

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec

Portrait 2018 et projections 2019

Karine Blouin, Sylvie Venne, Gilles Lambert

Octobre 2019

www.inspq.qc.ca

Objectifs

- Décrire les faits saillants 2018-2019 concernant la situation épidémiologique des ITSS au Québec
- Illustrer les tendances temporelles de ces infections

Principales sources (consulter le Portrait des ITSS pour références et méthodes)

Portrait des Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2018 et projections 2019

Fichier des MAD0, Infocentre <https://www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/>

Enquêtes épidémiologiques

Vigie provinciale des échecs de traitement

Programme de surveillance de l'infection par le VIH (rapport annuel à paraître, hiver 2019)

Enquêtes auprès de populations spécifiques (Réseau SurvUDI, projet Engage, EQSP, etc.)

Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS

INSPQ
INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC



Québec 

Institut national
de santé publique
Québec 

Plan de la présentation

Maladies à déclaration obligatoire

- Infection à *Chlamydia trachomatis*
- Infection gonococcique
- Syphilis infectieuse
- Lymphogranulomatose vénérienne
- Hépatite B
- Hépatite C

Infection par le VIH

Populations fortement touchées (nouveautés)

- Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes – Étude Engage
- Personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI) - SurvUDI

Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des MTS

Maladies à déclaration obligatoire

www.inspq.qc.ca

Infections à *Chlamydia trachomatis*

2018: 28 390 cas déclarés

2019p : 28 159 cas (Infocentre 16 sept 2019)

En 2018:

- La plus fréquente ITS
- 60 % des cas chez femmes

Répartition géographique:

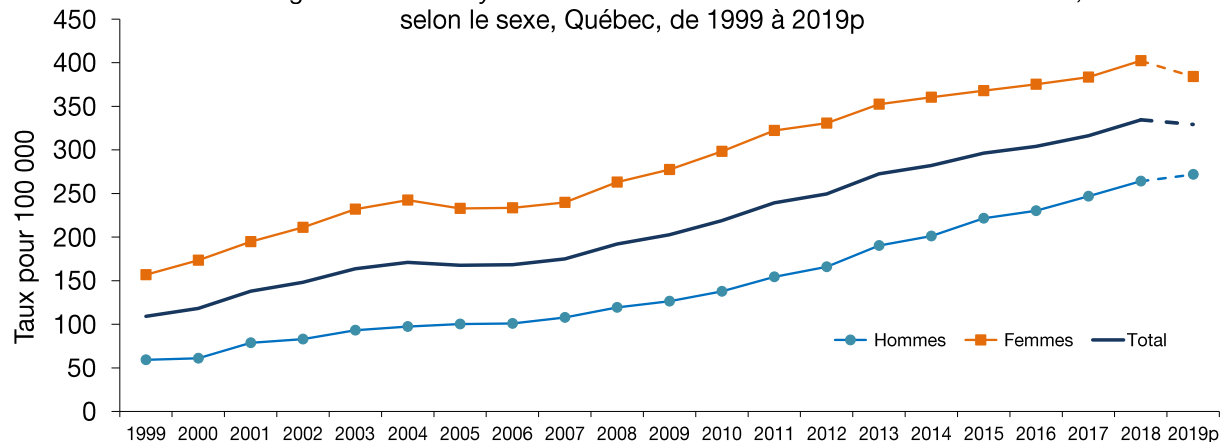
- Répartie dans l'ensemble du Québec

Tendances 2014-2018:

Hausse de

- 31 % chez les ♂
- 12 % chez les ♀
- dans tous les groupes d'âge
- Dans toutes les régions
- les infections uniquement extragénitales comptent pour 31% de l'augmentation chez les ♂

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



Jeunes âgés de 15 à 24 ans

2018: 67 % des cas ♀
44 % des cas ♂

2014-2018: hausse de 16 % chez ♀
hausse de 27 % chez ♂

Chlamydia trachomatis, infections extragénitales - 2018

Cas avec information disponible sur le site d'infection*	Hommes*		Femmes*	
	N = 10 736		N = 16 424	
	n	%	n	%
Rectum**	1 653	15 %	252	1,5 %
Seulement rectum	1 419	13 %	92	0,6 %
Seulement rectum et pharynx	101	0,9 %	8	0,05 %
Pharynx**	374	3,5 %	194	1,2 %
Seulement Pharynx	229	2,1 %	105	0,6 %
Rectum ou pharynx**	1 907	18 %	423	2,6 %
Seulement rectum ou pharynx	1 749	16 %	205	1,2 %

* 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.

Infections gonococciques

2018: 7 520 cas déclarés

2019p : 7 241 cas (Infocentre 16 sept 2019)

En 2018:

- 78 % des cas chez les hommes
- Infection uniquement à un site extragénital : 58 % chez ♂ et 15 % chez ♀

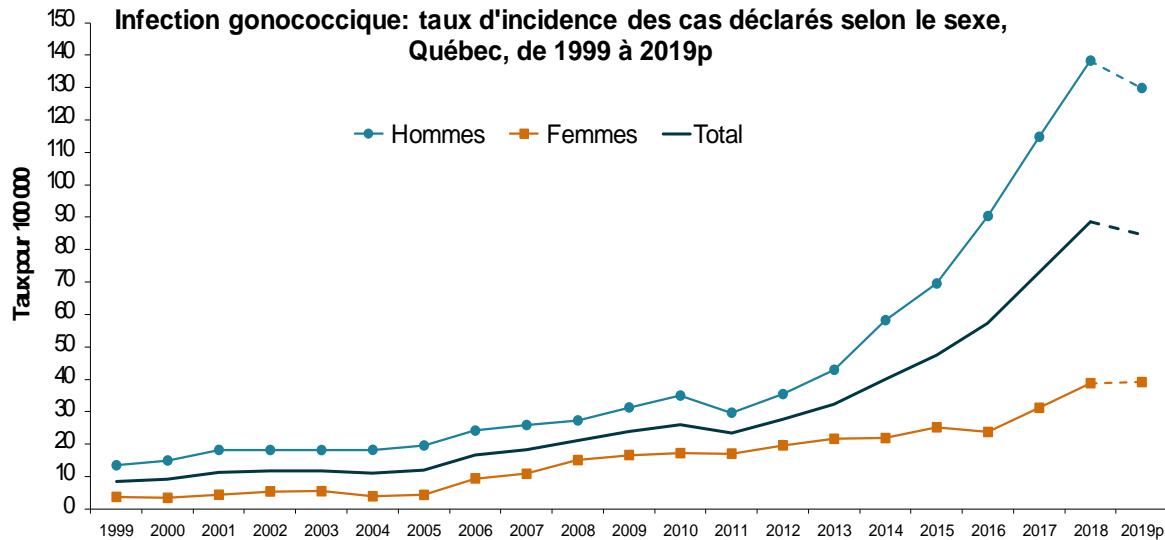
Répartition géographique

- 57 % des cas sont de la région 06
- Situation encore problématique dans les régions 17 et 18

Tendances 2014-2018:

Hausse de

- 138 % chez les ♂
- 75 % chez les ♀
- Dans tous les groupes d'âge
- Dans pratiquement toutes les régions
- Les infections uniquement extragénitales comptent pour 63 % de l'augmentation chez les ♂ et pour 24 % chez les ♀



Jeunes âgés de 15 à 24 ans

- En 2018: 22 % des cas ♂ et 46 % des cas ♀
- rapport homme-femme 1,6 / 1 vs 5,2 / 1 pour les autres gr âge (0,7 / 1 chez les 15-19)
- taux chez les 20-24 ans plus élevé que chez les 15-19 ans
- 2014-2018: Hommes : Hausse de 85 % chez les 15-19 ans et de 97 % chez les 20-24 ans
Femmes : Hausse de 43 % chez les 15-19 ans et de 60 % chez les 20-24 ans

Infection gonococcique, infections extragénitales – 2018

Cas avec information disponible sur le site*	Hommes*		Femmes*	
	N = 5 697		N = 1 556	
	n	%	n	%
Rectum**	1 865	33 %	69	4 %
Seulement rectum	1 070	19 %	20	1,3 %
Seulement rectum et pharynx	568	10 %	11	0,7 %
Pharynx**	2 562	45 %	327	21 %
Seulement Pharynx	1 680	29 %	207	13 %
Sites extragénitaux**	3 758	66 %	370	24 %
Seulement rectum ou pharynx	3 318	58 %	238	15 %

* 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.

