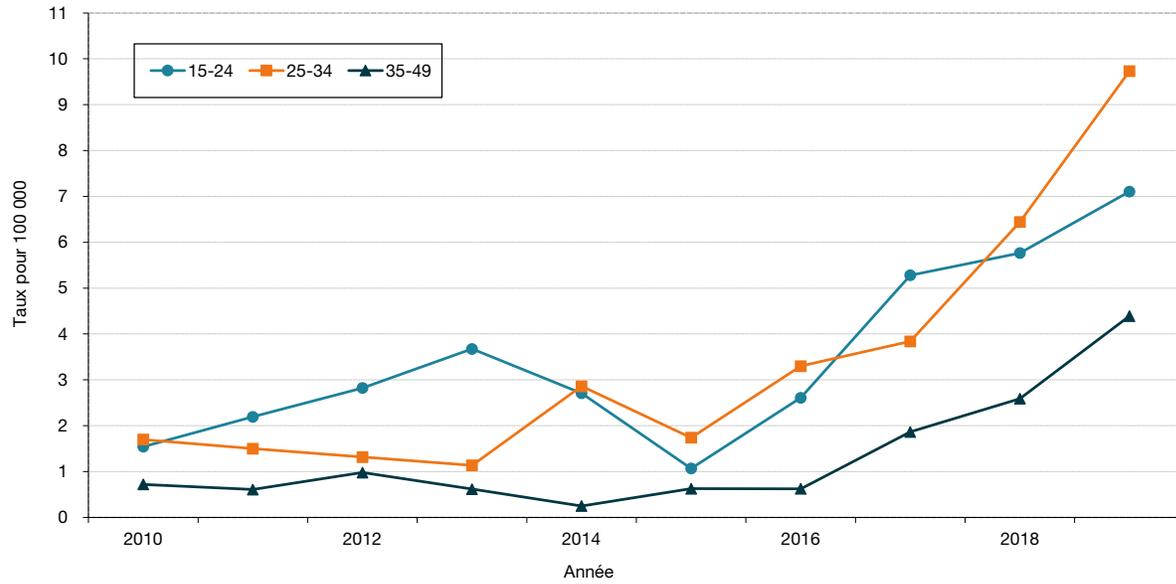


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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, femmes en âge de procréer, Québec, de 2010 à 2019



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).

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 2015 à 2019

Région	2015		2016		2017		2018		2019		Moyenne 2015-2019		Variation 2019-2015			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	6	3,0	2	1,0	2	1,0	5	2,5	9	4,6	5	2,4	3	50,0	1,5	50,6
Saguenay–Lac-Saint-Jean	16	5,8	26	9,4	18	6,5	6	2,2	6	2,2	14	5,2	-10	-62,5	-3,6	-62,6
Capitale-Nationale	71	9,7	50	6,8	69	9,3	55	7,4	60	8,0	61	8,3	-11	-15,5	-1,7	-17,9
Mauricie et Centre-du-Québec	19	3,7	25	4,9	32	6,2	15	2,9	18	3,5	22	4,2	-1	-5,3	-0,3	-7,5
Estrie	28	5,9	22	4,6	27	5,6	55	11,4	40	8,2	34	7,2	12	42,9	2,2	37,4
Montréal	448	23,0	610	31,1	508	25,6	503	24,9	667	32,5	547	27,5	219	48,9	9,5	41,4
Outaouais	11	2,9	37	9,6	36	9,3	63	16,1	44	11,1	38	9,8	33	300,0	8,2	284,6
Abitibi-Témiscamingue	2	1,4	2	1,4	5	3,4	0	0,0	5	3,4	3	1,9	3	150,0	2,0	149,6
Côte-Nord	0	0,0	3	3,2	1	1,1	2	2,2	1	1,1	1	1,5	1	ND	1,1	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,3	0	1,4	1	ND	7,3	ND
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	3	3,3	0	0,0	1	1,1	2	2,2	1	1,5	1	100,0	1,1	102,5
Chaudière-Appalaches	17	4,0	14	3,3	18	4,2	9	2,1	14	3,3	14	3,4	-3	-17,6	-0,8	-19,3
Laval	15	3,6	20	4,7	27	6,3	35	8,1	34	7,7	26	6,1	19	126,7	4,2	117,6
Lanaudière	29	5,9	28	5,6	30	6,0	23	4,5	33	6,4	29	5,7	4	13,8	0,5	9,0
Laurentides	26	4,4	32	5,4	29	4,8	39	6,4	52	8,4	36	5,9	26	100,0	4,0	89,7
Montérégie	69	5,1	103	7,5	110	7,9	120	8,6	143	10,1	109	7,8	74	107,2	5,0	98,3
Nunavik	0	0,0	1	7,5	32	236,2	16	115,9	59	418,4	22	158,8	59	ND	418,4	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	1,1	0	ND	0,0	ND
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	758	9,3	978	11,9	944	11,4	948	11,3	1 188	14,0	963	11,6	430	56,7	4,7	51,0

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

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

5.5 Commentaires

Au Québec, la syphilis continue d'affecter principalement les hommes, lesquels représentent 89 % des cas déclarés. 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 la hausse de cas reprend en force en 2019 tout comme celle des cas de LGV, alors que chez les hommes, l'infection à *Chlamydia trachomatis* non LGV et l'infection gonococcique, qui touchent aussi les HARSAH, semblent se stabiliser en 2019.

Chez les femmes, la hausse du nombre de cas déclarés de syphilis s'accélère. La grande majorité des cas (92 % en 2019) concerne des femmes en âge de procréer. L'éclosion qui se poursuit au Nunavik contribue en partie à l'augmentation du nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés chez les femmes. Toutefois, même en excluant les cas féminins du Nunavik (30 femmes), le nombre de cas féminins rapporté en 2019 dans les autres régions (101) demeure largement plus élevé que le nombre moyen pour les années précédentes (48).

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 87 en 2015 à 135 en 2019, soit une augmentation de 55 %. Ces cas ne répondaient pas aux critères de « syphilis infectieuses » établis à des fins de standardisation de la surveillance. Toutefois, il peut s'agir de femmes dont le stade réel d'infection est infectieux, mais pour lesquelles les informations disponibles ne permettaient pas de confirmer ce stade aux fins de surveillance. Même si les femmes ne comptent toujours que pour une faible proportion des cas déclarés de syphilis, la situation est préoccupante considérant le risque de survenue de syphilis congénitale. Cette crainte se concrétise : dix cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2016-2020, soit sur une période de 5 ans, alors que cinq cas avaient été déclarés au total au cours des seize années précédentes (2000-2015).



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.

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. 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 celui de l'infection par le VIH.

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^{23,24,25}. 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, il est fréquent que les partenaires sexuels soient anonymes, ce qui limite l'application de l'IPPAP.

²³ Centers for Disease, C. and Prevention (2008) Recommendations for partner services programs for HIV infection, syphilis, gonorrhea, and chlamydial infection. *MMWR Recomm Rep*, 57(RR-9), 1-83; quiz CE1-4.

²⁴ Golden, M.R., E. Fazelid et N. Low. Partner Notification for Sexually Transmitted Infections Including HIV Infection : An Evidence Based Assessment, *Sexually Transmitted Diseases*, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, Chap. 54, p. 965-984.

²⁵ 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

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

6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2019

- En 2019, on recense 134 cas masculins déclarés, ce qui correspond à un taux de 3,2 cas pour 100 000 hommes. Aucun cas de sexe féminin, inconnu ou concernant une personne transsexuelle²⁶ n'a été rapporté.
- Le génotype L2b compte pour 100 % des cas pour lesquels l'information est connue.
- La répartition selon le groupe d'âge est la suivante : 9 cas (7 %) ont entre 15 et 24 ans, 51 (38 %) entre 25 et 34 ans, 43 (32 %) entre 35 et 44 ans et finalement, 31 (23 %) ont 45 ans ou plus.
- Parmi les cas déclarés en 2019, 109/134 (81 %) ont été enregistrés dans la région de Montréal et les 25 autres l'ont été dans 9 autres régions, soit celles de la Montérégie (6 cas), de la Capitale-Nationale (5 cas), de Chaudière-Appalaches (3 cas), de Lanaudière (3 cas), de la Mauricie et Centre-du-Québec (2 cas), de l'Outaouais (2 cas), de Laval (2 cas), de l'Estrie (1 cas) et des Laurentides (1 cas).

6.2 Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 2019

- Entre 2005 et la fin de 2019, 791 cas de LGV ont été déclarés, dont 786 chez des hommes.
- On retrouve deux 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 transsexuelle²⁵ et deux personnes pour lesquelles le sexe n'est pas précisé.
- Les hommes de 40 ans et plus comptent pour 48 % des cas, ceux de 30 à 39 ans pour 34 % des cas, ceux de 25 à 34 ans pour 30 % des cas, et ceux de 15 à 24 ans pour 6 %.
 - La région de Montréal regroupe 82 % des cas masculins déclarés entre 2005 et 2019. 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 et l'Abitibi-Témiscamingue ont rapporté entre un et dix cas. Les régions de la Capitale-Nationale, de Chaudière-Appalaches, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides ont déclaré entre 11 et 25 cas et la Montérégie a déclaré 40 cas.
 - La presque totalité (99,8 %) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.

²⁶ Homme ou femme trans ayant complété un traitement hormonal et une chirurgie de redéfinition de sexe

6.3 Vigie des cas en 2019

Depuis l'émergence de la LGV au Québec, il est demandé aux régions d'acheminer les questionnaires d'enquête épidémiologique à la Direction de la vigie sanitaire du MSSS dans le cadre d'une vigie sur la situation épidémiologique de cette infection à l'échelle provinciale. Une analyse détaillée a été effectuée pour les cas masculins déclarés entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2016 et diffusée en juin 2017²⁷. Une mise à jour des faits saillants est disponible dans les Portraits des ITSS publiés en décembre 2018 et 2019, et une analyse plus détaillée paraîtra dans un rapport ultérieur²⁸.

Un nouveau questionnaire est en vigueur depuis janvier 2018. Les proportions présentées ont été établies à partir des cas masculins déclarés pour lesquels une information valide était disponible. Sur les 135 cas déclarés²⁹ entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2019, 102 questionnaires d'enquêtes ont été reçus (76 %). Tous les cas étaient masculins.

- **Sexe des partenaires** : 96 % des hommes concernés avaient des relations sexuelles exclusivement avec des hommes et 4 % des cas avaient des relations avec des hommes et des femmes.
- **Antécédent d'ITSS** : un antécédent d'ITSS une fois ou plus à vie est rapporté pour la plupart des cas (86 %). Les antécédents d'ITSS les plus souvent rapportés sont l'infection gonococcique (81 %), l'infection à *Chlamydia trachomatis* (74 %), la syphilis (62 %) et l'infection par le VIH (46 %). Des antécédents d'hépatites B et d'hépatite C sont beaucoup moins souvent rapportés (1,7 % et 10,5 %, respectivement), mais l'information est connue seulement pour environ 40 % des cas. Des antécédents de LGV sont rapportés par 15 % des cas. La mesure de la charge virale lors du dernier test était disponible pour 85 % des cas avec antécédents de VIH; elle était rapportée « indétectable » pour 94 % de ceux-ci.
- **Manifestations cliniques** : 75 % rapportaient des signes et symptômes associés à la LGV (rectite, lymphadénopathie inguinale, ulcération/papule, douleur anale, ténésme, constipation), 2,1 % des symptômes non associés à la LGV et 23 % ne rapportaient aucun symptôme.
- **Raisons de consultation** (plusieurs raisons pouvaient être mentionnées) : la majorité des cas (72 %) ont été détectés dans un contexte de consultation pour symptômes et 38 % dans un contexte de dépistage; 18 % lors de dépistages généraux, 9,1 % lors d'interventions préventives auprès de partenaires pour des ITSS autres que la LGV et 2,0 % lors d'IPPAP pour un cas de LGV. Parmi les cas ne rapportant pas d'antécédents de VIH, un suivi de prophylaxie pré-exposition (PPrE) est mentionné comme contexte de dépistage pour 8,5 % des cas.
- **Exposition hors Québec** : une histoire de relations sexuelles dans les deux derniers mois avec une personne résidant à l'extérieur du Québec (lors d'un voyage ou avec une personne en visite au Québec) est mentionnée pour 47 % des cas. Les lieux géographiques concernés sont l'Europe (10 cas), le Mexique ou l'Amérique du Sud (9 cas), les États-Unis (7 cas), le Canada (5 cas) ou le Moyen-Orient (1 cas).

²⁷ Fiset M, Venne S. Bureau de surveillance et de vigie. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1er janvier 2005 au 31 décembre 2016. Portrait épidémiologique. 2017.
https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/documents/itss/vigie_rehaussee_lgv_rapport_2005-2016_201711_1.pdf

²⁸ Diallo D, Venne S, Blouin K, Dionne M. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2019. Portrait épidémiologique. À paraître.

²⁹ Incluant un cas classé dans l'année 2020 selon l'année CDC, ce qui explique la différence avec les tableaux et figures de cette section.

- **Partenaires sexuels** : les contextes de rencontre des derniers 60 jours les plus souvent mentionnés sont internet (56 %), les saunas (34 %), les amis ou la famille (27 %) et les clubs/bars (15 %). Au cours de l'année précédant l'épisode, plus de la moitié (53 %) avaient eu plus de dix partenaires et 73 % avaient eu des partenaires anonymes. Le travail du sexe est rapporté par 3 cas (3,9 %).
- **Consommation de drogues** : la consommation de drogues au cours des douze derniers mois est rapportée par 33 % des cas; parmi ceux-ci, les drogues les plus souvent rapportées sont le « hasch/pot » (44 %), la méthamphétamine en cristaux (« crystal meth », 33 %), le GHB (33 %), l'ecstasy (30 %), la cocaïne (30 %) et les « poppers » (15 %).

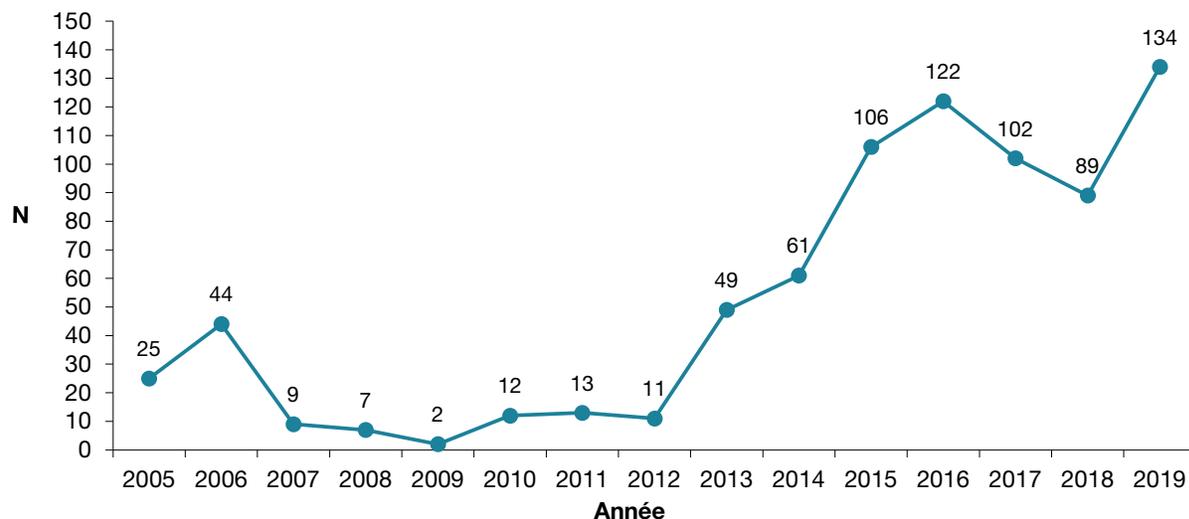
6.4 Tendances

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 à 89 cas en 2018 et est monté à 134 cas en 2019, soit une hausse de 51 % et le nombre annuel de cas déclarés le plus élevé depuis le début de l'épidémie au Québec. Un nombre élevé de cas est également constaté en 2020 (125 cas, Infocentre, INSPQ, 12 mars 2021).

- La moyenne d'âge est stable depuis 2005 et varie entre 38 et 41 ans; toutefois, en période de résurgence (2013-2019), la répartition est plus étalée que les périodes précédentes et le pic se trouve chez les hommes de 30 à 39 ans alors qu'il se trouvait chez les 40-49 ans au cours des précédentes périodes. La hausse observée en 2019 touche particulièrement les 30-39 ans.
- La diminution de la proportion de PVVIH amorcée en 2017 (56 % par rapport à 83 % pour 2013-2016) se poursuit en 2018 (54 %) et en 2019 (46 %).
- Depuis 2016³⁰, la proportion de cas asymptomatiques ou présentant des symptômes non spécifiques à la LGV a oscillé entre un minimum de 25 % en 2019 et un maximum de 36 % en 2016, sans tendance temporelle claire.