Institut national
de santé publique

Québec 

Infections gonococciques – résistance aux antibiotiques

Surveillance de la sensibilité aux antibiotiques (LSPQ)

1 836 souches analysées en 2018

- Ciprofloxacine : 74 % des souches étaient résistantes
- Azithromycine: 28 % des souches étaient résistantes
- Céfixime : 6 souches (0,4 %) avec sensibilité réduite (critères CLSI)
- Ceftriaxone: 1 souche (0,1 %) avec sensibilité réduite (critères CLSI)

La surveillance de la résistance permet l'adaptation des régimes thérapeutiques

Infection gonococcique - échecs de traitement

La surveillance des échecs de traitement permet d'examiner si les traitements recommandés demeurent efficaces malgré la présence de résistance aux antibiotiques.

Plusieurs causes d'échecs possibles, notamment:

- Souche résistante à l'un des antibiotiques utilisés pour le traitement (efficacité du traitement);
- Traitement non optimal (par exemple: pas de ceftriaxone pour l'infection pharyngée, vomissement du traitement oral, monothérapie, traitement combiné prescrit à quelques jours d'intervalle, pas d'adhésion pour le traitement oral, etc);
- Infection pharyngée (pénétration difficile des antibiotiques à ce site anatomique, meilleure pour la ceftriaxone).

Les réinfections et les échecs de traitement (peu importe la cause) prolongent la période d'infectiosité et augmentent le risque de complications

(épididymites, augmentation du risque de transmission du VIH (dans certaines conditions), atteinte inflammatoire pelvienne, grossesses ectopiques...)

Infection gonococcique, échecs de traitement, province, 2018

- 5 régions (un à huit cas chacune);
- 4 femmes et 15 hommes dont 9 HARSAH;
- Les sites d'échecs sont : 11 génital, 5 pharynx, 2 rectum et 1 cas urine et rectum
- 21% n'avaient eu aucun prélèvement pour culture;

Des résultats d'analyses de sensibilité sont disponibles pour onze cas (58 %)

- résistance à l'azithromycine (45 %),
- résistance à la ciprofloxacine (82 %)
- toutes les souches étaient sensibles à la céfixime et à la ceftriaxone.

En se basant sur les recommandations de l'INESSS:

- Parmi les 14 cas d'échecs de traitement au site génital ou rectal, 12 avaient reçu un traitement initial approprié : céfixime 800mg et azithromycine 1g (5 cas) ou ceftriaxone 250mg et azithromycine 1g (7 cas).
- Parmi les 5 cas d'échecs de traitement au site pharyngé, un seul avait initialement reçu le traitement optimal pour ce site (ceftriaxone 250mg et azithromycine 1g).

19 échecs au total en 2018

- 14 détectés par l'enquête épidémiologique provinciale
- 6 détectés par le réseau sentinelle (dont 1 cas également capté dans l'enquête provinciale)

Échecs de traitement et réinfections – interventions possibles

Exemples d'intervention:

Échec de traitement avec une souche résistante à l'un des antibiotiques utilisés pour le traitement :

- En cas de hausse, les recommandations de traitement doivent être réévaluées.

Échec de traitement, autres causes :

- Favoriser la diffusion et la connaissance des recommandations ainsi que leur adoption par les cliniciens, promouvoir l'adhésion du patient au traitement.

Réinfections probables :

- Améliorer le soutien à la notification et le traitement des partenaires (diminue le risque de réinfection de la personne atteinte).
- Promouvoir l'importance de respecter la période d'abstinence post-traitement
 - développement de résistance possible car exposition du pathogène aux antibiotiques probablement non optimale si la réinfection a lieu peu après le début du traitement
- Promouvoir l'usage adéquat du condom.

Il est important de documenter la résolution de l'infection et d'effectuer des tests de détection à tous les sites anatomiques exposés, selon les recommandations du guide québécois de dépistage des ITSS.

Nombre de tests de laboratoire

2018-2019
vs
2013-2014

Recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i>	2013-2014	2018-2019	% variation
Total	575 105	811 725	↑ 41 %

Recherche de <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	2013-2014	2018-2019	% variation
Culture	86 958	87 416	↑ 0,5 %
Total	583 759	881 445	↑ 51 %

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, été 2019.

Syphilis infectieuse

En 2018:

- 90 % des cas chez des hommes
- 91 femmes (81 entre 15 et 49 ans)

Répartition géographique

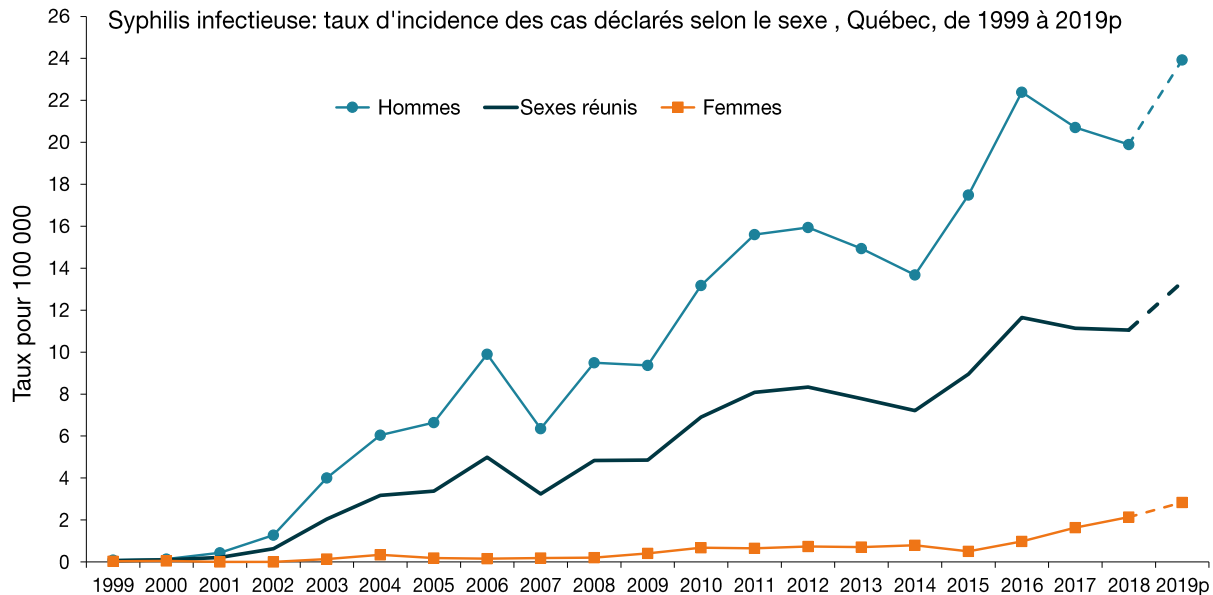
- 53 % de Montréal
- Toutes les régions du Québec rapportent des cas sauf l'Abitibi-Témiscamingue et le Nord-du-Québec

Tendances

- hausse quasi constante entre 2002 et 2019
- diminution depuis 2016 chez les hommes mais hausse chez les femmes
- hausse en 2019 chez les deux sexes, selon les projections

2018: 938 cas déclarés

2019p : 1 141 cas déclarés (Infocentre 16 octobre 2019)



Syphilis non infectieuse

Hausse de 232 % (de 342 cas à 1 135 cas) du nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuses ou sans précision entre 2014 et 2018.

Les complications de la syphilis (syphilis tertiaire) surviennent généralement plusieurs années après l'infection initiale. Elles pourraient augmenter le fardeau de la maladie.

Les cas de syphilis sans précision pourraient être en réalité des cas de syphilis infectieuses, 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.

Hommes		2014	2018
Syphilis latente tardive		132	419
	15 à 24 ans	12 (9 %)	17 (4 %)
Syphilis tertiaire et neurosyphilis		25	43
Syphilis sans précision		83	391
	15 à 24 ans	4 (5 %)	23 (6 %)
Femmes		2014	2018
Syphilis latente tardive		67	179
	15 à 24 ans	3 (4 %)	4 (2 %)
	15 à 49 ans (en âge de procréer)	43 (64 %)	87 (49 %)
Syphilis tertiaire et neurosyphilis		2	7
Syphilis sans précision		28	91
	15 à 24 ans	2 (7 %)	5 (5 %)
	15 à 49 ans (en âge de procréer)	13 (46 %)	34 (37 %)
Sexes réunis		2014	2018
Syphilis latente tardive		200	603
	15 à 24 ans	16 (8 %)	22 (4 %)
Syphilis tertiaire et neurosyphilis		27	50
Syphilis sans précision		113	482
	15 à 24 ans	7 (6 %)	28 (6 %)
Total syphilis non-infectieuses et sans précisions		342	1 135

Syphilis congénitale



- **Au Québec** (en date du 7 octobre 2019)
 - deux cas en 2019: 1 cas sur 2 sans suivi prénatal
 - un cas en 2018 : suivi prénatal débuté à la 31^e semaine
 - un cas en 2017 : aucun suivi prénatal
 - trois cas en 2016 : 1 cas sur 3 sans suivi prénatal

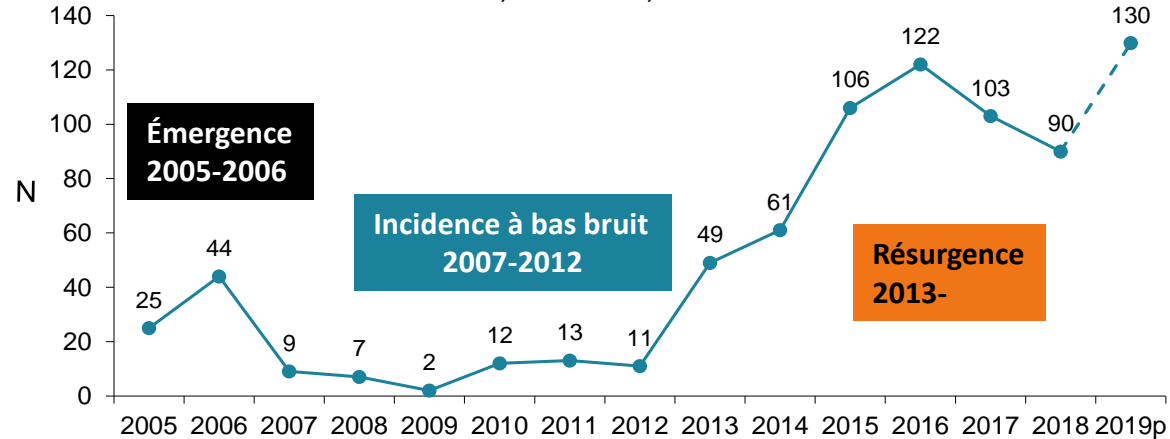
Lymphogranulomatose vénérienne (LGV)

2018 : 90 cas déclarés
2019p : 130 cas masculins
(Infocentre 16 oct 2019)

2005-2018

- **659 cas déclarés**
 - 654 hommes, 2 cas féminins (2008 et 2012), 1 trans et 2 de sexe inconnu
- **Répartition géographique**
 - 82 % des cas déclarés entre 2005 et 2018 résident à Montréal
 - Des cas sporadiques (entre 1 et 40 cas) sont déclarés dans 12 autres régions et représentent 18 % des cas

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



Tendances

- La moyenne d'âge est stable depuis 2005.
- En 2014-2018, la répartition est plus étalée que les périodes précédentes et le pic se trouve chez les hommes de 30 à 34 ans alors qu'il se trouvait chez les 40-44 ans et les 45-49 ans au cours des précédentes périodes.

Enquête épidémiologique LGV - 2013 à 2018

- En 2018, la proportion de cas rapportant une infection par le VIH (54 %) est similaire à celle observée en 2017 (56 %) alors qu'en 2013-2016, la proportion était de 83 % (Note : en 2018 la charge virale lors du dernier test était rapportée indétectable pour 88 % des cas).
- La proportion de cas pour lesquels la raison de consultation est le dépistage ou à cause d'un contact d'un cas connu de LGV est passée de 12 % en 2013 à environ 30 % au cours des trois dernières années. En 2018, 31 % des cas ne rapportaient aucun symptôme.

Hépatite B (Aiguë, chronique et sans précision)

2018 : 1 168 (13,8 pour 100 000)

2019p : 1 024 (12,0 pour 100 000)

(Infocentre 16 septembre 2019)

En 2018:

- 58 % ♂
- 19 cas aigus

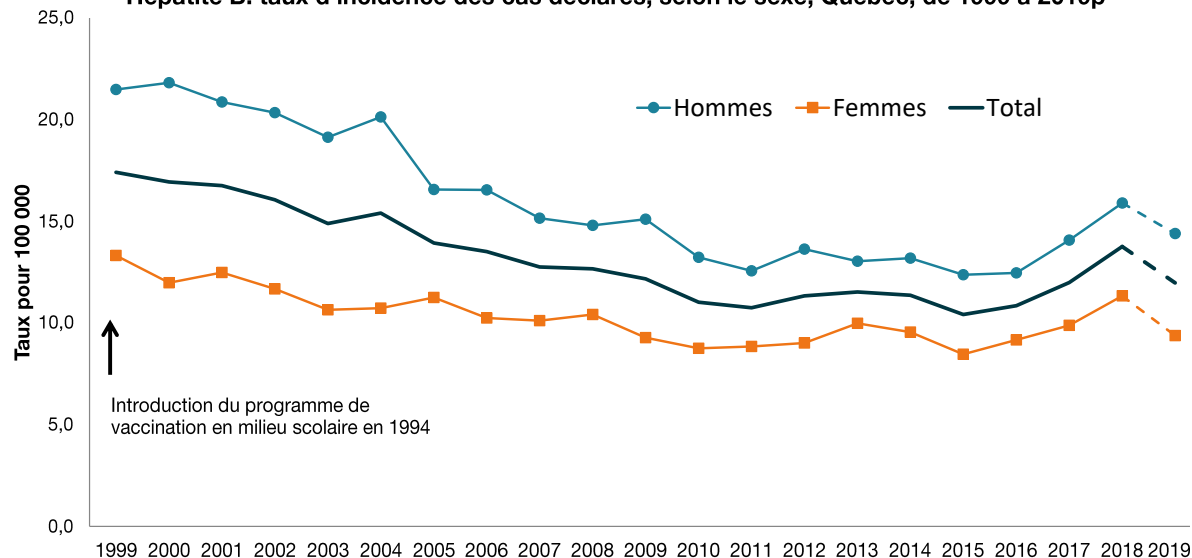
Répartition géographique

59 % des cas sont de Montréal

Tendances 1994-2018

- ↓ de 95 % VHB aiguë
- ↓ de 66 % VHB chronique
- ↑ de 122 % VHB sans précision

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



La vaccination chez les enfants de 4^e année ayant débuté il y a plus de 20 ans, la première cohorte est âgée d'environ 35 ans. En 2018, 2 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés chez les moins de 35 ans (cohortes ciblées par le programme de vaccination scolaire) vs 193 cas en 1994.