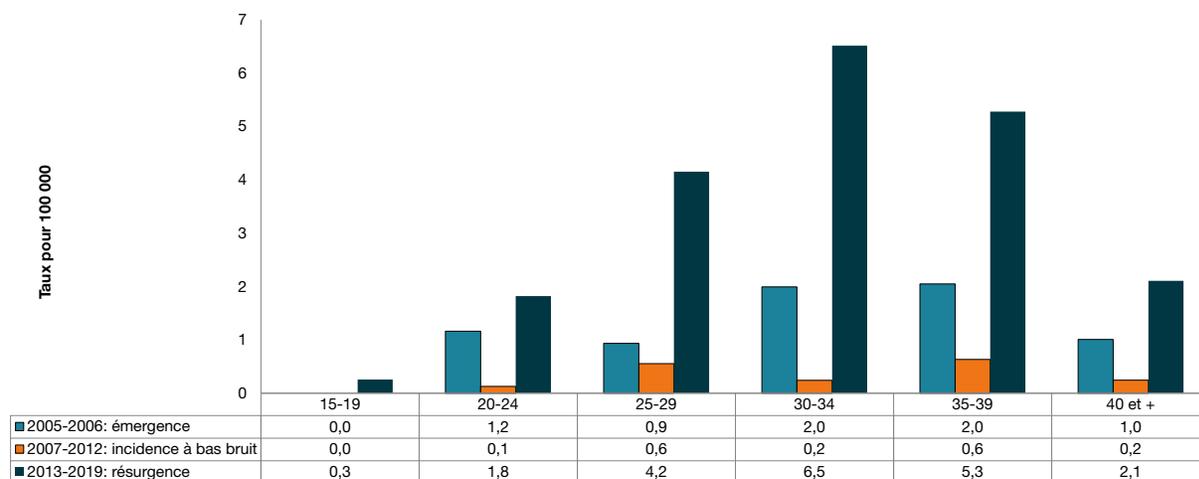
³⁰ Les cas asymptomatiques sont inclus dans la définition nosologique depuis septembre 2014; le génotypage systématique des infections rectales à *Chlamydia trachomatis* est effectué au LSPQ depuis juin 2016.

Figure 14 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2019



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

Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2019 (n = 786)



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 2015 à 2019

Région	2015		2016		2017		2018		2019		Moyenne 2015-2019		Variation 2019-2015			
	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	1	0,5	0	0,0	0	0,1	0	ND	0,0	ND
Saguenay-Lac-Saint-Jean	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Capitale-Nationale	0	0,0	4	0,5	5	0,7	3	0,4	5	0,7	3	0,5	5	ND	0,7	ND
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,4	1	0,1	2	ND	0,4	ND
Estrie	0	0,0	3	0,6	3	0,6	1	0,2	1	0,2	2	0,3	1	ND	0,2	ND
Montréal	89	4,6	88	4,5	83	4,2	74	3,7	109	5,3	89	4,4	20	22,5	0,7	16,3
Outaouais	0	0,0	1	0,3	1	0,3	1	0,3	2	0,5	1	0,3	2	ND	0,5	ND
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	1	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,1	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	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	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	ND	0,0	ND
Chaudière-Appalaches	2	0,5	2	0,5	1	0,2	1	0,2	3	0,7	2	0,4	1	50,0	0,2	46,9
Laval	1	0,2	4	0,9	0	0,0	3	0,7	2	0,5	2	0,5	1	100,0	0,2	92,0
Lanaudière	1	0,2	3	0,6	0	0,0	2	0,4	3	0,6	2	0,4	2	200,0	0,4	187,4
Laurentides	2	0,3	2	0,3	5	0,8	0	0,0	1	0,2	2	0,3	-1	-50,0	-0,2	-52,6
Montérégie	11	0,8	14	1,0	5	0,4	3	0,2	6	0,4	8	0,6	-5	-45,5	-0,4	-47,8
Nunavik	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	ND
Région non précisée	0		0		0	0,0	0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	106	1,3	123	1,5	103	1,2	89	1,1	134	1,6	111	1,3	28	26,4	0,3	21,8

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

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

Données 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 hausse importante est observée en 2019 et un nombre élevé de cas est également constaté en 2020 (voir également le chapitre 12).

- Une proportion élevée de cas est détectée dans un cadre de dépistage : ceci suggère que la recherche systématique de LGV pour les infections rectales à *C. trachomatis* contribue à capter une proportion importante des infections asymptomatiques qui pourraient être manquées, c'est d'autant plus vrai que la presque totalité des infections à LGV sont localisées au site rectal. Le dépistage régulier de l'infection rectale à *C. trachomatis* chez les HARSAH présentant des facteurs de risque de manière continue ou répétée, tel que recommandé par le Guide québécois de dépistage des ITSS, demeure donc une priorité pour le contrôle de l'épidémie.
- La proportion des cas chez des PVVIH a diminué depuis 2017; elle est nettement plus faible entre 2017 et 2019 qu'entre 2013 et 2016. La proportion élevée de cas enquêtés pour lesquels l'information au sujet des antécédents d'infection par le VIH est disponible (85 % en 2019³¹) suggère que la diminution de cas de LGV avec antécédents d'infection par le VIH est valide. Celle-ci suggère que le réseau sexuel des personnes atteintes de LGV s'élargit pour toucher de plus en plus de personnes séronégatives au VIH. Cet élargissement du réseau sexuel qui inclue maintenant des personnes séropositives et séronégatives pourrait amener un enjeu de transmission du VIH, surtout en présence d'une infection rectale avec ulcération ou inflammation.
- Parmi les PVVIH, la charge virale du VIH lors du dernier test est disponible depuis 2018; elle est rapportée indétectable pour 88 % des cas en 2018 et par 91 % des cas en 2019 (taux de réponse de 74 % en 2018 et de 85 % en 2019). Ainsi le risque de transmission du VIH ne serait pas un enjeu dans la majorité des cas, d'autant plus que les personnes séronégatives pourraient aussi recevoir une PPrE. Par contre, le risque de transmission du VIH pourrait demeurer pour certains cas de LGV dont la charge virale de la personne n'est pas contrôlée, surtout en absence de PPrE chez un contact sexuel séronégatif. L'accès au traitement pour les PVVIH et à la PPrE pour les personnes séronégatives à risque est une condition essentielle à la prévention de la transmission du VIH dans le contexte de l'épidémie de LGV.
- Parmi les cas ne rapportant pas d'antécédents de VIH, la détection de la LGV dans un contexte de suivi pour PPrE est rapportée pour très peu de cas. Il est probable que l'outil de collecte sous-estime le nombre de personnes sous PPrE car la question n'est pas posée de façon explicite, mais plutôt comme choix de réponse pour la raison de visite. Par exemple, une personne sous PPrE peut avoir consulté pour symptômes, de sorte que le contexte de PPrE comme raison de consultation pourrait ne pas avoir été capté. Or, les cas de LGV de statut VIH séronégatif déclarés en 2019 présentaient des indications claires de PPrE (tous ont une ITS bactérienne rectale et un nombre élevé de partenaires sexuels)³². Dans le contexte actuel où la moitié des cas de LGV déclarés sont de statut VIH séronégatif, il importe de sensibiliser ces personnes à l'importance de la PPrE.

³¹ Au cours de la période d'analyse (2013-2019), le taux de réponse pour les antécédents de VIH a varié entre un minimum de 71 % en 2017 et un maximum de 88 % en 2014.

³² La prophylaxie préexposition au virus de l'immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec. Janvier 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf>

Les efforts accrus pour réduire la transmission du VIH (notamment le traitement précoce, le maintien aux soins des personnes vivant avec le VIH pour contrôler la charge virale ainsi que la prescription de prophylaxie antirétrovirale en pré-exposition au VIH) peuvent avoir contribué à une hausse des dépistages des ITSS et donc au nombre de cas déclarés de LGV. Par ailleurs, considérant que le réseau sexuel des personnes contractant une LGV est dense, le dépistage fréquent et le traitement précoce au sein de la population des HARSAH pourraient contribuer à contrôler la propagation de la LGV.

Environ 15 ans après l'émergence de l'infection, l'épidémie de LGV demeure confinée aux HARSAH; elle touche maintenant 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 pour 83 % des cas. 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.

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

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 2019, les taux annuels de cas déclarés d'hépatite B aiguë et d'hépatite B chronique ou de stade non précisé ont diminué respectivement de 98 % et de 54 %. 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 2019

- En 2019, 11 cas d'**hépatite B aiguë** ont été déclarés (taux de 0,1 pour 100 000), quatre de ces cas concernaient des femmes et sept cas, des hommes. Trois cas étaient âgés entre 40 et 44 ans, l'ensemble des huit autres cas étaient répartis uniformément dans les catégories d'âge 20 à 24 ans jusqu'à 65 ans et plus.
- De plus, 425 cas d'**hépatite B chronique** (taux de 5,0 pour 100 000) et 593 cas d'**hépatite B de stade non précisé** (taux de 7,0 pour 100 000) ont été déclarés en 2019, pour un total de 1 018 cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé (taux de 12 pour 100 000). Les cas d'hépatite B de stade non précisé représentent 58 % de l'ensemble des cas d'hépatite B déclarés.
- Chez les hommes, les taux d'hépatite B chronique ou de stade non précisé les plus élevés sont observés parmi les personnes âgées de 35 à 39 ans (38 pour 100 000), de 40 à 44 ans (34 pour 100 000) et de 30 à 34 ans (33 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 (28 pour 100 000) et de 25 à 29 ans (21 pour 100 000).
- Ainsi, un total de 1 029 cas d'hépatite B de stade aigu, chronique ou non précisé a été déclaré en 2019, ce qui équivaut à un taux de 12 cas pour 100 000 personnes (14 pour 100 000 chez les hommes et 9,7 pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentent 58 % de l'ensemble des cas déclarés.
- Quatre régions présentent un taux d'hépatite B aiguë, chronique ou de stade non précisé supérieur à celui de la province (12 cas pour 100 000) : la région de Montréal (27 cas pour 100 000) ainsi que les régions de l'Outaouais, de Laval et de la Montérégie qui ont chacune un taux semblable (13 cas pour 100 000). En ce qui a trait spécifiquement à l'**hépatite B aiguë**, quatre régions ont déclaré un cas alors que deux régions en ont déclaré trois (Montréal et Mauricie-Centre du Québec).

7.2 Tendances

Le nombre de cas déclarés **d'hépatite B aiguë** a atteint un sommet de 457 en 1992. Il était de 12 en 2015, en 2016 et en 2017. Il a grimpé à 20 en 2018 puis est redescendu à 11 en 2019.

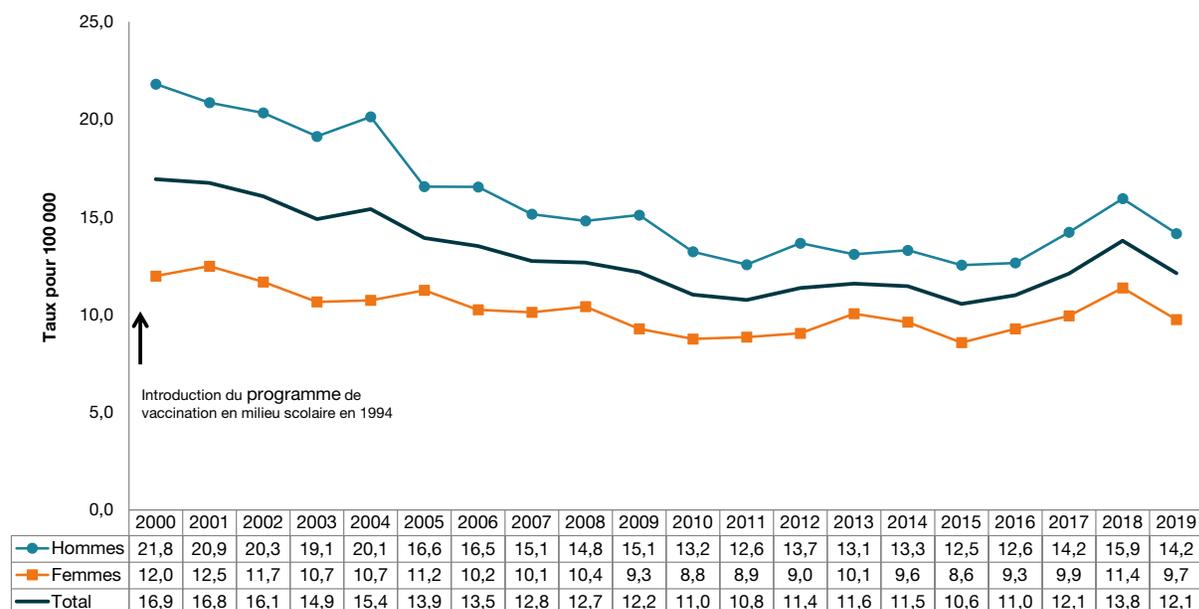
Entre 2015 et 2019, le taux de cas déclarés **d'hépatite B chronique** a diminué de 29 % (passant de 7,0 pour 100 000 à 5,0 pour 100 000). Une diminution plus forte du taux, de l'ordre de 75 % et plus, s'est produite dans les régions de l'Estrie, de la Montérégie et de Lanaudière.

Le taux d'hépatite B de stade non précisé s'est accru de 106 % entre 2015 et 2019 (passant de 3,4 à 7,0 pour 100 000). Il a peu changé dans la dernière année (passant de 6,7 pour 100 000 en 2018 à 7,0 pour 100 000 en 2019). Cette croissance a été similaire chez les hommes et chez les femmes dans les divers groupes d'âge. Cependant, elle a été plus marquée dans la région de la Montérégie (atteignant 320 %) que dans les autres régions.

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 2019 chez des enfants de moins d'un an (le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré au fichier des MADO il y a 10 ans, en 2009). Aucun cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé n'a été déclaré chez des enfants de moins d'un an depuis 2013 (un total de cinq cas avait été rapporté entre 2009 et 2012 dans ce groupe d'âge).

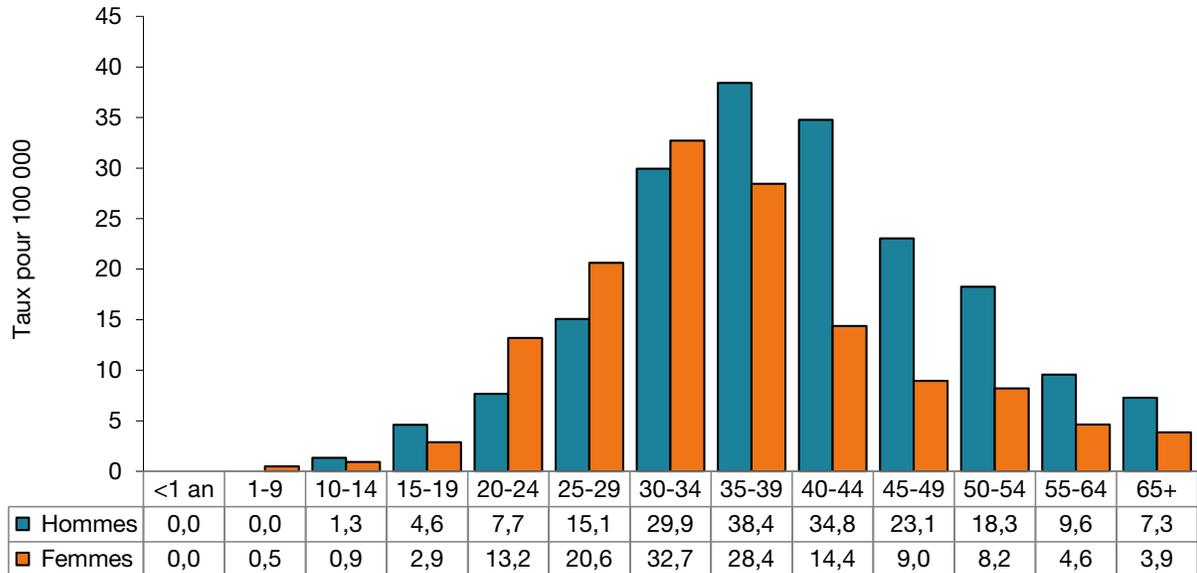
Figure 16 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

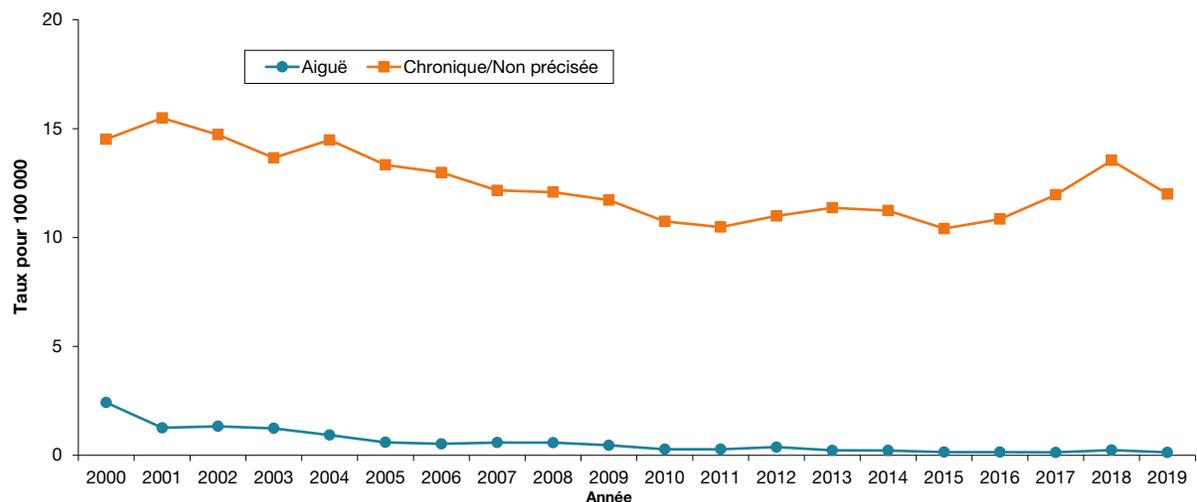
Figure 17 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Figure 18 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 2000 à 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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 2015 à 2019