Hépatite C (aiguë/récente et sans précision)

2018 : 1 334 cas

2019p : 1 212 cas

(Infocentre 16 septembre 2019)

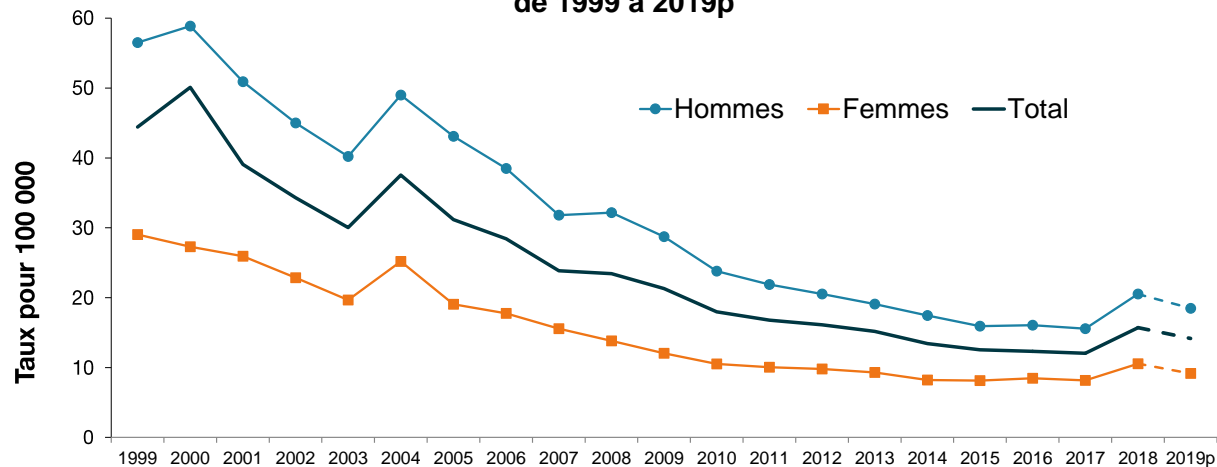
En 2018:

- 15 cas aigus/récents
- 65 % chez des hommes
- 43 % de Montréal;
Taux les plus élevés: Nunavik (3 cas), Montréal, Outaouais, Nord-du-Québec, Estrie, Capitale-Nationale

Tendances

- ↓ de 69 % entre 2000 et 2018
- ↑ de 17 % entre 2014 et 2018

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



Les personnes âgées de 45 à 64 ans sont les plus touchées

Forces et limites du fichier des MADO

Forces

- Déclaration des laboratoires généralement systématique
- Dynamique
- Exhaustif
 - Sexe
 - Âge
 - Régions
- Analyse en continu
- Bon suivi des tendances

Limites

- Déclaration des médecins sous-optimale
- Pas de données sur:
 - les facteurs de risque
 - le traitement ou l'évolution clinique
 - l'intervention de santé publique
- Validité et complétude non optimales des données cliniques (sites anatomique, résultats de laboratoire)

Programme de surveillance du VIH

Rapport annuel 2018

Estimation de l'Agence de santé publique du Canada
(communication personnelle pour les résultats du Québec)

www.inspq.qc.ca

Programme de surveillance - Ancien et nouveau diagnostic



Ancien diagnostic: cas ayant un test de détection positif antérieur documenté mais n'ayant jamais été enregistré au programme.

Nouveau diagnostic: cas n'ayant jamais eu un test de détection positif auparavant. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

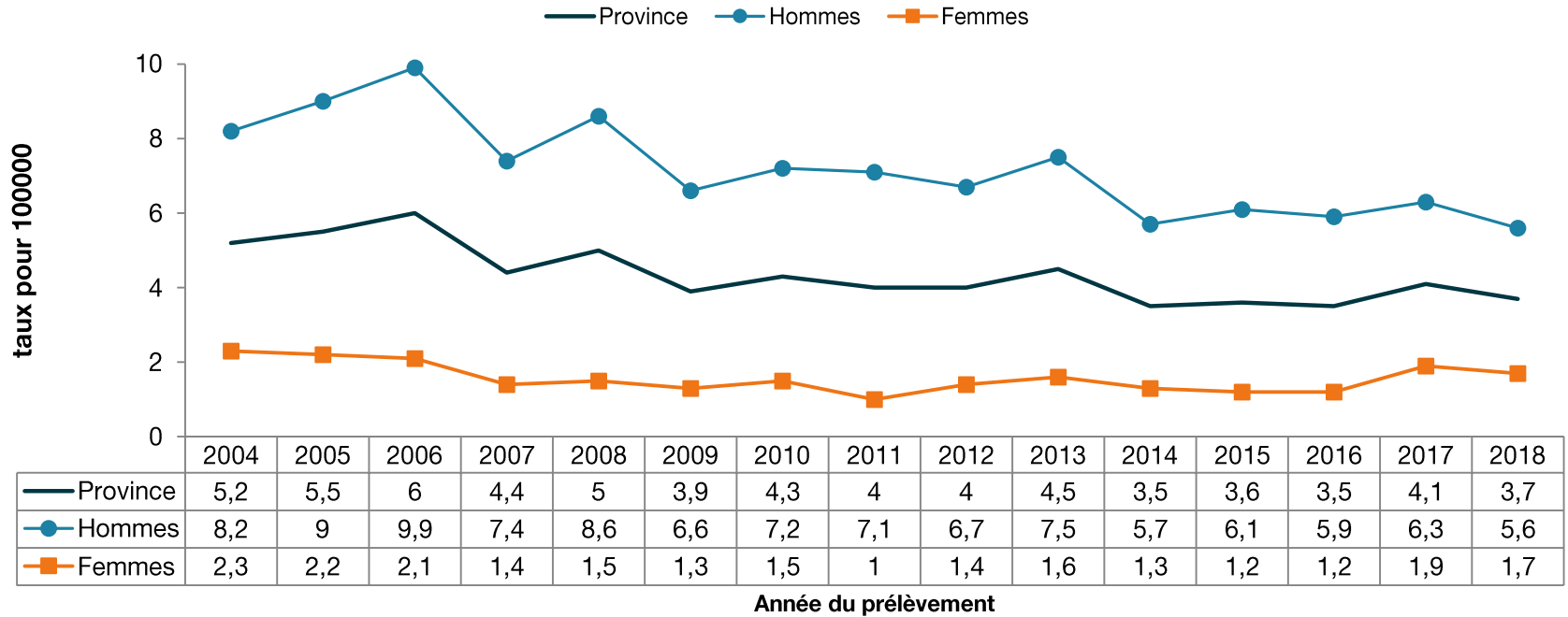
Nombre de cas de VIH selon le sexe, 2014-2018

An	Anciens diagnostics					Nouveaux diagnostics					Diagnostics non caractérisés					Total
	h	f	Tr	N/P	s/tot	h	f	Tr	N/P	s/tot	h	f	Tr	N/P	s/tot	
2014	155	77	0	0	232	233	52	0	0	285	16	1	0	0	17	534
2015	216	82	2	0	300	251	50	0	0	301	8	2	0	0	10	611
2016	249	73	2	0	324	246	50	0	0	296	5	1	0	0	6	626
2017	229	106	0	0	335	265	80	0	0	345	14	7	0	0	21	698
2018	214	137	2	0	353	236	74	1	0	311	3	4	0	0	7	671
Total 2002-2018	3 693	1 354	10	1	5 058	4 779	1 077	1	1	5 858	336	103	0	0	439	11 355

Estimés pour 2016 (Agence de santé publique du Canada, communication personnelle, novembre 2018)

- 656 cas incidents, intervalles de plausibilité: 410-1000
- 16 853 cas prévalents, intervalles de plausibilité : 14 500-18 870