Région	2015		2016		2017		2018		2019		Moyenne 2015-2019		Variation 2019-2015			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	%N	Tx	%Tx
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	2	1,0	7	3,5	8	4,1	5	2,5	5	2,4	3	150,0	1,5	151,0
Saguenay—Lac-Saint-Jean	13	4,7	6	2,2	7	2,5	5	1,8	6	2,2	7	2,7	-7	-53,8	-2,5	-53,9
Capitale-Nationale	68	9,3	62	8,4	54	7,3	49	6,6	63	8,4	59	8,0	-5	-7,4	-0,9	-10,0
Mauricie et Centre-du-Québec	23	4,5	24	4,7	22	4,3	19	3,7	21	4,0	22	4,2	-2	-8,7	-0,5	-10,9
Estrie	35	7,4	43	9,1	28	5,8	32	6,6	29	5,9	33	7,0	-6	-17,1	-1,5	-20,3
Montréal	497	25,5	490	25,0	575	29,0	682	33,8	557	27,1	560	28,1	60	12,1	1,6	6,5
Outaouais	33	8,6	57	14,8	60	15,5	55	14,0	53	13,3	52	13,3	20	60,6	4,7	54,4
Abitibi-Témiscamingue	3	2,0	2	1,4	3	2,0	9	6,1	3	2,0	4	2,7	0	0,0	0,0	-0,2
Côte-Nord	0	0,0	1	1,1	3	3,3	3	3,3	9	9,9	3	3,5	9	ND	9,9	ND
Nord-du-Québec	3	21,3	0	0,0	3	21,7	1	7,2	0	0,0	1	10,1	-3	-100,0	-21,3	-100,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	3	3,3	2	2,2	2	2,2	4	4,4	0	0,0	2	2,4	-3	-100,0	-3,3	-100,0
Chaudière-Appalaches	10	2,4	15	3,6	17	4,0	8	1,9	6	1,4	11	2,6	-4	-40,0	-1,0	-41,2
Laval	49	11,6	45	10,6	47	10,9	57	13,1	56	12,8	51	11,8	7	14,3	1,1	9,7
Lanaudière	16	3,2	18	3,6	18	3,6	26	5,1	11	2,1	18	3,5	-5	-31,3	-1,1	-34,1
Laurentides	22	3,7	20	3,4	25	4,1	39	6,4	29	4,7	27	4,5	7	31,8	0,9	25,0
Montérégie	85	6,3	116	8,5	130	9,4	157	11,2	181	12,7	134	9,6	96	112,9	6,5	103,7
Nunavik	0	0,0	0	0,0	3	22,1	1	7,2	0	0,0	1	5,9	0	ND	0,0	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	5,8	1	5,7	0	0,0	1	5,6	0	0,0	1	3,4	-1	-100,0	-5,8	-100,0
Région non précisée	0	0,0	0	0,0	0		0		0	0,0	0		0		0,0	
Province de Québec	863	10,6	904	11,0	1 004	12,1	1 156	13,8	1 029	12,1	991	11,9	166	19,2	1,6	14,9

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

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

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

7.4 Commentaires

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

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

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

- « À l'échelle provinciale, pour la saison 2018-2019, la couverture vaccinale (CV) contre le VHB chez les élèves de la 4^e année du primaire s'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 »³³.
- Il est à noter qu'en 2019 tout comme en 2018, deux des cas déclarés d'hépatite B aiguë 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 gratuite³⁴ 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

³³ Bulletin Flash Vigie, Flash Vigie, 2 octobre 2019 (Vol. 14, no 7).

³⁴ 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

exposées au sang et aux produits sanguins. Parmi les participants de l'étude Engage, 59 % des personnes de statut VIH négatif ou inconnu et 65 % des personnes de statut VIH positif savaient qu'elles avaient reçu une dose ou plus de vaccin contre l'hépatite B³⁵.

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.

³⁵ 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

8 Hépatite C

Depuis 1990, année du début de la saisie des cas d'hépatite C au registre MADO, un peu plus de 45 000 cas ont été déclarés au Québec. Au cours des 20 dernières années, le nombre de cas déclarés a décru graduellement. Le nombre de cas confirmés d'hépatite C aiguë ou récente est toujours demeuré faible. Compte tenu de la complexité de la confirmation d'un cas aigu ou récent, ce nombre sous-estime probablement la situation réelle; des données plus précises permettraient d'évaluer l'ampleur des infections incidentes au Québec.

8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2019

- Un total de 1 096 cas d'hépatite C aiguë ou récente³⁶ ou de stade non précisé a été déclaré en 2019, ce qui équivaut à un taux de 13 cas pour 100 000 personnes (17 pour 100 000 chez les hommes et 8,5 pour 100 000 chez les femmes).
- Les hommes représentent les deux tiers (66 %) de l'ensemble des cas déclarés. Les hommes âgés de 25 à 29 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 et de 45 à 49 ans ont un taux relativement similaire (variant de 18 à 21 cas pour 100 000 personnes), ceux âgés de 30 à 34 ont un taux de 26 pour 100 000 personnes alors que ceux de 50 à 54 ans et de 55 à 64 ans ont les taux les plus élevés (respectivement 33 et 32 cas pour 100 000 personnes).
- Chez les femmes, le taux est relativement semblable dans toutes les tranches d'âge situées entre 30 et 64 ans (variant de 12 à 15 pour 100 000); le taux le plus élevé (15 pour 100 000) est observé parmi les femmes âgées de 35 à 39 ans.
- Les régions de Montréal (22 cas pour 100 000), de l'Outaouais (20 pour 100 000), de l'Estrie (19 pour 100 000), du Nunavik (14 cas pour 100 000) et de la Capitale Nationale (14 cas pour 100 000) ont des taux de cas déclarés supérieurs à celui de la province (13 pour 100 000).
- En ce qui a trait spécifiquement à **l'hépatite C aiguë ou récente**, 12 cas ont été déclarés en 2019, dont 10 cas masculins. Aucun cas ne concerne les 19 ans et moins ni les 65 ans et plus ; tous concernaient des personnes résidentes de la région de Montréal.

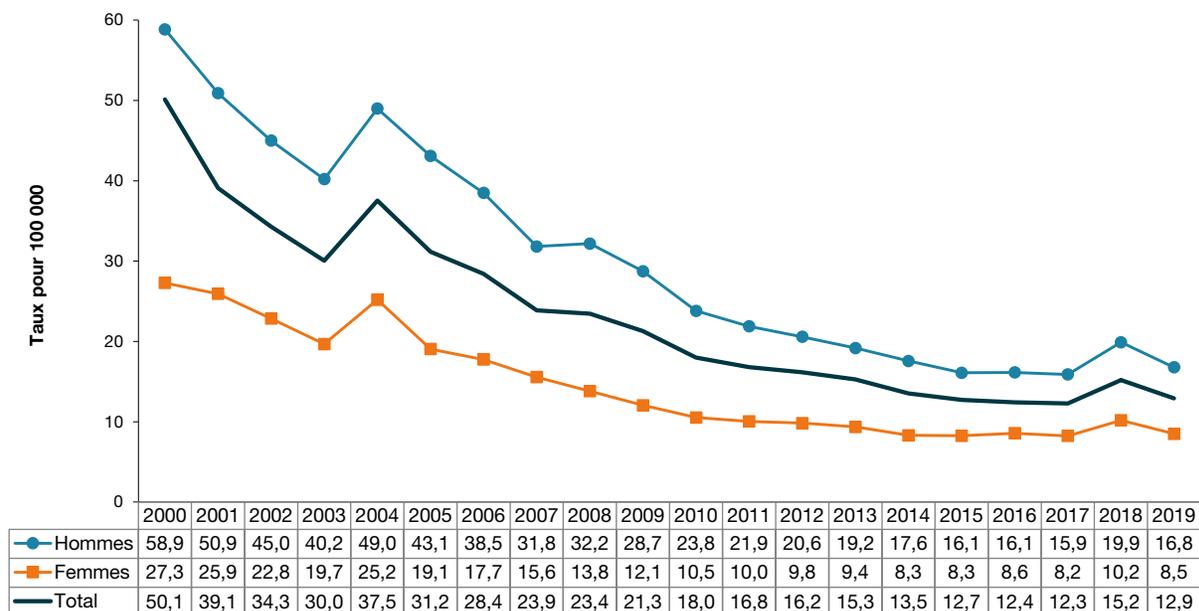
8.2 Tendances

Le taux global de cas déclarés d'hépatite C a diminué de 74 % entre 2000 et 2019 (il est passé de 50 à 13 pour 100 000) ; la légère augmentation du taux observé entre 2017 et 2018 (de 12 à 15 pour 100 000) s'est résorbée en 2019. Entre 2015 et 2019, le taux provincial est demeuré stable (croissance de 1,5 %) alors qu'il augmentait de 31 % en Outaouais, de 25 % dans la Capitale Nationale et de 16 % dans la région de Montréal.

Après un pic à 31 en 2014, le nombre de cas **d'hépatite C aiguë ou récente** déclarés annuellement a été de 15 en 2015 et 2016 puis de 19 et 21 cas en 2017 et 2018 ; il est de 12 en 2019.

³⁶ 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.

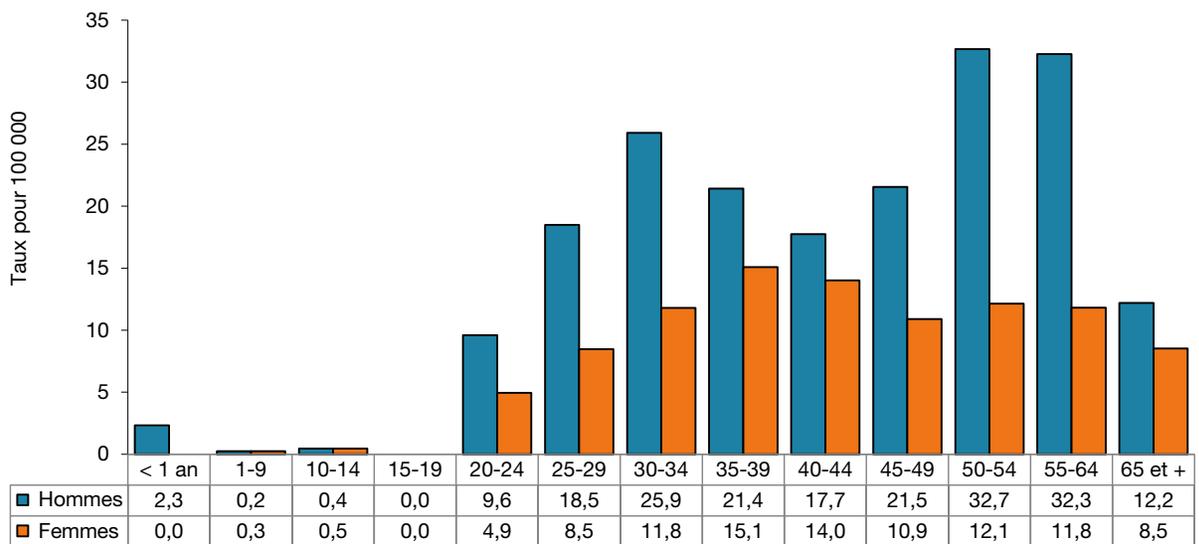
Figure 19 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2000 à 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

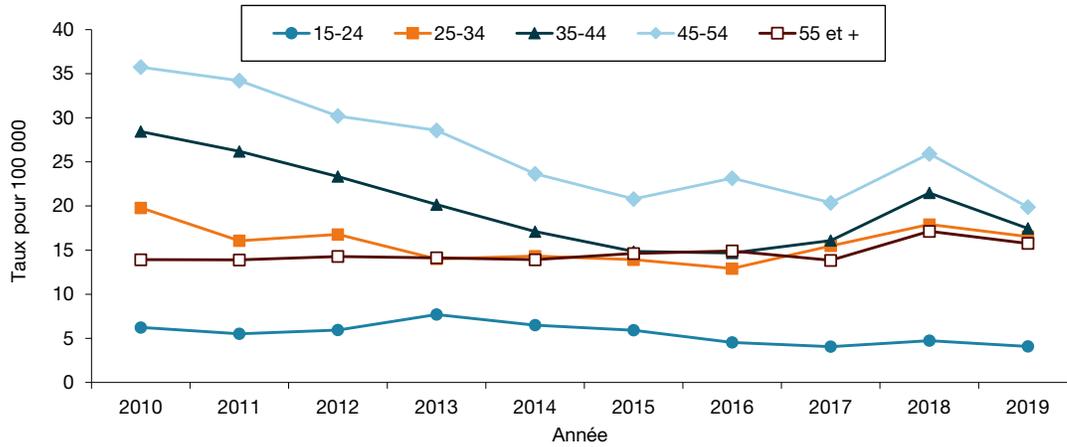
Figure 20 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2010 à 2019



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

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

Tableau 13 Hépatite C (aiguë ou récente et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2015 à 2019

Région	2015		2016		2017		2018		2019		Moyenne 2015-2019		Variation 2019-2015			
	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	13	6,6	17	8,6	5	2,5	4	2,0	10	5,1	10	5,0	-3	-23,1	-1,5	-22,8
Saguenay—Lac-Saint-Jean	23	8,3	18	6,5	11	4,0	22	7,9	22	7,9	19	6,9	-1	-4,3	-0,4	-4,5
Capitale-Nationale	81	11,1	102	13,9	92	12,5	108	14,5	104	13,9	97	13,2	23	28,4	2,7	24,7
Mauricie et Centre-du-Québec	55	10,8	60	11,8	46	9,0	58	11,2	34	6,5	51	9,8	-21	-38,2	-4,3	-39,7
Estrie	63	13,4	61	12,8	51	10,7	78	16,1	58	11,8	62	13,0	-5	-7,9	-1,5	-11,5
Montréal	368	18,9	364	18,6	399	20,1	558	27,6	448	21,8	427	21,4	80	21,7	3,0	15,6
Outaouais	58	15,2	79	20,5	57	14,7	79	20,2	79	19,9	70	18,1	21	36,2	4,7	31,0
Abitibi-Témiscamingue	19	12,9	14	9,5	14	9,5	23	15,6	14	9,5	17	11,4	-5	-26,3	-3,4	-26,4
Côte-Nord	11	11,7	10	10,8	12	13,1	12	13,2	12	13,2	11	12,4	1	9,1	1,5	13,0
Nord-du-Québec	2	14,2	0	0,0	1	7,2	3	21,7	0	0,0	1	8,7	-2	-100,0	-14,2	-100,0
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	10	10,9	7	7,7	8	8,8	10	11,0	12	13,3	9	10,4	2	20,0	2,3	21,5
Chaudière-Appalaches	30	7,1	21	5,0	15	3,5	20	4,7	21	4,9	21	5,0	-9	-30,0	-2,2	-31,4
Laval	43	10,2	51	12,0	30	7,0	37	8,5	34	7,7	39	9,1	-9	-20,9	-2,5	-24,1
Lanaudière	45	9,1	41	8,2	58	11,5	54	10,6	46	8,9	49	9,7	1	2,2	-0,2	-2,1
Laurentides	99	16,8	64	10,8	81	13,4	78	12,8	67	10,8	78	12,9	-32	-32,3	-6,0	-35,8
Montérégie	118	8,7	109	7,9	133	9,6	125	8,9	132	9,3	123	8,9	14	11,9	0,6	7,0
Nunavik	0	0,0	0	0,0	3	22,1	3	21,7	2	14,2	2	11,8	2	ND	14,2	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	11,6	3	17,2	3	17,0	1	5,6	1	5,5	2	11,3	-1	-50,0	-6,1	-52,4
Région non précisée	0	0,0	0	0,0	0		0	0,0	0	0,0	0		0		0,0	
Province de Québec	1 040	12,7	1 021	12,4	1 019	12,3	1 273	15,2	1 096	12,9	1 090	13,1	56	5,4	0,2	1,5

Notes : Taux pour 100 000 personnes.

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 ou récente d'une infection chronique. Le nombre de cas d'hépatites C aiguës ou récentes déclarés se situe possiblement bien en deçà de la situation réelle dans la communauté.

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

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

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

L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les utilisateurs de drogues, la sous-estimation du nombre réel de cas aigus ou récents ainsi que la méconnaissance des cas de réinfection après traitement et guérison constituent des enjeux reconnus. D'autres enjeux sont de plus en plus préoccupants : la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les HARSAH qui vivent avec le VIH, la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les personnes UDI. De même, l'absence de données sur les facteurs de risque pour les 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 de distribution de seringues stériles et autres programmes de réduction des méfaits, ainsi que de la disponibilité de traitements très efficaces, l'OMS a publié en 2016 une *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021*³⁷. 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 Santé³⁸; 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.

³⁷ Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021. 2016; 2018 (26 mars).

³⁸ 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>

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 exhaustif³⁹ étant diffusé à ce sujet, seuls les éléments principaux sont rapportés ici. Au total, 12 003 cas d'infections par le VIH ont été enregistrés dans le cadre du programme entre avril 2002 et décembre 2019. Parmi ceux-ci, on compte 6 327 nouveaux diagnostics⁴⁰, 5 231 anciens diagnostics et 445 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 2019

- En 2019, 646 infections par le VIH ont été enregistrées : 305 nouveaux diagnostics, 335 anciens diagnostics et six cas pour lesquels on ne peut préciser s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau diagnostic.
- Les hommes représentent 74 % des nouveaux diagnostics. Parmi les nouveaux diagnostics chez les hommes (n = 227), 12 % ont entre 15 et 24 ans, 32 % ont entre 25 et 34 ans, 23 % ont entre 35 et 44 ans, 18 % ont entre 45 et 54 ans et 15 % sont âgés de 55 ans ou plus.
- Quant aux nouveaux diagnostics chez les femmes (n = 75), 12 % ont entre 15 et 24 ans, 19 % ont entre 25 et 34 ans, 25 % ont entre 35 et 44 ans, 20 % ont entre 45 et 54 ans et 24 % ont 55 ans ou plus.
- Trois nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez des personnes trans⁴¹.
- En 2019, l'âge médian des nouveaux diagnostics est de 42 ans chez les femmes et de 37 ans chez les hommes.
- En 2019, pour l'ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s'établit à 3,6 cas pour 100 000 personnes. Celui pour le Québec, excluant la région de Montréal, est de 1,8 pour 100 000 personnes.
- La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur (9,1 cas pour 100 000 personnes). Les taux des autres régions sont inférieurs à la moyenne provinciale en 2019, excepté celui de la région du Nord-du-Québec qui n'enregistre qu'un cas.
 - Pour les nouveaux diagnostics dont l'information est disponible (n = 270), 57 % des cas avaient des taux de lymphocytes CD4 \geq 350/mL au moment du diagnostic et 43 % des taux $<$ 350 CD4/mL indiquant un diagnostic tardif. Parmi ceux-ci, 73 cas (27 % présentaient des

³⁹ Bitera, R. et coll. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2019, 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, 2020.

⁴⁰ 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.

⁴¹ La collecte de donnée actuelle ne permet pas encore de nuancer et de détailler davantage la diversité des genres des personnes qu'elle rejoint. Trans fait donc référence à toutes les personnes transgenres ou transsexuelles, sans nuances.

taux de lymphocytes CD4 < 200/mL et/ou une maladie indicatrice du sida, suggérant des diagnostics à un stade avancé de la maladie, selon l'OMS^{42,43}.

9.1.1 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS ENREGISTRÉS EN 2019

Les cas de VIH sont catégorisés de façon mutuellement exclusive selon une hiérarchie établie par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), c'est-à-dire que la catégorie d'exposition est attribuée selon un ordre de priorité. Un bon exemple pour illustrer la façon d'interpréter les catégories d'exposition concerne les HARSAH également originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique. Dans ce cas particulier, la procédure hiérarchisée de classification mène à l'attribution de la catégorie d'exposition HARSAH, ce qui représente bien le mode de transmission, mais ne permet plus de voir l'information sur l'origine de pays fortement endémiques pour le VIH lorsque la catégorie d'exposition est examinée seule. Pour davantage d'informations sur l'attribution de la catégorie d'exposition, consulter le rapport du Programme de surveillance du VIH au Québec⁴⁴.

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2019 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont :

- Les **HARSAH**, lesquels représentent 71 % des cas masculins. En 2019, on enregistrait 164⁴⁵ nouveaux diagnostics chez les HARSAH dont 161 chez des hommes cis et trois chez des hommes trans. Ils se répartissent comme suit : 15 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 35 % de 25 à 34 ans, 22 % de 35 à 44 ans, 13 % avaient entre 45 et 54 ans et 15 % avaient 55 ans ou plus.
- Les **personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique**⁴⁶, lesquelles représentent 28 % des nouveaux diagnostics, soit 13 % des cas masculins et 73 % 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, 71 % 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 15 % des cas de nouveaux diagnostics (12 % des cas masculins et 25 % des cas féminins). Cette catégorie inclut :
- Les personnes hétérosexuelles qui ont des partenaires hétérosexuels à risque (PHR). Un partenaire hétérosexuel à risque est un partenaire séropositif, HARSAH, UDI, originaire d'un pays où le virus est endémique, receveur de transfusion et/ou de facteurs de coagulation, etc.
- Les personnes hétérosexuelles qui ont des facteurs de risque autres que les catégories d'exposition précédentes (partenaires multiples, antécédents d'ITSS, etc.) ou pour lesquels le risque du partenaire sexuel n'est pas connu.

⁴² 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/>

⁴³ 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.

⁴⁴ Bitera, R. et coll. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2019, Québec, Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec le Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval.

⁴⁵ Incluant trois personnes trans classées selon le mode de transmission HARSAH, ce qui explique la différence dans le nombre de HARSAH entre le tableau chez les hommes et celui pour l'ensemble des cas.

⁴⁶ 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.

- Les personnes **UDI** (excluant les HARSAH aussi UDI), lesquelles représentent moins de 1 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2019. Chez les hommes, la proportion s'élève à 4,4 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI. En 2019, deux nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez les personnes UDI (excluant les HARSAH-UDI).

9.1.2 TRANSMISSION PÉRINATALE

Aucun nouveau diagnostic d'infection périnatale n'a été rapporté au programme de surveillance en 2019. Depuis avril 2002, un total de 44 nouveaux diagnostics d'infection périnatale a été enregistré, dont 19 concernaient des enfants nés au Canada. Parmi ces derniers, 13 étaient nés de mères immigrantes d'un pays où l'infection par le VIH est fortement endémique.

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, 243 en 2018 et 233 en 2019). Ce changement apporté au programme de surveillance doit être pris en considération lors de l'interprétation des tendances. Il est possible de dégager les constats suivants :

- Entre 2010 et 2014, on observe une moyenne de 332 nouveaux diagnostics de VIH par année. La moyenne est de 319 pour la période 2015-2019, soit une baisse de 4 %. Une diminution plus prononcée est observée lorsque les cas sans NAM sont exclus. Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2019, la moyenne annuelle serait de 312 nouveaux diagnostics entre 2010 et 2014 et 242 pour la période 2015-2019 ; la diminution atteindrait 23 %;
- Chez les hommes, le nombre de nouveaux diagnostics est plutôt stable depuis 2009. Le nombre minimal de cas (239) a été observé en 2014 et le nombre maximal (302) en 2013. Une diminution du nombre de nouveaux diagnostics s'observe surtout chez les hommes âgés de 45 à 54 ans;
- Chez les femmes, le nombre de nouveaux diagnostics était également stable entre 2007 et 2016. Le nombre minimal de cas (41) a été observé en 2011 et le nombre maximal en 2013 (63) variant entre 41 en 2011 et 63 en 2013. Il a augmenté depuis. En 2019, on observe 75 nouveaux diagnostics;
- Entre les deux périodes de cinq ans (2010-2014 et 2015-2019), la moyenne annuelle des nouveaux diagnostics diminue de 49 % chez les personnes UDI, de 28 % chez les HARSAH-UDI et de 15 % chez les HARSAH. Elle varie légèrement à la hausse chez les personnes hétérosexuelles (+9 %) et elle augmente beaucoup chez les personnes originaires de pays où le virus est fortement endémique (+52 %).

9.2.1 LES HARSAH

- Depuis 2003, le nombre annuel de **nouveaux diagnostics** chez les HARSAH a oscillé entre un maximum de 261 en 2006 et un minimum de 154 en 2017. La baisse observée en 2017 était prononcée comparativement à celles des années précédentes, mais le nombre de cas est plutôt stable en 2018 et en 2019 par rapport à 2017.

- Le nombre annuel moyen de **nouveaux diagnostics** s'établissait à 206 entre 2010 et 2014, alors qu'il était de 175 entre 2015 et 2019 (diminution de 15 %). 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 66 pour la période 2010-2014 à 63 pour la période 2015-2019, soit une diminution de 5 %;
 - Chez les HARSAH âgés de 35 à 44 ans, la moyenne annuelle de nouveaux diagnostics a baissé de 49 à 26 cas entre les deux périodes, soit une diminution de 27 %;
 - 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 46 à 27 nouveaux diagnostics par an, soit une diminution de 41 % entre les deux périodes;
 - Dans 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.

9.2.2 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 est moins marquée en 2019. Le nombre de cas qui se maintenait entre 90 et 147 entre 2003 et 2016 a augmenté depuis pour s'établir à 223 en 2019 (dont 74 hommes et 149 femmes ; 137 cas sans NAM). Le nombre de nouveaux diagnostics, qui se maintenait entre 42 et 73 entre 2003 et 2016, est de 84 en 2019 (dont 29 hommes et 55 femmes ; 60 nouveaux diagnostics sans NAM).

9.2.3 LES PERSONNES UDI

- Le nombre annuel moyen de cas féminins de nouveaux diagnostics enregistrés dans cette catégorie est passé de six pour la période 2010-2014 à deux pour la période 2015-2019 (diminution de 66 %). Le nombre annuel moyen de cas masculins (incluant les HARSAH-UDI) est passé de 17 pour la période 2010-2014 à 11 pour la période 2015-2019 (diminution de 35 %).
- Entre 2002 et 2019, le nombre de nouveaux diagnostics chez les personnes UDI a considérablement diminué. Il a oscillé entre un maximum de 75 en 2003 et un minimum de deux en 2019 (94 à 10 en incluant les HARSAH-UDI). Parmi l'ensemble des cas enregistrés (nouveaux et anciens diagnostics), le nombre de personnes UDI a également diminué de façon importante. Il a varié entre un maximum de 211 en 2003 à 12 en 2019 (de 250 en 2003 à 39 en 2019 en incluant les HARSAH-UDI).

9.3 Estimation de l'incidence et de la prévalence

Les estimations par modélisation du nombre de cas incidents et prévalents effectuées par l'ASPC se basent sur la triangulation de plusieurs sources de données, dont celles du Programme québécois de surveillance du VIH⁴⁷. Selon les estimations produites par l'ASPC (tableau 16), environ 685 personnes auraient contracté le VIH au Québec durant l'année 2018, ce qui est légèrement supérieur au nombre estimé pour l'année 2016, soit 567 personnes. Le nombre de cas incidents estimé pour le Québec en 2018 compterait pour 31 % des cas incidents estimés pour le Canada.

Selon ces mêmes estimations, environ 17 040 personnes étaient infectées par le VIH au Québec en 2018 (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida et celles n'étant pas au courant de leur infection). Comme l'infection par le VIH est chronique et que le taux de mortalité s'y rapportant connaît une diminution, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même en présence d'une baisse du nombre de cas incidents.

Tableau 14 Nombre estimé de nouvelles infections et de personnes vivant avec le VIH au Québec et au Canada, 2016 et 2018

	Québec		Canada	
	Estimé ponctuel	Étendue plausible	Estimé ponctuel	Étendue plausible
Nombre estimé de nouvelles infections				
2018	685	469-980	2 242	1 080-3 850
2016	567	446-712	1 960	1 160-2 770
Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH				
2018	17 040	14 994-19 361	62 050	54 600-70 500
2016	15 571	13 810-17 604	58 291	51 700-65 900

Les estimations de l'atteinte des cibles de l'UNAIDS⁴⁸ pour la prise en charge des cas au Québec en 2018, effectuées par l'ASPC⁴⁹, sont les suivantes :

- 87 % de personnes séropositives connaîtraient leur statut sérologique;
- 85 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevraient des traitements antirétroviraux;
- 95 % des personnes sous traitement antirétroviraux auraient une charge virale inférieure à 200 copies/ml.

⁴⁷ Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2016, décembre 2018. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2018, décembre 2020. Communication personnelle pour les données de 2014 à 2018 pour le Québec, mise à jour novembre 2020.

⁴⁸ 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>.

⁴⁹ Agence de la santé publique du Canada, communication personnelle, décembre 2020.

Figure 22 Infection par le VIH : taux d'incidence bruts de nouveaux diagnostics selon le sexe, Québec, de 2003 à 2019

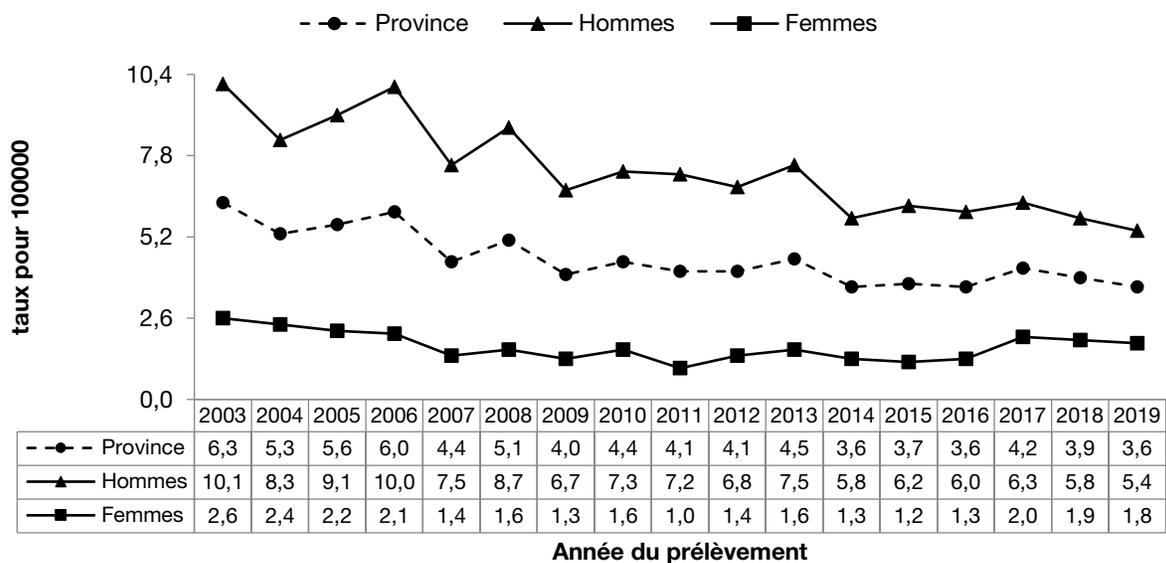


Tableau 15 Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2019

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	251	76	0	0	327	209	54	0	0	263	55	26	0	0	81	671
2003	319	107	1	0	427	375	98	0	0	473	33	13	0	0	46	946
2004	263	77	0	0	340	309	90	0	0	399	48	14	0	0	62	801
2005	223	79	0	1	303	343	84	0	0	427	8	5	0	0	13	743
2006	194	54	1	0	249	378	82	0	1	461	12	3	0	0	15	725
2007	210	75	0	0	285	285	56	0	0	341	22	4	0	0	26	652
2008	193	64	2	0	259	336	62	0	0	398	14	2	0	0	16	673
2009	206	59	0	0	265	259	52	0	0	311	33	7	0	0	40	616
2010	159	39	0	0	198	284	63	0	0	347	17	0	0	0	17	562
2011	135	48	0	0	183	284	41	0	0	325	17	4	0	0	21	529
2012	197	85	0	0	282	271	58	0	0	329	14	6	0	0	20	631
2013	193	84	0	0	277	302	63	0	0	365	17	4	0	0	21	663
2014	149	76	0	0	225	239	53	0	0	292	16	1	0	0	17	534
2015	212	81	2	0	295	255	51	0	0	306	8	2	0	0	10	611
2016	244	70	2	0	316	251	53	0	0	304	5	1	0	0	6	626
2017	228	100	0	0	328	266	86	0	0	352	14	7	0	0	21	701
2018	206	129	2	0	337	245	83	1	0	329	3	4	0	0	7	673
2019	219	114	2	0	335	227	75	3	0	305	3	3	0	0	6	646
Total	3 801	1 417	12	1	5 231	5 118	1 204	4	1	6 327	339	106	0	0	445	12 003

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 2019.

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), octobre 2020.

Tableau 16 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 2019

Année	HARSAH		HARSAH /UDI		UDI		Pays endémiques		Rel Hétéro part à risque		Rel Hétéro part SRI		Transfusion Facteur de coagulation	Aucun risque identifié	Périnatale	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	N
2002	130	62,2	4	25	12,0	20	9,6	8	3,8	17	8,1	0	2	3	209	
2003	231	61,6	19	53	14,1	24	6,4	12	3,2	30	8,0	0	6	0	375	
2004	196	63,4	14	27	8,7	30	9,7	6	1,9	29	9,4	0	5	2	309	
2005	238	69,4	9	27	7,9	28	8,2	8	2,3	24	7,0	0	5	4	343	
2006	261	69,0	15	24	6,3	38	10,1	7	1,9	30	7,9	2	0	1	378	
2007	210	73,7	9	15	5,3	17	6,0	4	1,4	28	9,8	0	2	0	285	
2008	243	72,3	15	18	5,4	19	5,7	17	5,1	22	6,5	0	0	2	336	
2009	202	78,0	4	15	5,8	13	5,0	5	1,9	19	7,3	1	0	0	259	
2010	220	77,5	9	9	3,2	21	7,4	6	2,1	18	6,3	0	1	0	284	
2011	201	70,8	6	16	5,6	23	8,1	12	4,2	18	6,3	1	4	3	284	
2012	202	74,5	7	7	2,6	27	10,0	11	4,1	17	6,3	0	0	0	271	
2013	231	76,5	9	6	2,0	24	7,9	9	3,0	18	6,0	0	1	4	302	
2014	177	74,1	5	11	4,6	26	10,9	9	3,8	11	4,6	0	0	0	239	
2015	193	75,7	7	6	2,4	23	9,0	7	2,7	18	7,1	0	0	1	255	
2016	200	79,7	4	4	1,6	18	7,2	6	2,4	19	7,6	0	0	0	251	
2017	154	57,9	2	7	2,6	64	24,1	12	4,5	24	9,0	0	3	0	266	
2018	165	67,3	5	11	4,5	31	12,7	11	4,5	22	9,0	0	0	0	245	
2019	161 ^a	70,9	8	2	0,9	29	12,8	3	1,3	24	10,6	0	0	0	227	
Total	3 615	70,6	151	283	5,5	475	9,3	153	3,0	388	7,6	4	29	20	5 118	

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 2012-2019 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 Trois cas ont été diagnostiqués chez des personnes trans et ont été classés dans la catégorie HARSAH, ce qui explique la différence entre le nombre de cas HARSAH parmi les hommes et celui pour l'ensemble des cas (tableau 18 et tableau 20).