Taux de nouveaux diagnostics de VIH selon le sexe, 2004-2018



NOUVEAUX DIAGNOSTICS, 2018

311 Nouveaux diagnostics en 2018

- Taux de 3,7 par 100 000 personnes

- Femmes: 1,7 par 100 000
- Hommes: 5,6 par 100 000

236 Hommes (76 %)

- 8 % de 15 à 24 ans
- 32 % de 25 à 34 ans
- 60 % de 35 ans ou plus

74 Femmes (23 %)

- 4 % de 15 à 24 ans
- 23 % de 25 à 34 ans
- 72 % de 35 ans ou plus



NOUVEAUX DIAGNOSTICS, 2018

Catégories d'exposition

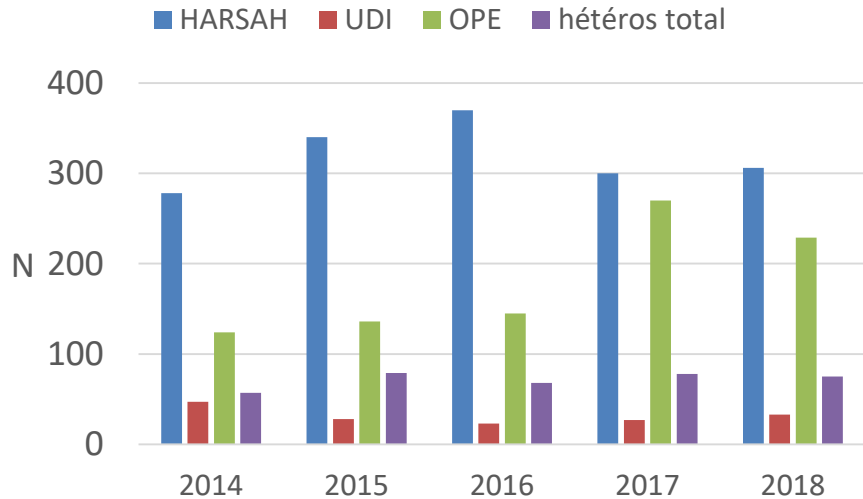
- HARSAH (+UDI): 163 nouveaux diagnostics, 69,0 % des ♂ et 52 % des nouveaux diagnostics
- Pays endémiques: 73 nouveaux diagnostics, 59 % des ♀ et 24 % des nouveaux diagnostics
- Hétéro: 55 nouveaux diagnostics, 17,7 % des nouveaux diagnostics
- UDI: 18 nouveaux diagnostics, 5,8 % des nouveaux diagnostics (4,7% H, 9,5% F)
- Transmission verticale: 1 né au Canada de mère originaire de pays où l'infection par le VIH n'est pas considérée fortement endémique

61 % des nouveaux diagnostics sont de la région 06

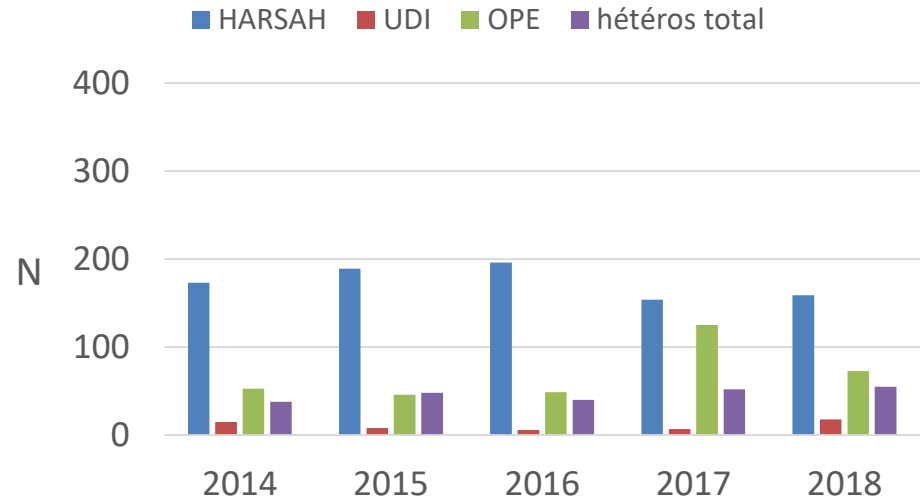
- 14 régions ont enregistré des cas

Nombre de nouveaux diagnostics de VIH, selon la catégorie d'exposition, sexes réunis, 2014-2018

Anciens et nouveaux diagnostics



Nouveaux diagnostics



Cibles 90-90-90 pour le Québec

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

- 86 % de personnes séropositives connaîtraient leur statut sérologique;
- 84 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevraient des traitements antirétroviraux;
- 94 % des personnes sous traitement antirétroviraux auraient une charge virale inférieure à 200 copies/ml.

*Agence de la santé publique du Canada, communication personnelle, 2018

** 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>.

ITSS MADDO et VIH: vue d'ensemble

Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2014, 2018, tendances 2019

Infections	Province de Québec					
	2014		2018		Variation taux	Tendances 2019
	N	Tx	N	Tx	2014-2018	
Infection gonococcique	3 295	40,1	7 520	88,6	121%	↓
Syphilis infectieuse ^b	593	7,2	938	11,1	53%	↑
Lymphogranulomatose vénérienne	61	0,7	90	1,1	43%	↑
Hépatite B ^c	935	11,4	1 168	13,8	21%	↓
aiguë	18	0,2	19	0,2	2%	↓
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	23 191	282,0	28 390	334,5	19%	≈
Hépatite C ^d	1 104	13,4	1 334	15,7	17%	≈
aiguë/récente	31	0,4	15	0,2	-52%	↓
Infection par le VIH	285	3,5	311	3,7	6%	nd

Source: Adapté du Tableau 1, INSPQ, Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2018 et projections 2019
Taux par 100 000 personnes

Tendance 2019: comparaison entre les données 2018 et les projections pour 2019



Taux brut d'incidence selon la région, 2018

Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ^a		Lymphogranulomatose vénérienne		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ^d
17	3 902,2	17	1 871,0	17	236,3	6	3,7	6	34,0	6	28,4	6	9,3
18	2 172,9	6	211,3	6	23,9	QC	1,1	7	14,4	7	22,1	QC	3,7
6	391,8	18	177,9	7	10,9	13	0,7	QC	13,8	17	21,8	8	3,3
3	350,9	QC	88,6	5	9,2	1	0,5	13	12,3	10	21,5	16	2,8
9	350,8	7	64,4	QC	8,8	3	0,4	16	11,6	5	18,5	3	2,5
15	346,8	3	61,6	16	7,9	14	0,4	17	7,3	3	15,8	13	2,5
4	345,9	13	58,5	13	6,8	7	0,2	5	7,0	QC	15,7	9	2,1
QC	334,5	15	57,3	3	6,2	12	0,2	3	6,5	8	15,4	15	1,8
5	332,7	16	55,2	15	6,1	16	0,2	8	6,0	9	12,6	4	1,5
7	331,0	14	53,7	18	5,6	5	0,2	15	5,8	15	12,0	7	1,5
14	330,2	8	38,7	14	5,6	2	0,0	18	5,4	4	11,6	2	1,4
13	296,7	5	31,7	4	5,1	4	0,0	14	4,4	11	10,8	14	1,3
2	282,8	4	30,2	2	4,0	8	0,0	11	4,3	14	10,7	12	0,9
8	275,8	10	21,5	1	3,3	9	0,0	1	4,0	16	9,1	5	0,8
16	261,9	12	17,7	9	1,0	10	0,0	4	3,7	13	8,3	1	0,5
10	243,5	2	15,0	12	0,5	11	0,0	9	3,2	2	7,9	10	0,0
12	243,1	1	12,4	11	0,0	15	0,0	2	1,8	18	5,4	11	0,0
1	232,5	9	11,6	8	0,0	17	0,0	12	1,6	12	5,4	17	0,0
11	125,4	11	6,5	10	0,0	18	0,0	10	0,0	1	2,0	18	0,0

Source: Adapté du Tableau 2, INSPQ, Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2018 et projections 2019
Taux par 100 000 personnes

a: Comprend tous les cas de syphilis infectieuse: primaire secondaire et latente précoce

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

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

d: Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2018. Ce nombre inclut les cas sans NAM,

Populations fortement touchées

Étude Engage cycle 2017-2018

Réseau SurvUDI – données au 31 mars 2018

www.inspq.qc.ca

Engage

- Étude menée chez des gbHARSAH sexuellement actifs au cours des six derniers mois, âgés de 16 ans ou plus et résidant dans les régions métropolitaines de Vancouver, Toronto ou Montréal.
- Le volet montréalais s'est déroulé entre février 2017 et juin 2018.
- Le recrutement a été effectué par la méthode « répondent driven sample ». Les données sont pondérées selon la taille du réseau social de chaque participant.
- Les données présentées dans le Portrait des ITSS sont des extraits d'un rapport complet du volet montréalais actuellement en voie de rédaction.
- Les faits saillants de l'enquête sont disponibles au lien suivant:
<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/faits-saillants-de-l-etude-engage-montreal>

Source: Engage, Portrait de la santé sexuelle des hommes gais, bisexuels et autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et résidant de la région métropolitaine de Montréal, Cycle 1, Gilles Lambert et Joseph Cox, co-chercheurs principaux, communication personnelle, octobre 2019.