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2020.

Tableau 17 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 2019.

Année	UDI		Pays endémiques		Rel Hétéro part à risque		Rel Hétéro part SRI		Transfusion Facteur de coagulation	Aucun risque identifié	Périnatale	Total
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	N
2002	12	22,2	26	48,1	8	14,8	7	13,0	0	0	1	54
2003	22	22,4	49	50,0	13	13,3	12	12,2	0	0	2	98
2004	14	15,6	42	46,7	16	17,8	15	16,7	1	0	2	90
2005	13	15,5	37	44,0	15	17,9	16	19,0	0	0	3	84
2006	17	20,7	28	34,1	20	24,4	15	18,3	1	0	1	82
2007	13	23,2	25	44,6	7	12,5	11	19,6	0	0	0	56
2008	5	8,1	29	46,8	16	25,8	9	14,5	0	1	2	62
2009	5	9,6	26	50,0	13	25,0	8	15,4	0	0	0	52
2010	5	7,9	30	47,6	11	17,5	14	22,2	0	0	3	63
2011	5	12,2	17	41,5	10	24,4	7	17,1	0	0	2	41
2012	7	12,1	30	51,7	12	20,7	7	12,1	0	0	2	58
2013	11	17,5	34	54,0	4	6,3	12	19,0	0	1	1	63
2014	4	7,5	30	56,6	11	20,8	7	13,2	0	1	0	53
2015	2	3,9	24	47,1	20	39,2	3	5,9	0	1	1	51
2016	2	3,8	35	66,0	8	15,1	7	13,2	0	0	1	53
2017	0	0,0	67	77,9	10	11,6	7	8,1	0	0	2	86
2018	7	8,4	52	62,7	11	13,3	12	14,5	0	0	1	83
2019	0	0,0	55	73,3	5	6,7	14	18,7	0	1	0	75
Total	144	12,0	636	52,8	210	17,4	183	15,2	2	5	24	1 204

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 2012-2019 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), octobre 2020.

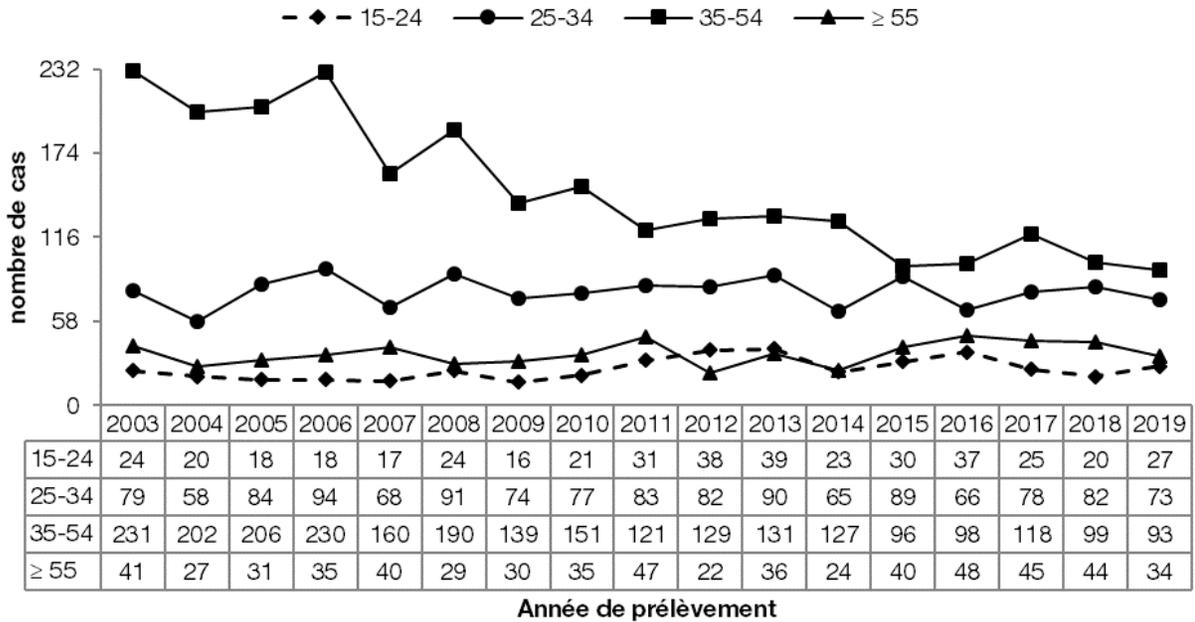
Tableau 18 Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement et catégorie principale d'exposition, Québec, avril 2002 à décembre 2019

Année	HARSAH		HARSAH/ UDI	UDI		Pays endémiques		Rel Hétéro part à risque		Rel Hétéro part SRI		Transfusion Facteur de coagulation	Aucun risque identifié	Périnatale	Total
	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	N
2002	130	49,4	4	37	14,1	46	17,5	16	6,1	24	9,1	0	2	4	263
2003	231	48,8	19	75	15,9	73	15,4	25	5,3	42	8,9	0	6	2	473
2004	196	49,1	14	41	10,3	72	18,0	22	5,5	44	11,0	1	5	4	399
2005	238	55,7	9	40	9,4	65	15,2	23	5,4	40	9,4	0	5	7	427
2006	261	56,7	15	41	8,9	66	14,3	27	5,9	45	9,8	3	0	2	460
2007	210	61,6	9	28	8,2	42	12,3	11	3,2	39	11,4	0	2	0	341
2008	243	61,1	15	23	5,8	48	12,1	33	8,3	31	7,8	0	1	4	398
2009	202	65,0	4	20	6,4	39	12,5	18	5,8	27	8,7	1	0	0	311
2010	220	63,4	9	14	4,0	51	14,7	17	4,9	32	9,2	0	1	3	347
2011	201	61,8	6	21	6,5	40	12,3	22	6,8	25	7,7	1	4	5	325
2012	202	61,4	7	14	4,3	57	17,3	23	7,0	24	7,3	0	0	2	329
2013	231	63,3	9	17	4,7	58	15,9	13	3,6	30	8,2	0	2	5	365
2014	177	60,6	5	15	5,1	56	19,2	20	6,8	18	6,2	0	1	0	292
2015	193	63,1	7	8	2,6	47	15,4	27	8,8	21	6,9	0	1	2	306
2016	200	65,8	4	6	2,0	53	17,4	14	4,6	26	8,6	0	0	1	304
2017	154	43,8	2	7	2,0	131	37,2	22	6,3	31	8,8	0	3	2	352
2018	166	50,5	5	18	5,5	83	25,2	22	6,7	34	10,3	0	0	1	329
2019	164	53,8	8	2	0,7	84	27,5	8	2,6	38	12,5	0	1	0	305
Total	3 619	57,2	151	427	6,7	1 111	17,6	363	5,7	571	9,0	6	34	44	6 326

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 2012-2019 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.

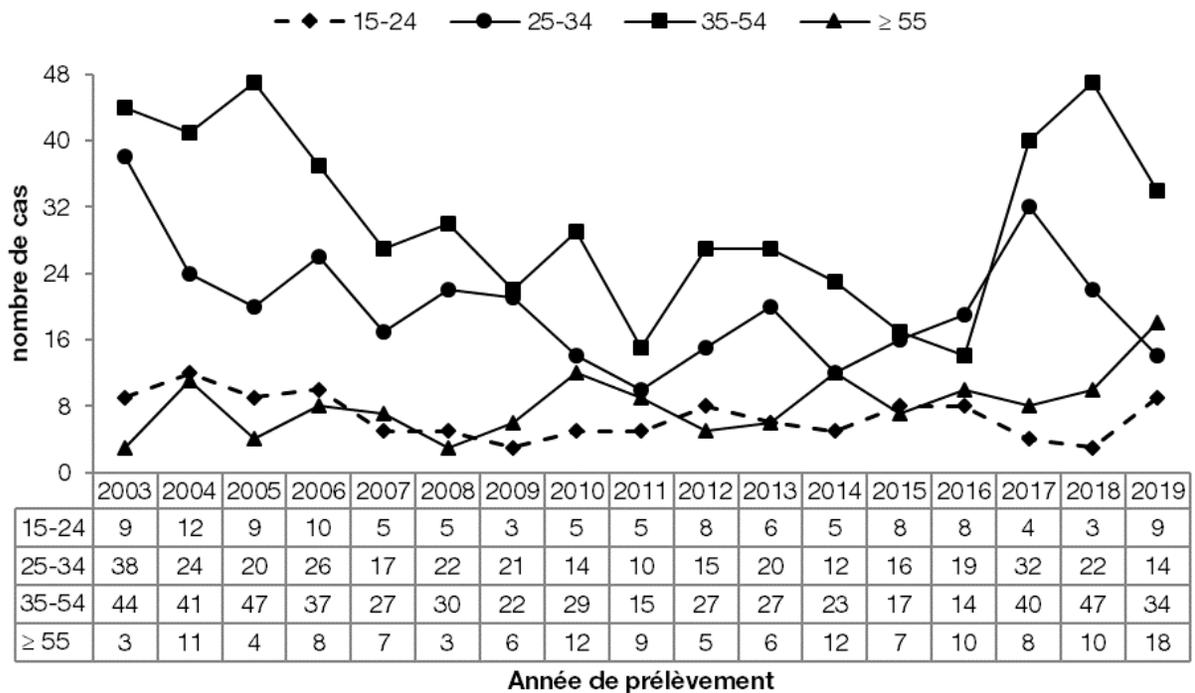
Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2020.

Figure 23 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 à 54 ans, Québec, de 2003 à 2019



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

Figure 24 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 à 54 ans, Québec, de 2003 à 2019



Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2020.

Tableau 19 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2015 à 2019

Région	2015		2016		2017		2018		2019		Variation 2015-2019			
	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	3	1,5	4	2,0	0	0,0	1	0,5	2	1,0	-1	-33,3	-0,5	-32,1
Saguenay-Lac-Saint-Jean	4	1,4	2	0,7	6	2,1	4	1,4	3	1,1	-1	-25,0	-0,4	-24,8
Capitale-Nationale	22	3,0	16	2,2	26	3,5	21	2,8	20	2,7	-2	-9,1	-0,3	-10,8
Mauricie et Centre-du-Québec	8	1,6	4	0,8	14	2,7	10	1,9	10	1,9	2	25,0	0,4	22,6
Estrie	4	0,8	5	1,0	6	1,2	5	1,0	5	1,0	1	25,0	0,2	21,6
Montréal	180	9,0	183	9,1	211	10,4	199	9,8	187	9,1	7	3,9	0,1	0,8
Outaouais	4	1,0	8	2,0	9	2,3	6	1,5	11	2,8	7	175,0	1,7	169,7
Abitibi-Témiscamingue	3	2,0	5	3,4	1	0,7	5	3,3	3	2,0	0	0,0	0,0	0,7
Côte-Nord	3	3,1	0	0,0	0	0,0	2	2,1	0	0,0	-3	-100	-3,1	-100
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	7,3	1	---	7,3	---
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	1	1,1	1	1,1	0	0,0	1	1,1	1	---	1,1	---
Chaudière-Appalaches	3	0,7	3	0,7	4	0,9	4	0,9	4	0,9	1	33,3	0,2	31,6
Laval	11	2,6	10	2,3	18	4,1	11	2,5	13	3,0	2	18,2	0,4	15,6
Lanaudière	12	2,4	15	2,9	14	2,7	7	1,3	5	1,0	-7	-58,3	-1,4	-59,4
Laurentides	13	2,2	9	1,5	10	1,6	11	1,8	11	1,8	-2	-15,4	-0,4	-18,8
Montérégie	36	2,6	38	2,7	32	2,3	43	3,0	29	2,0	-7	-19,4	-0,6	22,1
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	---	0,0	---
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	---	0,0	---
Province de Québec	306	3,7	304	3,6	352	4,2	329	3,9	305	3,6	-1	-0,3	-0,1	-2,6

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 2019. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), octobre 2020.

9.4 Commentaires

Au Québec, le Programme de surveillance de l'infection par le VIH recueille certaines caractéristiques démographiques et épidémiologiques des PVVIH. Même si l'interprétation de ces données doit tenir compte des limites habituelles de ce type de système de surveillance⁵⁰, il permet de constater la diminution du nombre de nouveaux diagnostics pour plusieurs catégories d'exposition. 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 de consommation 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 par le 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. Chez les HARSAH, le nombre de nouveaux diagnostics avait diminué de façon notable en 2017, comparativement aux années précédentes. Par contre, cette diminution ne s'est pas poursuivie depuis, le nombre de cas enregistrés en 2019 étant très similaire à celui de 2018. Cette stabilisation justifie de poursuivre et d'intensifier les efforts afin que les nombreux programmes de prévention actuellement en place au Québec atteignent leur plein potentiel.

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

L'ASPC estime qu'entre 469 et 980 nouvelles infections de VIH sont survenues au Québec en 2018. Considérant qu'au cours des cinq dernières années, une moyenne annuelle de 320 nouveaux diagnostics a été enregistrée au programme québécois de surveillance du VIH, il est plausible d'espérer que la réalité du nombre de nouvelles infections soit plus près de la marge inférieure que de la marge supérieure de l'estimation produite par l'ASPC.

⁵⁰ 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.).

ONUSIDA a publié des cibles à atteindre en 2020⁵¹. Selon des études de modélisation, l'atteinte de ces cibles permettrait de contrôler l'épidémie mondiale de VIH d'ici 2030, et aurait des impacts énormes en termes de santé et d'économie. Ces cibles sont, en 2020, 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 était atteinte pour le Québec en 2018, alors que les deux autres cibles étaient près de l'être.

⁵¹ 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 HARSAH, les personnes qui utilisent des drogues, notamment les personnes qui les utilisent par injection, les personnes incarcérées, les personnes originaires de régions du monde 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 ITSS au Québec. Le présent Portrait fait état de données récentes au sujet de la population des HARSAH et de celle des personnes UDI.

10.1 Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

Selon l'EQSP 2014-15⁵², 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 cisgenres ou transgenres qui peuvent s'identifier comme gais, bisexuels, hétérosexuels ou encore choisir d'autres mots pour se représenter. Les réalités des HARSAH varient. Ces vécus différents doivent être pris en considération dans la planification et la mise en œuvre d'activités de prévention.

Engage est la plus récente étude combinant des observations recueillies par questionnaire et par prélèvements biologiques à avoir été entreprise au Québec auprès d'HARSAH. Elle 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 résidant dans les régions métropolitaines de Vancouver, Toronto ou Montréal. La Direction régionale de santé publique de Montréal mène le volet montréalais de cette cohorte dont le premier cycle de collecte s'est déroulé entre février 2017 et juin 2018. Les participants ont été 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 comme rapportée par celui-ci.

L'étude a rejoint plusieurs HARSAH âgés de moins de 30 ans, ayant un revenu annuel de moins de 30 000 \$ ou dont l'origine ethnoculturelle était autre que canadienne-française ou anglaise. Les faits saillants du cycle 2017-2018⁵³ ainsi que diverses productions sont disponibles sur le site de l'étude (<https://www.engage-men.ca/fr/>).

⁵² Camirand, Hélène, Issouf Traoré et Jimmy Baulne. 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, 2016. 208 p.

⁵³ 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. https://www.engage-men.ca/wp-content/uploads/2019/03/engage_faits_saillants_Mars-2019-B.pdf.

Les résultats colligés ici sont extraits d'un rapport général de l'étude dont la rédaction est en cours. Ils concernent des facteurs importants en regard de la transmission des ITSS : la consommation de substances psychoactives, la prévalence de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* aux sites pharyngé, urogénital et rectal ainsi que les démarches de notification d'une ITS aux partenaires sexuels.

10.1.1 CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Consommation de substances. Le tableau suivant fait état de la consommation de diverses substances par les participants à l'étude Engage lors du cycle 2017-2018. La moitié des participants (49 %) ont consommé du cannabis une fois ou plus au cours des six derniers mois alors que près du quart (22 %) ont consommé de la cocaïne en poudre, près du cinquième (17 %) de l'ecstasy/MDMA et 8 % de la méthamphétamine. Le quart (26 %) ont consommé une fois ou plus au cours des six derniers mois l'une ou l'autre des substances psychoactives suivantes habituellement associées à un contexte de relations sexuelles (« chemsex ») : méthamphétamine, gamma hydroxybutyrate (GHB), ecstasy/MDMA et kétamine.

Tableau 20 Consommation de substances psychoactives parmi des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, résidant dans la région métropolitaine de Montréal, étude Engage, cycle 2017-2018.