Engage - description de l'échantillon

- 1 179 gbHARSAH âgés de 18 à 80 ans, 65 % nés au Canada
- 45 % appartenait à un groupe ethnoculturel autre que canadien-français ou canadien-anglais
- 67 % disposaient d'un revenu annuel avant impôt de moins de 30 000,00 \$.
- 76 % se définissaient comme homosexuels ou gais et 4,4 % comme « Queer »

Note : Les données d'Engage ont été recueillies auprès d'HARSAH sexuellement actifs résident dans la région métropolitaine de Montréal, elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des HARSAH québécois.

Engage – tests de détection de l'infection par le VIH



Parmi les participants séronégatifs au VIH ou de statut inconnu

- 74 % ont eu un test de détection du VIH une fois ou plus au cours des 12 derniers mois et la moitié (50 %) au cours des six derniers mois.
- Parmi les participants d'Engage, 54 % présentaient un profil de risque élevé de contracter l'infection par le VIH (selon les critères du « High-incidence risk index-MSM »).
- Seulement 60 % des participants de statut VIH négatif ou inconnu présentant un profil de risque élevé avaient passé un test au cours des 6 derniers mois.

Note: les facteurs associés au fait de ne pas avoir passé un test de détection du VIH au cours des 6 derniers mois sont présentés dans le Portrait des ITSS.

Engage - recours à la prophylaxie préexposition

La PPrE est une stratégie efficace de prévention du VIH au sujet de laquelle des recommandations d'utilisation québécoises ont été diffusées en 2017.

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

- 52 % des participants à l'étude Engage rencontraient les critères québécois de recommandation de la PPrE. Parmi ces derniers:
 - 85 % avaient déjà entendu parler de la PPrE;
 - 39 % avaient senti au cours des six derniers mois le besoin d'utiliser la PPrE;
 - 21 % avaient tenté d'obtenir la PPrE au cours des six derniers mois;
 - 15 % avaient utilisé la PPrE (« à demande » ou « en continu ») au cours des six derniers mois;

Note : Les facteurs associés au fait de ne pas avoir tenté d'obtenir la PPrE au cours des six derniers mois sont présentés dans le Portrait des ITSS.

Engage - recours à la prophylaxie postexposition sexuelle (PPE)

Parmi les participants de statut VIH négatif ou inconnu

- 56 % avaient déjà entendu parler de la PPE;
- Jusqu'à 12 % avaient pris une PPE une fois ou plus au cours de leur vie; parmi ceux-ci, 65 % avaient pris une PPE une seule fois et 23 % en avaient pris deux fois;
- 18 % avaient senti le besoin d'utiliser la PPE au cours des six derniers mois;
- 7,3 % avaient tenté d'obtenir la PPE au cours des six derniers mois;
- 3,9 % avaient utilisé la PPE au cours des six derniers mois;

Note : Le Portrait des ITSS aborde également les facteurs pouvant influencer le recours à la PPE ainsi que certains éléments de l'expérience d'utilisation.

Engage - Recours au traitement contre le VIH

Parmi les participants ayant rapporté être de statut VIH positif

- 99 % « avaient actuellement une clinique ou un professionnel qu'ils consultaient pour leurs soins du VIH »;
 - Parmi ces derniers, 78 % avaient eu leur plus récent rendez-vous pour des soins au regard du VIH au cours des trois derniers mois, 94 % au cours des six derniers mois;
- 98 % prenaient des antirétroviraux au moment de leur participation à l'étude;
- 88 % ont mentionné que selon eux, leur charge virale était actuellement indétectable (à moins de 50 copies/mL). Parmi ceux-ci, 90 % avaient effectivement une charge virale de moins de 50 copies/mL telle que mesurée lors de l'étude.

Surveillance des maladies infectieuses chez les Utilisateurs de Drogues par Injection

Le réseau SurvUDI :

Épidémiologie du VIH 1995 - 2018

Épidémiologie du VHC 2003 - 2018

Chercheurs :

Michel Alary

Carole Morissette

Élise Roy

Pascale Leclerc

Le groupe d'étude SurvUDI

Coordination :

Karine Blouin

www.inspq.qc.ca

Jun 2019

Institut national
de santé publique

Québec



SurvUDI - Caractéristiques sociodémographiques

Critères d'inclusion: 14 ans ou plus, s'être injecté dans les 6 derniers mois, parler français ou anglais, en mesure de fournir un consentement éclairé.

Les données ont été recueillies principalement auprès de participants fréquentant les centres d'accès au matériel d'injection stérile (environ 90 %) des régions du Saguenay Lac-St-Jean, de la Capitale Nationale, de la Mauricie-centre-du-Québec, de l'Estrie, de Montréal, de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Montérégie et de la ville d'Ottawa. Elles ne sont pas représentatives de l'ensemble des personnes UDI québécoises.

Au 31 mars 2018, 15 200 individus ont répondu à 29 579 questionnaires

- 75,5 % d'hommes dont l'âge moyen est de 36,4 ans
- 24,5 % de femmes dont l'âge moyen est de 31,6 ans

Études secondaires complétées : 50,6 %

Sans domicile fixe (6 derniers mois) : 39,3 %

Centre de détention (6 derniers mois) : 11,4 %

SurvUDI - Caractéristiques sociodémographiques

Pays de naissance, 2011-2018

	n/3 644	%
Nés au Canada – non Autochtones	3 016	82,8
Nés au Canada – Autochtones	463	12,7
Nés ailleurs qu'au Canada	165	4,5

Orientation sexuelle, 2011-2018

Orientation sexuelle	Proportion chez les	
	Femmes (n=879)	Hommes (n=2 764)
Hétérosexuelle	71,2	89,5
Bisexuelle	23,3	5,8
Homosexuelle	4,0	4,2
Autre	1,5	0,6

Drogue injectée le plus souvent, 2009-2018

Principaux médicaments

opioïdes :