Parmi l'ensemble des participants (n = 1 179) Au cours de votre vie, avez-vous consommé l'une ou l'autre des substances suivantes ? (Usage non-médical seulement).				
Substance		Jamais	Oui, mais il y a plus de 6 mois	Oui, au cours des 6 derniers mois
		% aj	% aj	% aj
Cannabis (marijuana, pot, herbe, hasch)		32	19	49
Cocaïne	Cocaïne en poudre (coke)	58	20	22
	« crack »	88	4,3	8
Amphétamines	Ecstasy/MDMA	59	24	17
	Méthamphétamine (crystal meth)	84	7,7	8
	Méphédronne	96	2,1	1,6
	Amphétamines (speed, dexedrine sans ordonnance, etc.)	71	18	11
	Ritalin, Adderall, Concerta (sans ordonnance)	81	11	7,3
Inhalants	Poppers (nitrite d'amyle, nitrite de butyle)	56	21	23
	Protoxyde d'azote (gaz hilarant, oxyde nitreux)	92	6,2	2,0
Sédatifs	Benzodiazépines (Valium, Xanax, etc.)	85	5,5	9,8
	Barbituriques (tranquillisants)	93	3,8	3,8
	gammahydroxybutyrate (GHB, GH, G.)	76	11	13
Hallucinogènes	Kétamine (« K », « spécial K »)	79	15	6,3
	Champignons (« psilocybine, peyotl... »)	68	25	7,2
	LSD (acide)	76	19	4,4
	Autres hallucinogènes qui ne figurent pas plus haut (2C-B, 2C-I, PCP, MDA ou ayahuasca, etc.)	90	8,2	1,9
Opiïdes	Héroïne	95	2,2	3,0
	Morphine	93	4,8	3,4
	Codéine	87	8,2	3,3
	Oxycodone (Oxycontin, Percocet, etc.)	91	6,2	2,6
	Autres opiacés (Dilaudid, Fentanyl, etc.)	93	4,7	2,3

Données manquantes : de 1,7 % à 7,2 % selon la substance.

% aj = proportion ajustée selon la méthode d'échantillonnage en fonction des répondants avec pondération des données.

Lors des relations sexuelles avec au moins un de leurs cinq derniers partenaires des six derniers mois, 2,3 % des participants ont consommé de la kétamine ; 4,7 % de l'ecstasy/MDMA; 6,7 % du gamma hydroxybutyrate et 6,8 % de la méthamphétamine (cette dernière proportion était de 4,0 % parmi les participants de statut VIH négatif/inconnu et de 25 % parmi les participants de statut VIH positif). Jusqu'à 11,9 % des participants ont consommé l'une ou l'autre de ces substances.

La consommation de méthamphétamine avec au moins un des cinq derniers partenaires des six derniers mois a été de 6,5 % parmi les participants qui étaient présents au cycle **2019-2020** de l'étude, une proportion relativement stable par rapport à celle observée au cycle 2017-2018.

Association de la consommation de substances avec la prise de risque en regard des ITSS

SPOT était un projet de recherche interventionnelle ayant implanté une approche de dépistage rapide du VIH, réalisé par un infirmier, et de counseling préventif intensif offert par un intervenant communautaire formé à cet effet. Parmi les HARSAH de statut VIH négatif ou inconnu ayant participé au projet entre 2009 et 2016 (n = 2 149), les relations anales à risque d'infection par le VIH se sont révélées (en analyses univariées) significativement associées à la consommation de substances une fois ou plus lors des relations sexuelles des trois derniers mois (rapport de cote de 2,4 pour le cannabis, de 3,2 pour l'ecstasy/MDMA, de 4,7 pour le nitrite d'amyle, de 6,9 pour le gamma hydroxybutyrate et de 10,5 pour la méthamphétamine⁵⁴).

Par ailleurs, les participants à l'étude Engage ayant consommé des substances psychoactives de type « chemsex » ou de l'amyl nitrite lors de leurs relations sexuelles des derniers six mois étaient plus susceptibles de présenter une infection gonococcique (analyse multivariée, rapport de cote ajusté = 2,2; intervalles de confiance (IC) 95 % = 1,2-4,1) ou une syphilis récente ou courante (rapport de cote ajusté = 11,3; IC95 % = 3,2-40,4) au moment de leur visite à l'étude.

Commentaires

La consommation de substances chez les HARSAH constitue un des déterminants des relations sexuelles à risque d'infections transmissibles sexuellement, incluant le VIH. Blais et coll. répertorient divers défis dans le contrôle de la consommation de substances chez les HARSAH, par exemple : cette consommation est en partie inscrite dans une culture de la socialisation et elle est souvent concomitante à la fréquentation de partenaires ou la précède de peu, en particulier dans les lieux qui favorisent la rencontre de partenaires sexuels (bars, saunas, after hours, etc.). Elle peut aussi s'inscrire, pour certains HARSAH, dans une culture de la sexualité et une quête hédonique qui accordent une place importante à la recherche de sensations et à l'amplification des performances sexuelles. Elle peut aussi constituer une stratégie d'ajustement face aux difficultés que peuvent rencontrer les HARSAH, en particulier la discrimination basée sur l'orientation sexuelle et diverses difficultés psychosociales ou de santé qui y sont associées. Il est probable que ces différents motifs agissent en synergie et appellent des stratégies de prévention et d'intervention globales et complexes, ciblant non seulement les HARSAH qui consomment ces substances, mais aussi les normes privilégiées au sein des lieux et contextes de socialisation qui soutiennent cette consommation dans la région de Montréal.

Chez les HARSAH qui consomment des substances avant ou pendant leurs rapports sexuels, le recours à la PPrE constitue une voie de prévention du VIH. Le condom demeure essentiel pour la prévention des autres ITSS.

⁵⁴ Blais, M., Otis, J., Lambert, G., Cox, J., Haig, T. & Groupe de recherche Spot (2018). Consommation de substances en contexte sexuel chez des GBHSH de Montréal : 2009-2016. *Drogues, santé et société*, 17 (2), 76-94. <https://doi.org/10.7202/1062117ar>.

10.1.2 PRÉVALENCE DE LA CHLAMYDIOSE ET DE L'INFECTION GONOCOCCIQUE AUX SITES EXTRAGÉNITAUX

Le tableau suivant présente les prévalences de *C. trachomatis* (CT) et de *N. gonorrhoeae* (NG) par site anatomique parmi les participants à Engage au cycle 2017-2018. Les prévalences les plus élevées de CT ainsi que de NG sont observées au site rectal. Les prévalences de CT et de NG au site urogénital sont similaires et faibles⁵⁵.

Tableau 21 Prévalence de *C. trachomatis* et de *N. gonorrhoeae* par site anatomique parmi des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, résidant dans la région métropolitaine de Montréal, étude Engage, cycle 2017 – 2018

Sites anatomiques	CT		NG	
	Prélèvement positif (n)	Prévalence ajustée (% ; IC 95 %)	Prélèvement positif (n)	Prévalence ajustée (% ; IC 95 %)
Au moins l'un des sites anatomiques (n = 1 177)	44	2,8 (1,5-4,0)	79	5,6 (3,5-7,8)
Rectal (n = 1 156)	33	2,4 (1,2-3,7)	34	3,1 (1,2-4,9)
Urogénital (n = 1 171)	9	0,4 (0,2-0,6)	5	0,4 (0,1-0,8)
Pharyngé (n = 1 175)	6	0,4 (0,2-0,6)	55	3,5 (2,1-5,0)

Données manquantes : de 0,3 % à 1,9 % selon le site de prélèvement.

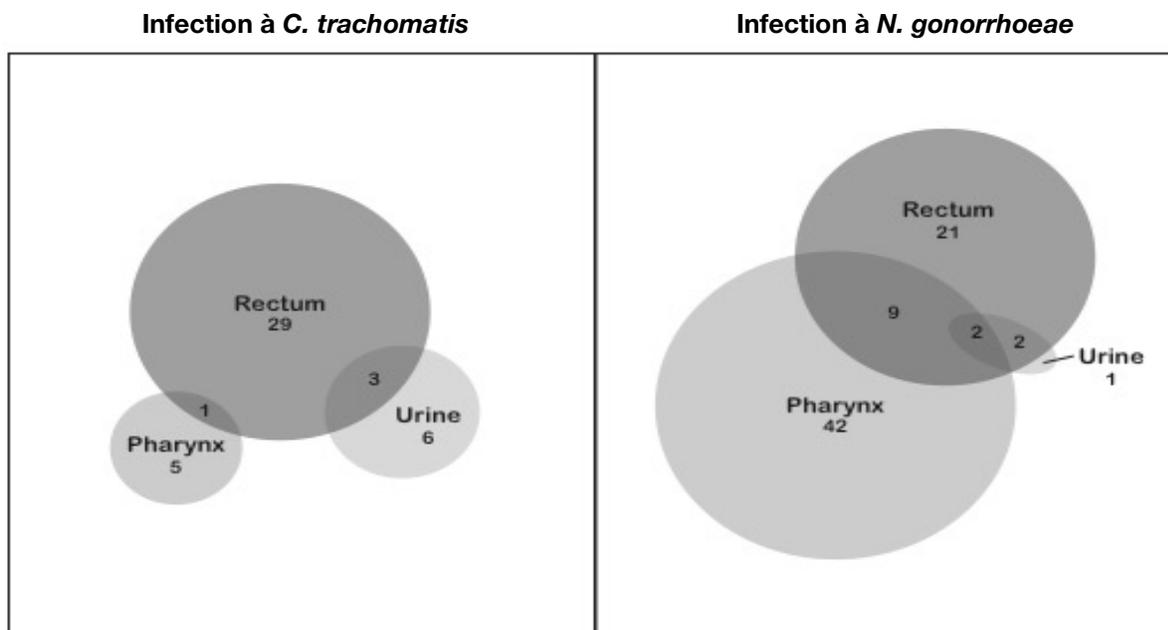
IC95 % : intervalles de confiance à 95 %

% aj = proportion ajustée selon la méthode d'échantillonnage en fonction des répondants avec pondération des données.

Parmi les participants pour lesquels un résultat est disponible pour chacun des trois sites, 91 % des infections à CT et 83 % des infections à NG sont limitées à un seul site anatomique.

⁵⁵ S. Harvey-Lavoie, H. Apelian, A.C. Labbe, J. Cox, G. Lambert and the Engage Study group, Prevalence and correlates of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae among gay, bisexual, and other men who have sex with men in Montréal. Présentation orale au congrès de l'association Canadienne de recherche sur le VIH, mai 2019.

Figure 25 Distribution des infections à *C. trachomatis* et à *N. gonorrhoeae* aux sites rectal, urogénital et pharyngé parmi des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, résidant dans la région métropolitaine de Montréal, étude Engage, cycle 2017–2018 (n = 1 145)



Les participants avec une donnée manquante pour l'un ou l'autre site (29) ont été exclus.

Commentaires

Si les prélèvements avaient été limités au site urogénital, 80 % et 94 % des infections CT et NG respectivement auraient été manquées. Il est important d'effectuer systématiquement un dépistage de tous les sites exposés.

10.1.3 NOTIFICATIONS AUX PARTENAIRES SEXUELS

Le tableau suivant décrit la démarche de notification aux partenaires sexuels des participants à l'étude Engage ayant reçu un diagnostic d'infection transmissible sexuellement bactérienne au cours des six mois précédant l'étude.

Tableau 22 Notification aux partenaires sexuels chez des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, résidant dans la région métropolitaine de Montréal, étude Engage, cycle 2017 – 2018

<i>Parmi les participants ayant reçu un résultat positif à un test d'une ITS bactérienne (chlamydia, infection gonococcique, LGV, syphilis) au cours des 6 derniers mois</i>	n = 167
La dernière fois que vous avez eu un test positif pour une ITS,	Oui % aj
Un professionnel de la santé (médecin, infirmière ou autre personnel clinique) vous a-t-il encouragé à contacter vos partenaires sexuels récents¹ pour les inviter à aller se faire tester ou traiter ?	80
Une personne de la clinique ou de la santé publique vous a-t-elle offert de contacter et d'informer vos partenaires sexuels récents afin qu'ils se fassent tester ou traiter ?	36
<i>Parmi les participants ayant reçu cette offre</i>	n = 62
Avez-vous fourni des renseignements à cette personne afin qu'elle puisse contacter un ou plusieurs de vos partenaires sexuels ?	7,4
<i>Parmi les participants n'ayant pas reçu cette offre ou si l'ayant reçue, n'ont pas fourni de renseignements au professionnel de la santé</i>	n = 158
Avez-vous contacté vous-même des partenaires sexuels récents pour les inviter à se faire tester ou traiter ?	
- Je n'ai contacté aucun de mes partenaires sexuels récents	11
- J'ai contacté seulement mon partenaire principal (soit le partenaire principal mentionné plus tôt dans le questionnaire) ²	11
- J'ai contacté moins de la moitié de mes partenaires sexuels récents	16
- J'ai contacté la plupart de mes partenaires sexuels récents	25
- J'ai contacté tous mes partenaires sexuels récents	37
<i>Parmi les participants ayant contacté un ou des partenaires récents autres que le partenaire principal</i>	n = 129
Quelles méthodes avez-vous utilisées pour contacter vos partenaires sexuels récents, autres que votre partenaire principal, pour les inviter à se faire tester ou traiter ? (Cochez tout ce qui s'applique)	
- Message texte	70
- En personne	38
- Téléphone	22
- Message dans un site de rencontre ou une appli	22
- Courriel/Facebook	12

Données manquantes : de 0,6 % à 1,1 %

% aj = proportion ajustée selon la méthode d'échantillonnage en fonction des répondants avec pondération des données.

¹ Aux fins de ce questionnaire, « partenaire sexuel récent » veut dire toute personne avec qui vous avez eu une relation sexuelle au cours des 2 mois précédant votre diagnostic d'ITS. »

² Une seule des personnes ayant mentionné avoir contacté uniquement leur partenaire principal n'avait eu que ce partenaire sexuel au cours des 2 mois précédant le diagnostic. Toutes les autres avaient eu plus d'un partenaire sexuel.

Dans cette étude, « avoir été encouragé par un professionnel de la santé à contacter ses partenaires » a été le facteur le plus fortement associé au fait d'avoir contacté soi-même la plupart ou tous ses partenaires sexuels récents (analyse multivariée, rapport de cote ajusté = 2,8; IC95 % = 1,5-5,5).

10.1.4 COMMENTAIRES

Jusqu'à 80 % des HARSAH recevant un diagnostic d'ITS bactérienne rapportent être encouragés par un professionnel de la santé à contacter leurs partenaires sexuels récents pour les inviter à aller se faire tester ou traiter ; près de 60 % contactent eux-mêmes la plupart ou tous leurs partenaires récents. L'utilisation d'un message texte est la méthode la plus fréquente de communication avec les partenaires autres que le partenaire régulier.

Notifier ses partenaires sexuels, c'est permettre à ceux-ci de passer un test de dépistage sans attendre d'avoir d'éventuels symptômes, de se faire traiter rapidement et d'éviter de transmettre une ITSS à leur tour. La notification aux partenaires constitue ainsi un élément essentiel de la prévention. Les professionnels de la santé ont une grande influence sur le succès du processus de notification.

10.2 Personnes consommant des drogues par injection

L'EQSP 2014-15⁵⁶ 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 personnes). Selon une étude effectuée en 2012, le nombre d'UDI résidant à Montréal se situerait entre 3 178 et 4 899⁵⁷.

Depuis 1995, le réseau SurvUDI effectue une surveillance des infections par le VIH et par le VHC parmi les personnes UDI au Québec et à Ottawa, ainsi que le suivi des facteurs de risque de ces infections. 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. Les données présentées ici ont été obtenues de 1995 à 2018⁵⁸.

10.2.1 HABITUDES DE CONSOMMATION

La cocaïne demeure la drogue injectée par la plus grande proportion des participants au cours des six derniers mois (69 % pour 2009-2018), suivie par les médicaments opioïdes (64 %), l'héroïne (34 %) et le crack (15 %). L'injection de cocaïne ou de crack a diminué au cours des dernières années. Les différentes drogues consommées par injection varient également selon les régions.

Une hausse importante de l'injection de médicaments opioïdes a été observée dans le réseau SurvUDI dans les dernières années. À titre d'exemple, la proportion de participants qui se sont injectés du Dilaudid® au cours des six derniers mois est passée de 27 % en 2003 à 50 % en 2017. Une telle hausse est inquiétante, car le risque de dépendance est très important, et la consommation d'un comprimé ou d'une capsule non prévue pour l'injection peut nécessiter jusqu'à trois ou quatre

⁵⁶ Camirand, Hélène, Issouf Traoré et Jimmy Baulne 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, 2016. 208 p. 69.

⁵⁷ 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

⁵⁸ Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Blouin K, Institut national de santé publique du Québec, et al. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection: épidémiologie du VIH de 1995 à 2018 - épidémiologie du VHC de 2003 à 2018. 2016 Disponible à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2726>

injections, ce qui augmente le nombre de manipulations et le risque de partage de matériel. Dans le réseau SurvUDI, l'injection de médicaments opioïdes est également associée à un nombre élevé d'injections dans le dernier mois (≥ 120), ainsi qu'à l'injection de restes de drogues (« wash ») et au partage de matériel qui peut avoir lieu à cette occasion.