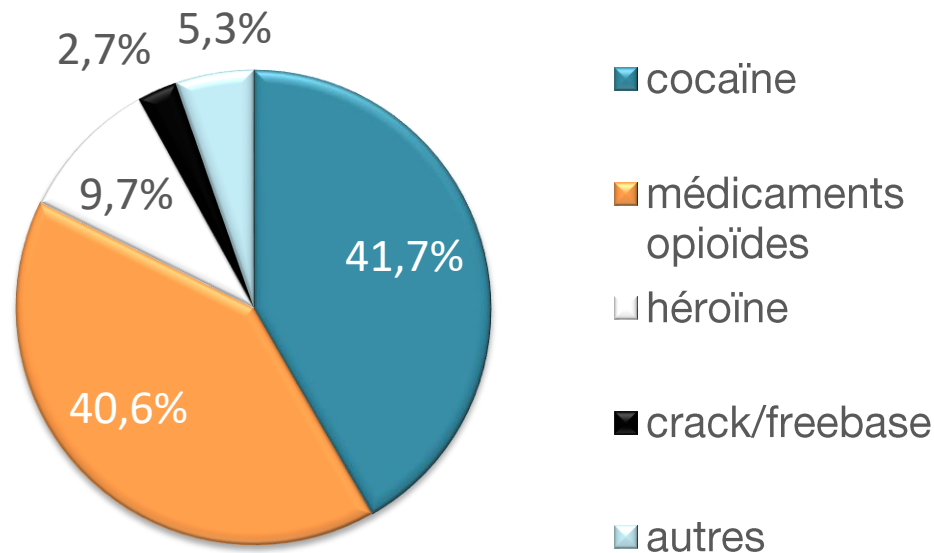
Dilaudid NP* : 14,9 %

Hydromorph Contin NP : 14,8 %

Morphine NP : 8,1 %

Oxycodone NP : 1,3 %

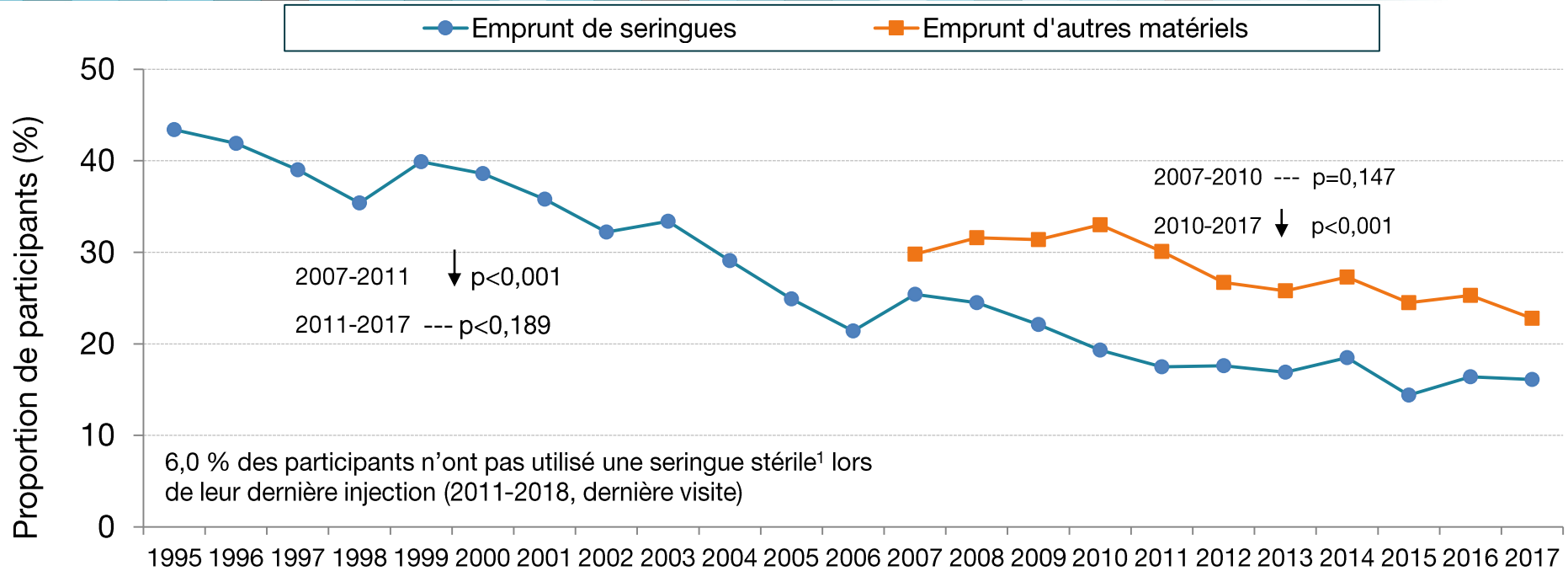
2009-2018



6 derniers mois

Dernière visite, NP* : non prescrit

Utilisation de seringues et de matériels déjà utilisés par quelqu'un d'autre - Tendances 1995-2017

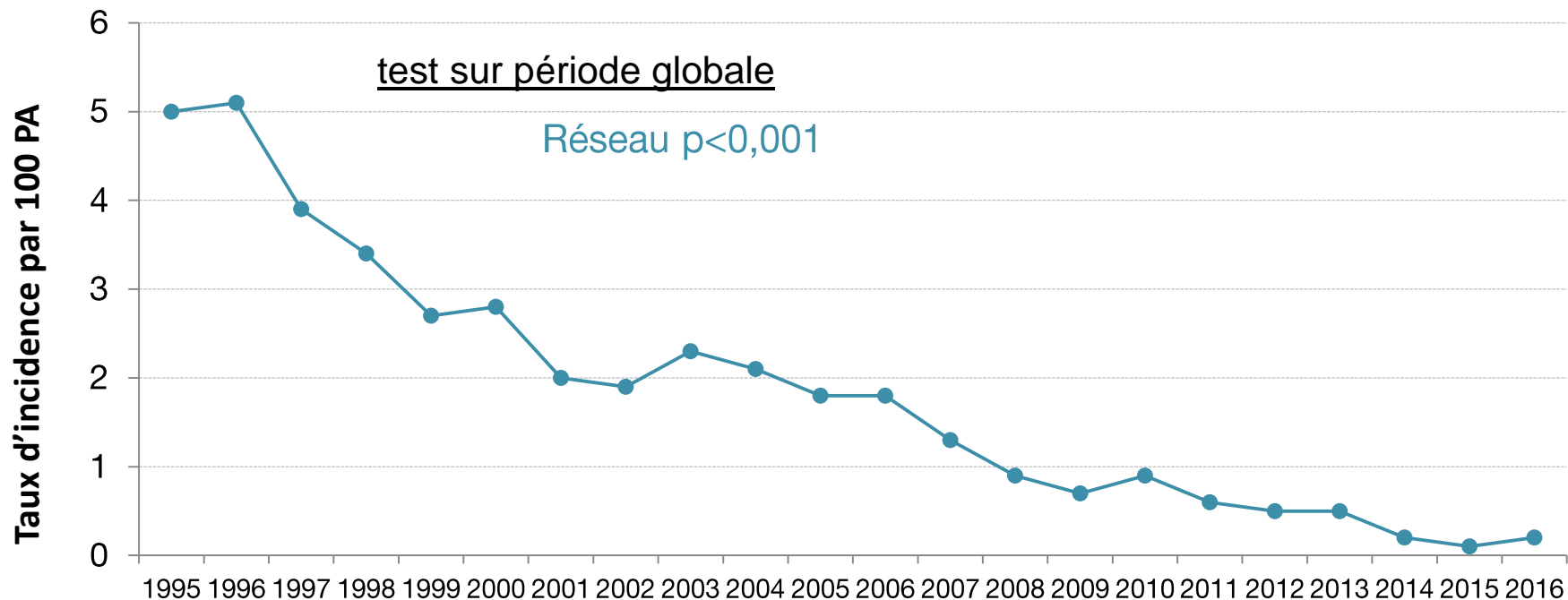


6 derniers mois, première visite annuelle

Tests par équations d'estimation généralisées

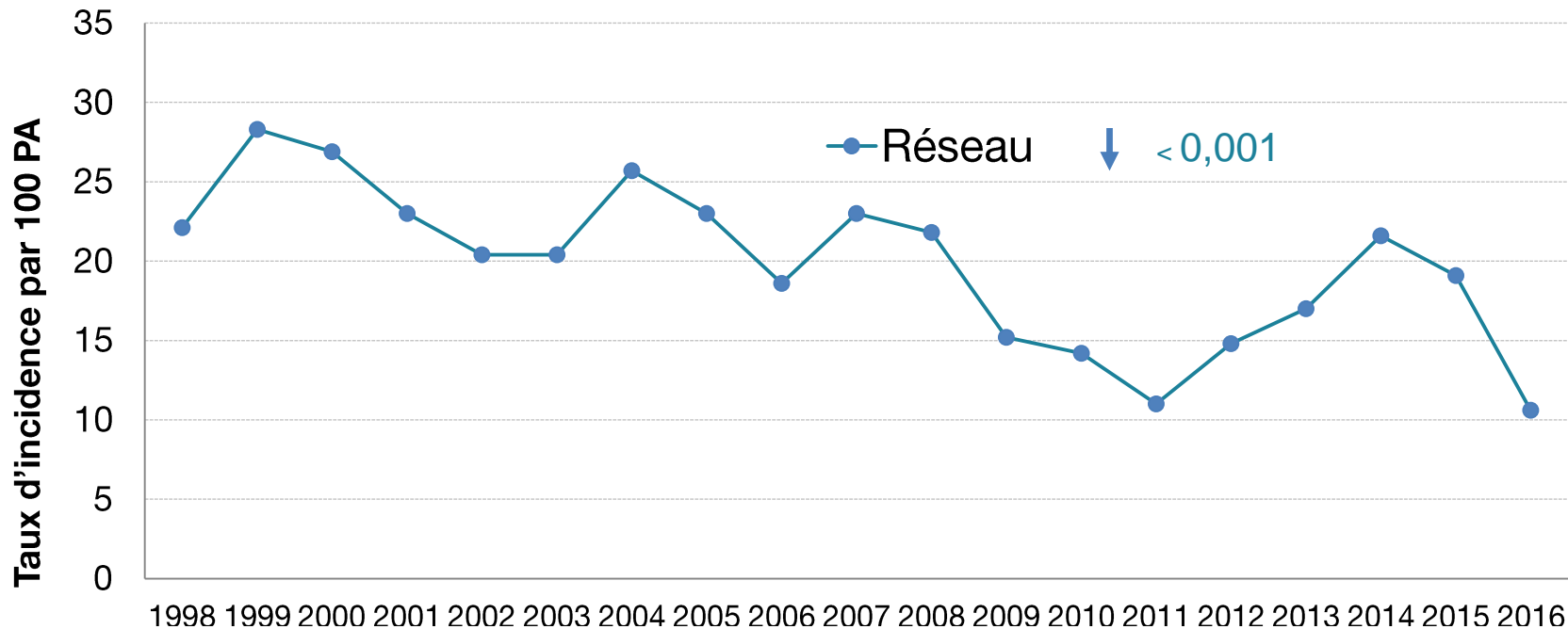
¹ Stérile: une seringue neuve qui n'a jamais été utilisée, ni par le participant, ni par quelqu'un d'autre

Incidence du VIH - Tendances 1995-2016



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

Incidence des anti-VHC - Tendances 1998-2016



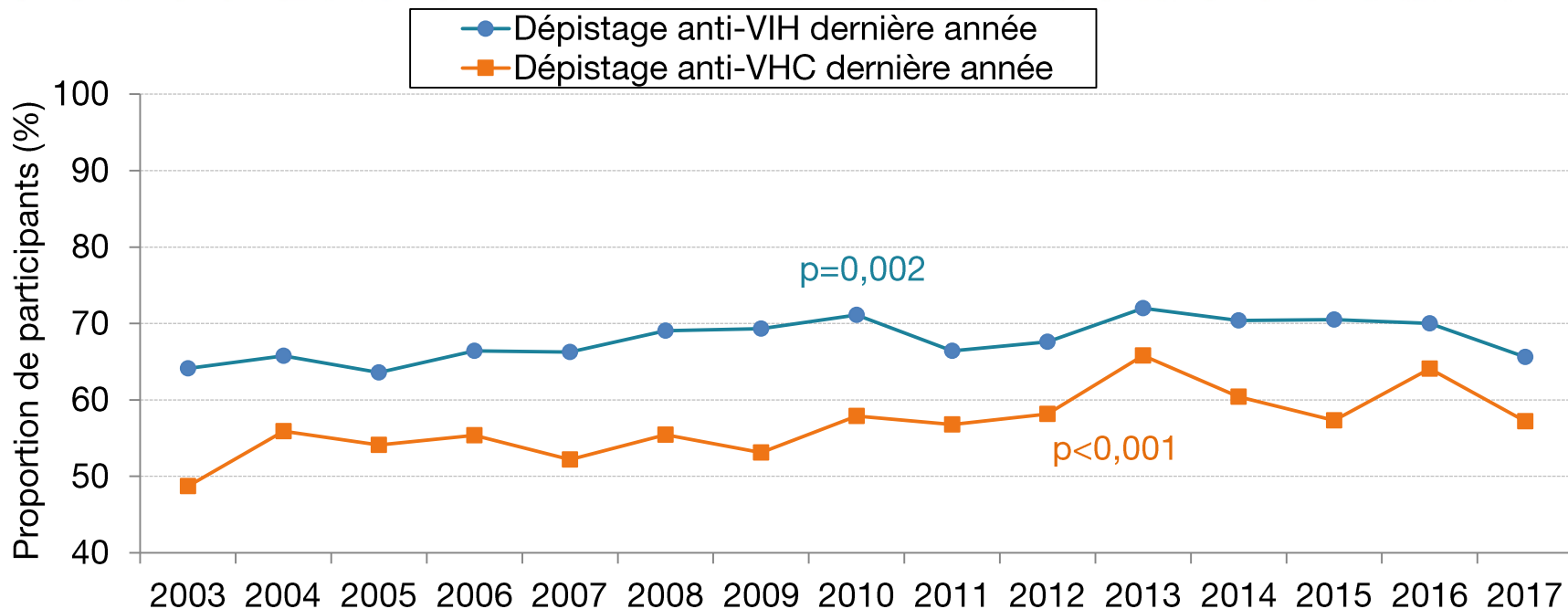
Test par bootstrap (1 000 itérations).
PA: personnes-années

Institut national
de santé publique

Québec

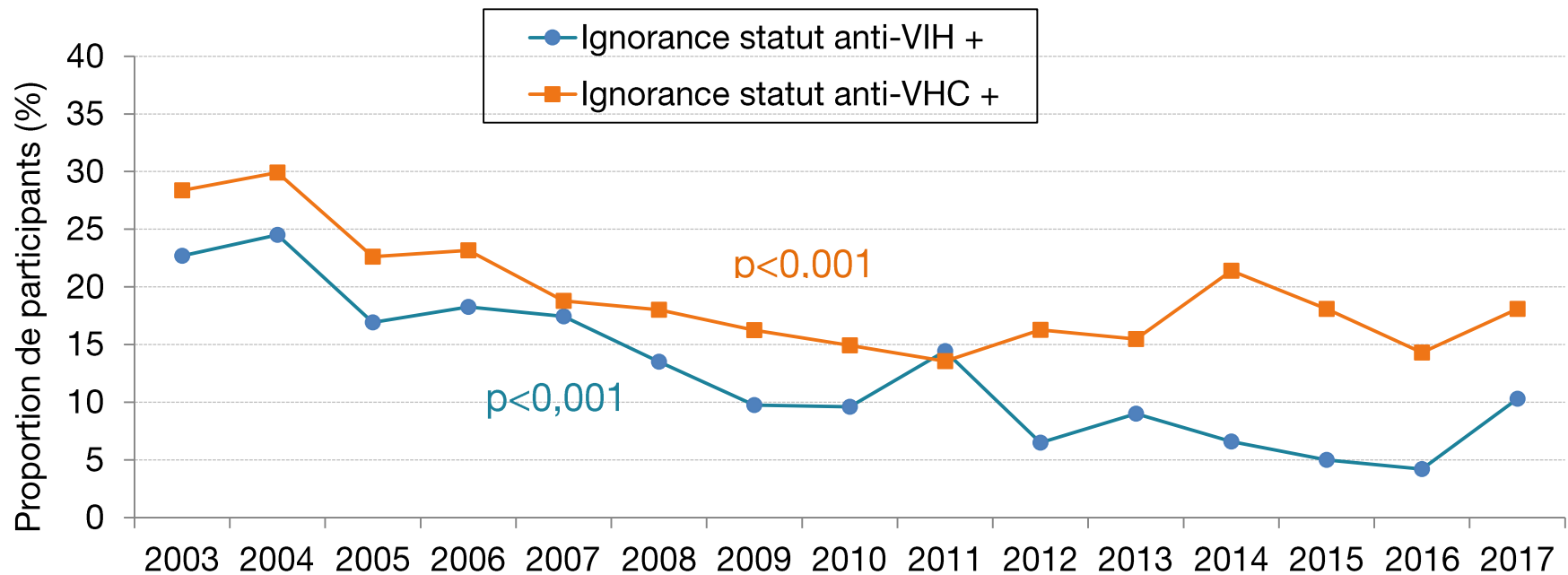


Dépistage des anti-VIH et des anti-VHC parmi les participants n'ayant jamais reçu un résultat positif, dernière année - Tendances 2003-2017