10.2.2 UTILISATION DE MATÉRIEL DÉJÀ UTILISÉ PAR D'AUTRES

La proportion de participants qui ont déclaré s'être injectés avec des seringues déjà utilisées par d'autres dans les six derniers mois était de 43 % en 1995 et de 16 % en 2017, soit une diminution statistiquement significative de près de 63 % ($p < 0,001$). Cette diminution encourageante s'est toutefois arrêtée en 2010-2011, ce qui est préoccupant. L'utilisation du matériel d'injection (autre qu'une seringue) déjà utilisé par quelqu'un d'autre est plus élevée que pour les seringues, soit autour de 25 %. Il semble nécessaire d'intensifier les interventions de prévention du partage de matériel de consommation autre que les seringues, en particulier dans notre contexte où la prévalence du VHC est très élevée. Ces tendances doivent être surveillées et les messages adaptés afin de réduire les risques d'infection parmi les personnes qui s'injectent ces médicaments normalement conçus pour un usage *per os*.

10.2.3 INCIDENCE DES INFECTIONS PAR LE VIH ET PAR LE VHC

Incidence de l'infection par le VIH

Le taux d'incidence du VIH a diminué de façon statistiquement significative entre 1995 et 2016 dans le réseau SurvUDI globalement ainsi qu'à Montréal, à Québec et à Ottawa/Outaouais. Au cours des cinq dernières années disponibles pour l'analyse de tendance (2012 à 2016), il s'est maintenu entre 0,1 et 0,9 par 100 personnes-années.

Facteurs de risque

L'injection avec des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre ainsi que la cocaïne comme drogue injectée le plus souvent sont associés significativement à l'incidence du VIH pour toute la période 1995-2018. Une association statistiquement significative est observée entre le travail du sexe et l'incidence du VIH pour la période de 2003 à 2018, alors que cette association était absente entre 1995 et 2002.

Incidence de l'infection par le VHC

Le taux d'incidence du VHC a diminué statistiquement jusqu'en 2011 pour ensuite fluctuer à des niveaux très élevés, soit entre 11 et 22 par 100 personnes-années (2012 à 2016).

Facteurs de risque

Une nouvelle analyse dans le réseau SurvUDI a été effectuée. Les variables associées positivement et significativement à l'incidence du VHC (avec ajustement pour l'âge, le sexe et la région de recrutement en plus des autres variables présentes dans le modèle) sont les suivantes :

- s'être injecté des médicaments opioïdes dans les 6 derniers mois;
- s'être fait 100 injections ou plus dans le dernier mois;
- s'injecter depuis moins de 3 ans;
- s'injecter avec des seringues ou du matériel déjà utilisés par quelqu'un d'autre;
- s'injecter avec quelqu'un (et non toujours seul);

- rapporter des partenaires sexuels clients dans les 6 derniers mois.

10.2.4 CASCADE DE SOINS POUR LES INFECTIONS PAR LE VIH ET PAR LE VHC

Connaissance de l'infection

La proportion de participants ayant eu un test de dépistage du VIH au cours de la dernière année a augmenté significativement entre 2003 et 2013, mais a diminué par la suite⁵⁹. La proportion de participants ayant eu un test de dépistage du VHC au cours de la dernière année a augmenté significativement entre 2003 et 2017, mais cette proportion demeure légèrement plus faible que pour le VIH (figure 26).

La proportion de participants ignorant leur statut de séropositivité pour le VIH et pour le VHC a diminué significativement au cours de la même période, mais une stabilisation est observée depuis 2011 dans le cas du VHC. Ces résultats soulignent le travail soutenu des cliniciens et des autres intervenants en réduction des méfaits.

Prise de médicaments et charge virale

La proportion de personnes UDI rapportant une prise de médicaments actuelle pour le VIH et une prise de médicaments à vie pour le VHC (chez les participants ayant des anticorps contre le VHC) a augmenté significativement entre 2003 et 2017 (figure 26).

La prise de médicaments à vie contre le VHC est toutefois beaucoup moins fréquente que la prise actuelle de médicaments contre le VIH, sur l'ensemble de la période. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence étant donné qu'il n'est pas nécessairement indiqué de traiter toutes les infections par le VHC, car certaines guérissent spontanément.

Dans SurvUDI, seule la présence des anticorps est mesurée, il est donc impossible de détecter les infections actives nécessitant un traitement ni de spécifier le niveau de charge virale chez les personnes sous thérapie antirétrovirale.

Chez les participants à SurvUDI, les deux premières cibles d'ONUSIDA en lien avec la prise en charge du VIH (pour 2020) ont été atteintes depuis 2015, soit au moins 90 % des personnes infectées connaissant leur statut de séropositivité et 90 % de celles-ci prenant des médicaments antirétroviraux au moment de la participation⁶⁰.

⁵⁹ Toutefois, pour le calcul de cette proportion, les personnes ayant reçu un diagnostic d'infection à VIH il y a plus d'une année étaient incluses au dénominateur.

⁶⁰ UNAIDS (2014) 90-90-90 — An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 40 p, <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/90-90-90>.

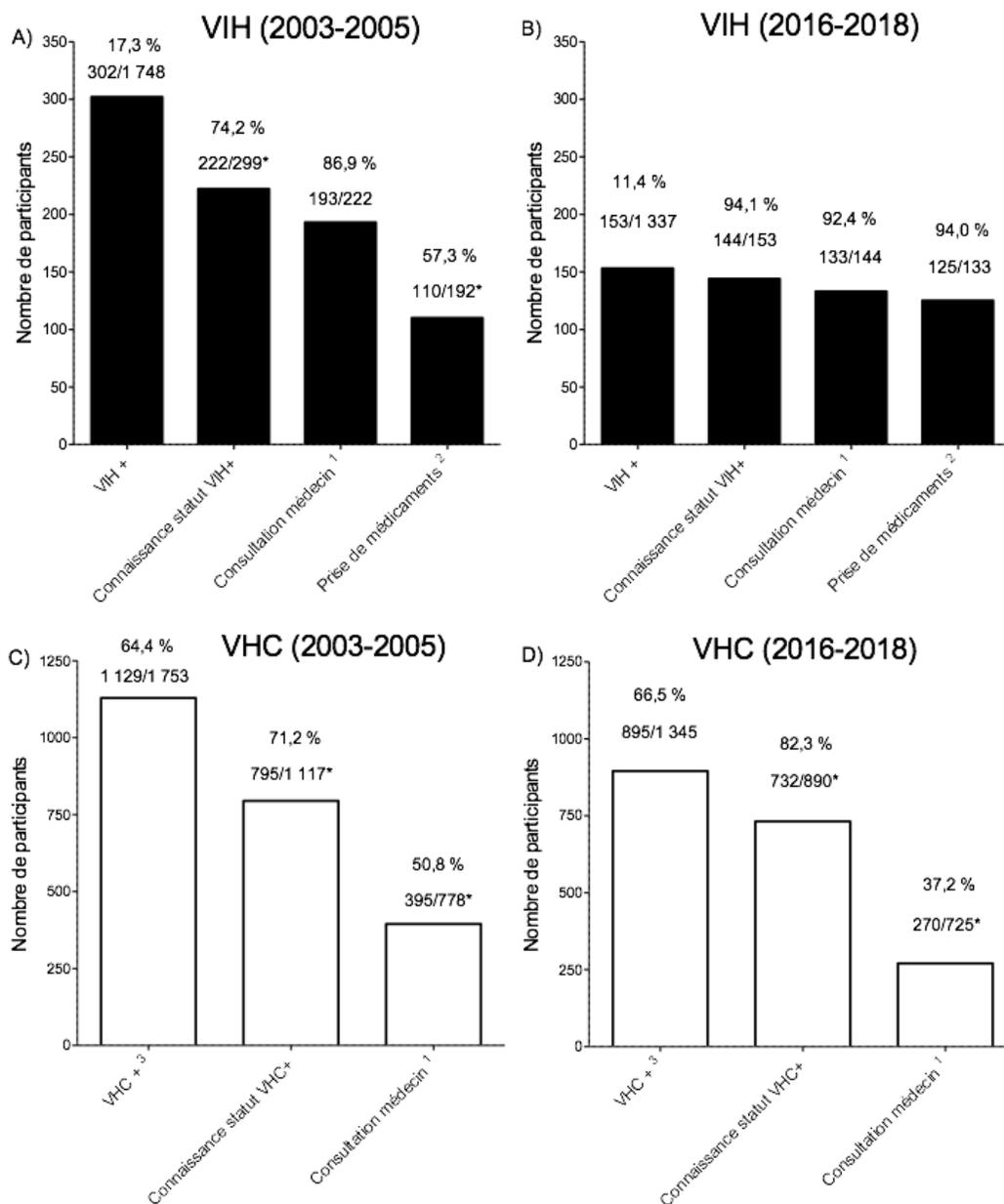
10.2.5 COMMENTAIRES

Les résultats suggèrent une amélioration de la situation pour l'infection par le VIH chez les personnes UDI. Toutefois, la situation du VHC reste préoccupante : les prévalences et les taux d'incidence d'anti-VHC sont beaucoup plus élevés que pour le VIH et les indicateurs sur la prise en charge et le traitement sont également moins encourageants. La hausse de la consommation de médicaments opioïdes par injection fait aussi craindre des impacts négatifs sur les épidémies de VIH et de VHC chez les personnes UDI du Québec.

Les efforts doivent se poursuivre afin d'améliorer la couverture des besoins en matériel d'injection stérile et adapter le matériel distribué aux changements survenant dans la nature et les modalités d'administration des drogues consommées. La promotion du dépistage régulier du VIH et du VHC ainsi que la prise en charge doivent demeurer des priorités.

Figure 26 Éléments de la cascade de soins des infections par le VIH et par le VHC à la visite la plus récente, Réseau SurvUDI, 2003-2018

- A) des infections par le VIH du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 ;
B) des infections par le VIH du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2018;
C) des cas anti-VHC+ du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et
D) des cas anti-VHC+ du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2018.



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

³ 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.

11 Année 2020 : la pandémie de COVID-19 et les ITSS

L'année 2020 a été marquée par l'installation de la pandémie de COVID-19 dès les premiers mois de l'année avec une première vague ayant culminé en avril. Une accalmie s'est produite au cours de l'été, mais une deuxième vague de plus grande ampleur que la première s'est installée au début de l'automne et progressait toujours à la fin de l'année 2020. Compte tenu du contexte d'instabilité en situation pandémique, il n'y a pas eu de calcul des projections pour l'année 2020. Par contre, une analyse sommaire des données des 9 premiers mois de l'année (1^{er} janvier au 30 septembre) est présentée dans cette section.

Tableau 23 Nombre de cas déclarés, 1^{er} janvier au 30 septembre, par infection selon le sexe, 2019 et 2020

		2019	2020	% variation
Chlamydia	Hommes	8 728	6 636	-24 %
	Femmes	12 517	9 909	-21 %
	Total*	21 306	16 598	-22 %
Gonorrhée	Hommes	4 248	2 999	-29 %
	Femmes	1 310	1 018	-22 %
	Total*	5 581	4 038	-28 %
LGV	Hommes	93	96	+4,3 %
Syphilis infectieuse	Hommes	762	656	-14 %
	Femmes	93	101	+8,6 %
	Total*	855	761	-11 %
Hépatite B	Hommes	455	268	-41 %
	Femmes	315	175	-44 %
	Total*	779	453	-42 %
Hépatite C	Hommes	545	400	-27 %
	Femmes	277	187	-33 %
	Total*	842	597	-29 %

* Inclus les cas dont le sexe est inconnu

D'une façon générale, la diminution du nombre de cas déclarés entre 2019 et 2020 était similaire chez les hommes et chez les femmes sauf pour la syphilis infectieuse chez les femmes où une légère augmentation a été observée. Cette augmentation touche essentiellement le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes en âge de procréer qui est passé de 85 en 2019 à 97 en 2020 (+14 %). Toutefois, en excluant la région du Nunavik où l'éclosion de syphilis infectieuse s'accroît, le nombre de cas de syphilis infectieuse chez les femmes en âge de procréer déclarés au Québec en 2020 de janvier à septembre a diminué comme chez les hommes. En ce qui concerne les cas de LGV, une légère augmentation (+4,3 %, soit trois cas de plus) a été observée.

Tableau 24 Nombre de cas déclarés par mois, 1^{er} janvier au 30 septembre, 2019 et 2020

Mois	Chlamydia			Gonorrhée			Syphilis infectieuse			LGV			Hépatite B			Hépatite C		
	2019	2020	Variation	2019	2020	Variation	2019	2020	Variation	2019	2020	Variation	2019	2020	Variation	2019	2020	Variation
Janv	2 318	2 420	4,4 %	654	554	-15,3 %	101	113	11,9 %	16	14	-13 %	70	92	31,4 %	110	94	-14,5 %
Févr.	2 509	2 532	0,9 %	576	560	-2,8 %	66	103	56,1 %	11	21	91 %	81	61	-24,7 %	77	70	-9,1 %
Mars	2 346	2 083	-11,2 %	612	469	-23,4 %	96	100	4,2 %	16	11	-31 %	103	60	-41,7 %	95	72	-24,2 %
Avril	2 428	940	-61,3 %	552	213	-61,4 %	85	46	-45,9 %	10	8	-20 %	85	37	-56,5 %	78	40	-48,7 %
Mai	2 498	1 093	-56,2 %	573	206	-64,0 %	121	72	-40,5 %	9	8	-11 %	92	26	-71,7 %	97	50	-48,5 %
Juin	1 995	1 615	-19,0 %	516	400	-22,5 %	81	78	-3,7 %	6	11	83 %	83	34	-59,0 %	87	66	-24,1 %
Juillet	2 263	1 937	-14,4 %	640	563	-12,0 %	110	98	-10,9 %	10	9	-10 %	94	51	-45,7 %	120	66	-45,0 %
Août	2 426	2 041	-15,9 %	766	568	-25,8 %	104	87	-16,3 %	7	10	43 %	76	45	-40,8 %	83	57	-31,3 %
Sept	2 523	1 937	-23,2 %	692	505	-27,0 %	91	64	-29,7 %	8	4	-50 %	95	47	-50,5 %	95	82	-13,7 %
N Total janv-sept	21 306	16 598	-22,1 %	5581	4 038	-27,6 %	855	761	-11,0 %	93	96	3 %	779	453	-41,8 %	842	597	-29,1 %

11.1 Discussion

La diminution du nombre de cas déclarés entre 2020 et 2019 va à l'encontre des tendances observées au cours des dernières années, particulièrement pour les infections à *Chlamydia trachomatis*, les infections gonococciennes et la syphilis infectieuse.

L'analyse du nombre mensuel de cas déclarés de chaque ITSS (tableau 15) illustre bien que pour les infections à *Chlamydia trachomatis*, les infections gonococciennes et la syphilis infectieuse, la diminution de cas commence avec l'installation de la pandémie. De plus, l'intensité de la diminution semble suivre l'intensité de la pandémie.

Il est probable que cette diminution ne reflète pas la situation réelle de l'incidence des ITSS dans la communauté au cours des derniers mois.

11.1.1 ACCÈS LIMITÉ AU DÉPISTAGE DES ITSS

Au cours de la première vague (mars à juin) des ressources matérielles (écouvillons, réactifs) pour la détection des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* ont été utilisées pour la détection de COVID-19. La pénurie de matériel pour la détection de Ct et Ng a varié d'une région à l'autre, mais a certainement eu un impact sur le nombre de cas détectés et déclarés de ces infections dans l'ensemble du Québec.

Tant au cours de la première vague qu'au cours de la deuxième vague, des ressources humaines du réseau de la santé normalement assignées au dépistage des ITSS (ex. : infirmières SIDEPE, infirmières cliniques jeunesse) ont été mobilisées pour le contrôle de la COVID-19 (dépistage, enquêtes épidémiologiques et retraçage). De plus, dans la foulée des mesures populationnelles pour limiter les contacts, la téléconsultation a été privilégiée à la consultation en face à face lorsque cela est possible et que la situation clinique le permet. La téléconsultation ne permet pas d'effectuer les prélèvements qui sont habituellement effectués lors de la consultation clinique. Cela a pu avoir un impact sur le dépistage de l'ensemble des ITSS.

11.1.2 DÉLESTAGE DE CERTAINES ACTIVITÉS DE VIGIE

Les Directions de santé publique et les professionnels mandatés pour effectuer les enquêtes épidémiologiques à la suite d'une déclaration d'ITSS ont été largement mobilisés par les enquêtes auprès des cas de COVID-19 et les activités de retraçage de leurs contacts. Le contrôle des éclosions mobilise aussi beaucoup de ressources en santé publique. Une priorisation des activités de vigie a permis d'identifier les activités devant être maintenues dans la mesure du possible. Le délestage des autres activités, par exemple la validation de certains cas déclarés de syphilis, peut avoir eu un impact sur les cas enregistrés au fichier des MADO.

11.1.3 MESURES POPULATIONNELLES DE PRÉVENTION DE LA COVID-19

Les mesures populationnelles de prévention de la COVID-19 ont varié considérablement entre mars et décembre 2020. La recommandation de limiter les contacts est un principe constant et s'est traduite par des mesures de confinement général lors de la première vague, de déconfinement progressif au cours de l'accalmie et de mesures adaptées selon des paliers d'alerte au cours de la deuxième vague.

En théorie, la réduction des contacts sociaux aurait pu avoir comme effet une réduction des expositions sexuelles. Toutefois, il est de plus en plus rapporté que les personnes plus vulnérables, isolées ou fragilisées peuvent rencontrer des obstacles accrus dans l'application des mesures recommandées.

11.1.4 CONCLUSION

Il est peu probable que la diminution observée du nombre de cas déclarés reflète une diminution de même ampleur de l'incidence réelle des ITSS au Québec depuis les derniers mois.

Le MSSS a diffusé une [directive ainsi qu'un tableau](#) qui identifient les activités cliniques à maintenir et celles qui peuvent être délestées en lien avec les ITSS, selon le palier d'alerte et en fonction des ressources disponibles. Le délestage de certaines activités peut amener une sous-estimation du nombre réel de cas.

Il est important de maintenir des activités régulières de dépistage des ITSS afin que soit entrepris précocement un traitement s'il y a lieu et que soient prévenues de possibles complications cliniques.

Annexe 1

**Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de
certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2019**

Tableau 25 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2019

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	7,0	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,3	0	0,0
1-9	3	0,7	3	0,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0
10-14	12	5,3	3	1,3	0	0,0	0	0,0	3	1,3	1	0,4	0	0,0
15-19	1 387	639,8	204	94,1	1	0,5	16	7,4	10	4,6	0	0,0	0	0,0
20-24	3 495	1342,3	918	352,6	7	2,7	116	44,6	20	7,7	25	9,6	1	0,4
25-29	2 601	890,4	1 280	438,2	20	6,8	160	54,8	44	15,1	54	18,5	26	8,9
30-34	1 435	523,7	930	339,4	31	11,3	158	57,7	82	29,9	71	25,9	34	12,4
35-39	986	335,2	784	266,6	25	8,5	147	50,0	113	38,4	63	21,4	39	13,3
40-44	567	197,2	471	163,8	18	6,3	115	40,0	100	34,8	51	17,7	28	9,7
45-49	365	138,0	311	117,6	8	3,0	85	32,1	61	23,1	57	21,5	25	9,5
50-54	340	119,4	320	112,4	6	2,1	82	28,8	52	18,3	93	32,7	21	7,4
55-64	357	57,0	352	56,2	14	2,2	129	20,6	60	9,6	202	32,3	37	5,9
65 et +	76	10,1	76	10,1	3	0,4	48	6,4	55	7,3	92	12,2	7	0,9
Inconnu	27		5		0		1		0		0		0	
Total	11 654	275,0	5 658	133,5	133	3,1	1 057	24,9	600	14,2	711	16,8	227	5,4

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

¹ Taux pour 100 000 personnes.

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

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

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

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enregistrés en 2017 sont inclus

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

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Tableau 26 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2019

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	1	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	1	0,3	3	0,8	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,3	0	0,0
10-14	152	70,1	15	6,9	0	0,0	0	0,0	2	0,9	1	0,5	0	0,0
15-19	4 884	2351,4	312	150,2	0	0,0	13	6,3	6	2,9	0	0,0	3	1,4
20-24	6 000	2472,7	481	198,2	0	0,0	19	7,8	32	13,2	12	4,9	6	2,5
25-29	2 946	1085,2	370	136,3	0	0,0	25	9,2	56	20,6	23	8,5	3	1,1
30-34	1 372	522,1	220	83,7	0	0,0	27	10,3	86	32,7	31	11,8	11	4,2
35-39	718	252,1	174	61,1	0	0,0	20	7,0	81	28,4	43	15,1	8	2,8
40-44	417	149,9	90	32,4	0	0,0	8	2,9	40	14,4	39	14,0	11	4,0
45-49	183	71,2	75	29,2	0	0,0	8	3,1	23	9,0	28	10,9	7	2,7
50-54	101	36,0	47	16,8	0	0,0	3	1,1	23	8,2	34	12,1	8	2,9
55-64	75	12,0	32	5,1	0	0,0	6	1,0	29	4,6	74	11,8	15	2,4
65 et +	14	1,6	11	1,3	0	0,0	2	0,2	34	3,9	75	8,5	3	0,3
Inconnu	31		2		0		0		0		0		0	
Total	16 894	397,8	1 833	43,2	0	0,0	131	3,1	414	9,7	361	8,5	75	1,8

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

¹ Taux pour 100 000 personnes.

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

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

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

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enregistrés en 2017 sont inclus

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

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

Tableau 27 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2019

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	3,6	2	2,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,2	0	0,0
1-9	4	0,5	6	0,7	0	0,0	0	0,0	2	0,2	2	0,2	0	0,0
10-14	165	37,4	18	4,1	0	0,0	0	0,0	5	1,1	2	0,5	0	0,0
15-19	6 278	1479,0	518	122,0	1	0,2	29	6,8	16	3,8	1	0,2	4	0,9
20-24	9 519	1892,4	1 404	279,1	8	1,6	135	26,8	52	10,3	37	7,4	33	6,6
25-29	5 562	986,9	1 653	293,3	20	3,5	185	32,8	100	17,7	79	14,0	37	6,6
30-34	2 814	524,2	1 151	214,4	31	5,8	185	34,5	174	32,4	103	19,2	51	9,5
35-39	1 712	295,7	960	165,8	25	4,3	167	28,8	195	33,7	107	18,5	37	6,4
40-44	986	174,3	562	99,4	18	3,2	123	21,7	144	25,5	93	16,4	36	6,4
45-49	548	105,1	387	74,2	8	1,5	93	17,8	85	16,3	85	16,3	28	5,4
50-54	442	78,2	367	65,0	6	1,1	85	15,0	77	13,6	131	23,2	27	4,8
55-64	432	34,5	384	30,7	14	1,1	135	10,8	89	7,1	281	22,4	52	4,2
65 et +	90	5,5	87	5,3	3	0,2	50	3,1	90	5,5	174	10,6	10	0,6
Inconnu	78		22		0		1		0		0		0	
Total	28 633	337,5	7 521	88,6	134	1,6	1 188	14,0	1 029	12,1	1 096	12,9	305	3,6

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 2017 sont inclus

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

⁶ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics

Annexe 2

Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) », de 2015 à 2019

Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang », de 2015 à 2019

Introduction

Au Québec, depuis avril 1992, le « Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) » permet aux personnes atteintes d'une ITSS, 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 RAMQ⁶¹.

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 2015 à 2019.

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 répétée⁶² 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).

⁶¹ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/professionnels/Pages/liste-medicaments.aspx> (Annexe H)
https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/medicaments/liste-med_2021-04/annexe_h.pdf

⁶² Une ordonnance remise ultérieurement. Le délai entre deux ordonnances peut être très court.

Résultats

Nombre et caractéristiques des médicaments prescrits, 2015-2019

Le nombre total de médicaments prescrits a augmenté entre 2015 et 2019, de 65 726 médicaments prescrits en 2015 à 79 234 en 2019, soit une augmentation de 21 % (tableau 28).

Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment en 2019 sont l'azithromycine, le céfixime, la doxycycline, la ceftriaxone et la pénicilline G benzathine (tableau 29).

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

Le nombre annuel de bénéficiaires différents a augmenté progressivement entre 2015 et 2018, passant de 41 952 bénéficiaires en 2015 à 47 105 en 2018, soit une hausse de 12 %, mais ce nombre semble se stabiliser en 2019 avec 46 746 (tableau 30). Davantage d'hommes que de femmes ont reçu des médicaments au cours de cette période (respectivement 58 % et 42 % en 2019) et le rapport homme/femme a légèrement augmenté entre 2015 (1,2) et 2019 (1,4).

En 2019, la grande majorité des bénéficiaires (83 %, 38 859) ont eu une seule ordonnance au cours de l'année (tableau 31). Une proportion non négligeable de bénéficiaires a eu entre deux et cinq ordonnances (16 %, 7 628), mais seulement 259 en ont eu 5 ou plus.

Le tableau 32 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 50 095 en 2015 à 57 812 en 2019, soit une augmentation de 15 %. La hausse est de 8 % chez les femmes et de 21 % chez les hommes. Le rapport entre le nombre d'ordonnances destinées à des personnes atteintes et à des cas contacts est stable entre 2015 et 2019, 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).

En 2019, la majorité des ordonnances ont été prescrites par des omnipraticiens (86 %), suivis des obstétriciens-gynécologues (4,1 %), des résidents (4,0 %) et des infectiologues (2,8 %) (tableau 33).

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

Le tableau 34 montre la fréquence des principales combinaisons de médicaments incluses dans une ordonnance. Les combinaisons rapportées réfèrent aux recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITSS⁶³.

L'azithromycine 1 g prescrite seule constitue l'ordonnance la plus fréquente (53 % en 2019), suivie du céfixime 800 mg en combinaison avec l'azithromycine 1 g (19 % en 2019). L'azithromycine 2 g a été moins prescrite en 2018 et en 2019 (1 109 et 733 ordonnances, respectivement) 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 est en augmentation progressive.

⁶³ 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).

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

Tableau 28 Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contacts (code L), Province, 2015 à 2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Femmes	26 103	26 963	27 275	28 820	28 606	137 767
Hommes	39 623	44 095	47 338	50 109	50 628	231 793
Total	65 726	71 058	74 613	78 929	79 234	369 560

Tableau 29 Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2019

	Hommes	Femmes	Total
Azithromycine	28 939	19 931	48 870
Céfixime	8 152	3766	11 918
Doxycycline	4 190	2525	6715
Ceftriaxone	5 644	1034	6678
Pénicilline G (benzathine)	1 933	171	2104
Autres ¹	1 278	91	1369
Métronidazole	132	962	1094
Gentamicine	121	28	149
Lévofloxacine	121	20	141
Ciprofloxacine	49	28	77
Pénicilline G sodique	43	4	47
Amoxicilline	8	29	37
Non précisé	9	5	14
Triméthoprime/sulfaméthoxazole	3	6	9
Céfuroxime axetil	2	2	4
Moxifloxacine	2	1	3
Érythromycine	1	2	3
Clarithromycine	1	0	1
Tétracycline	0	1	1
Total	50 628	28 606	79 234

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

Tableau 30 Nombre de bénéficiaires¹ ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2015 à 2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Femmes	18 660	19 108	19 197	20 103	19 808
Hommes	23 292	24 782	25 878	27 002	26 938
Total	41 952	43 890	45 075	47 105	46 746

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

Tableau 31 Nombre d'ordonnances¹ par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2015 à 2019

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total de bénéficiaires ²
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
2019	Hommes	21 668	5 024	246	26 938
	Femmes	17 191	2 604	13	19 808
	Total	38 859	7 628	259	46 746

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 32 Nombre d'ordonnances selon la nature du cas (codes K : personne atteinte et L : cas contact) et le sexe, Province, 2015 à 2019

	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				
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
2019	15 930	6 997	19 972	14 913	57 812	2,3	1,3	1,6
Total	77 399	34 027	92 132	70 553	274 111	2,3	1,3	1,6

Tableau 33 Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2019

Spécialité du prescripteur	2019		
	Femmes	Hommes	Total
Omnipraticiens	19 362	30 256	49 618
Obstétriciens-gynécologues	1 417	973	2 390
Résidents	911	1 378	2 289
Infectiologues	566	1 066	1 632
Autres spécialités	503	966	1 469
Spécialités manquantes	152	229	381
Urologues	11	12	23
Dermatologues	5	5	10
Total	22 927	34 885	57 812

Tableau 34 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2015 à 2019

		2015	2016	2017	2018	2019	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	13 760	14 160	14 328	15 305	15 186	72 739
	Hommes	13 565	13 439	13 839	15 359	15 689	71 891
	Total	27 325	27 599	28 167	30 664	30 875	144 630
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	519	686	722	926	986	3 839
	Hommes	645	1 203	1 406	1 613	1 899	6 766
	Total	1 164	1 889	2 128	2 539	2 885	10 605
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	683	854	892	1 125	1 160	4 714
	Hommes	1 040	1 854	2 310	2 614	2 968	10 786
	Total	1 723	2 708	3 202	3 739	4 128	15 500
Céfixime 800 mg et azithromycine 1 g ² <i>1^{er} choix infection gonococcique sauf infection gonococcique pharyngée</i>	Femmes	2 982	3 357	3 341	3 396	3 364	16 440
	Hommes	6 888	7 233	7 660	7 517	7 515	36 813
	Total	9 870	10 590	11 001	10 913	10 879	53 253
Ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g ² <i>1^{er} choix infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée</i>	Femmes	137	117	245	311	425	1 235
	Hommes	2 202	3 662	4 227	4 831	4 574	19 496
	Total	2 339	3 779	4 472	5 142	4 999	20 731
Penicilline G benzathine ² 2,4 millions d'unités <i>1^{er} choix syphilis infectieuse</i>	Femmes	46	96	86	83	139	450
	Hommes	1 460	1 655	1 663	1 549	1 812	8 139
	Total	1 506	1 751	1 749	1 632	1 951	8 589

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

² Seule(s) ou en combinaison.

Tableau 34 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2015 à 2019 (suite)

		2015	2016	2017	2018	2019	Total
Doxycycline 100mg BID ¹ (42 comprimés) <i>1^{er} choix lymphogranulomatose vénérienne</i>	Femmes	8	9	7	11	21	56
	Hommes	200	272	293	227	256	1 248
	Total	208	281	300	238	277	1 304
Azithromycine 2 g prescrite seule <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie avant avril 2018</i>	Femmes	932	733	687	537	407	3 296
	Hommes	1 104	834	796	572	326	3 632
	Total	2 036	1 567	1 483	1 109	733	6 928
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	7	16	23
	Hommes	0	0	0	50	110	160
	Total	0	0	0	57	126	183
Céfixime 800 mg et Doxycycline 100mg BID (14 comprimés) ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique</i>	Femmes	81	82	93	102	90	448
	Hommes	173	273	277	264	253	1 240
	Total	254	355	370	366	343	1 688
Ceftriaxone 250 mg et Doxycycline 100mg BID (14 comprimés) ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique</i>	Femmes	9	18	15	18	27	87
	Hommes	140	266	522	562	617	2 107
	Total	149	284	537	580	644	2 194
Ciprofloxacine 500 mg et azithromycine 1 g ¹ <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si souche connue sensible</i>	Femmes	39	16	11	12	8	86
	Hommes	58	25	34	18	7	142
	Total	97	41	45	30	15	228
Amoxicilline 500 mg TID ¹ (21 comprimés) <i>traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis femme enceinte ou qui allaite</i>	Femmes	66	50	27	25	25	193
	Hommes	2	3	4	4	2	15
	Total	68	53	31	29	27	208

¹ Seule(s) ou en combinaison.

Tableau 34 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2015 à 2019 (suite)

		2015	2016	2017	2018	2019	Total
Doxycycline 100 mg BID ^{1,2} (28 comprimés) <i>traitement alternatif de la syphilis.</i>	Femmes	1 091	1 076	1 069	1 098	995	5 329
	Hommes	378	576	505	442	374	2 275
	Total	1 469	1 652	1 574	1 540	1 369	7 604
Doxycycline 100 mg BID prescrite seule (28 comprimés) <i>traitement alternatif de la syphilis</i>	Femmes	484	469	423	318	255	1 949
	Hommes	243	411	335	290	255	1 534
	Total	727	880	758	608	510	3 483
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	55	35	94	163	214	561
	Hommes	1	0	0	1	1	3
	Total	56	35	94	164	215	564
Céfixime 400 mg et azithromycine 1 g ¹	Femmes	118	99	68	44	38	367
	Hommes	184	146	83	74	53	540
	Total	302	245	151	118	91	907
Ciprofloxacine seule, toutes doses	Femmes	2	4	1	0	2	9
	Hommes	4	5	3	4	3	19
	Total	6	9	4	4	5	28
Céfixime seul, toutes doses	Femmes	214	160	153	126	128	781
	Hommes	287	280	231	233	197	1 228
	Total	501	440	384	359	325	2 009
Ceftriaxone seule, toutes doses	Femmes	90	72	98	131	112	503
	Hommes	183	217	287	318	446	1 451
	Total	273	289	385	449	558	1 954

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

² Seule(s) ou en combinaison.

Commentaires

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

Le nombre total de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique, de LGV et de syphilis (toutes syphilis) déclarés au registre des MADO en 2019 était de 38 456. Ce nombre est près du nombre d'ordonnances prescrites à des personnes atteintes (code K) en 2019, c'est-à-dire 35 907 ordonnances. Les personnes traitées comme cas contact (code L) ne sont généralement pas incluses dans le fichier MADO parce que seuls les cas confirmés par laboratoire sont enregistrés au fichier MADO et qu'il est recommandé de traiter les partenaires même en l'absence d'un test avec résultat positif. Pour ces raisons, il n'est pas surprenant d'observer que le nombre total d'ordonnances prescrites dans le cadre de ce programme en 2019 (57 812 – tableau 32) excède le nombre de cas déclarés au registre des MADO. Il est même plutôt rassurant d'observer une différence aussi importante.

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

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 soulignés, notamment que l'azithromycine 2 g prescrite seule demeurerait fréquente en 2018 et en 2019. Une diminution importante était anticipée à partir du changement de la recommandation en avril 2018, cette monothérapie n'étant plus recommandée pour traiter l'infection gonococcique. Toutefois, le rapport entre les ordonnances d'azithromycine 2 g prescrite seule et le traitement combiné avec gentamicine est de 19 pour 1 en 2018 et de 5 pour 1 en 2019, ce qui suggère un délai dans l'appropriation de cette nouvelle recommandation. Dans le contexte où 27,6 % des souches de *N. gonorrhoeae* étaient résistantes à l'azithromycine en 2019, l'adoption de ce changement des recommandations est importante. On remarque également qu'un nombre très 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 trois dernières années chez les femmes, une observation qui doit être surveillée et analysée davantage afin de mieux la comprendre.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca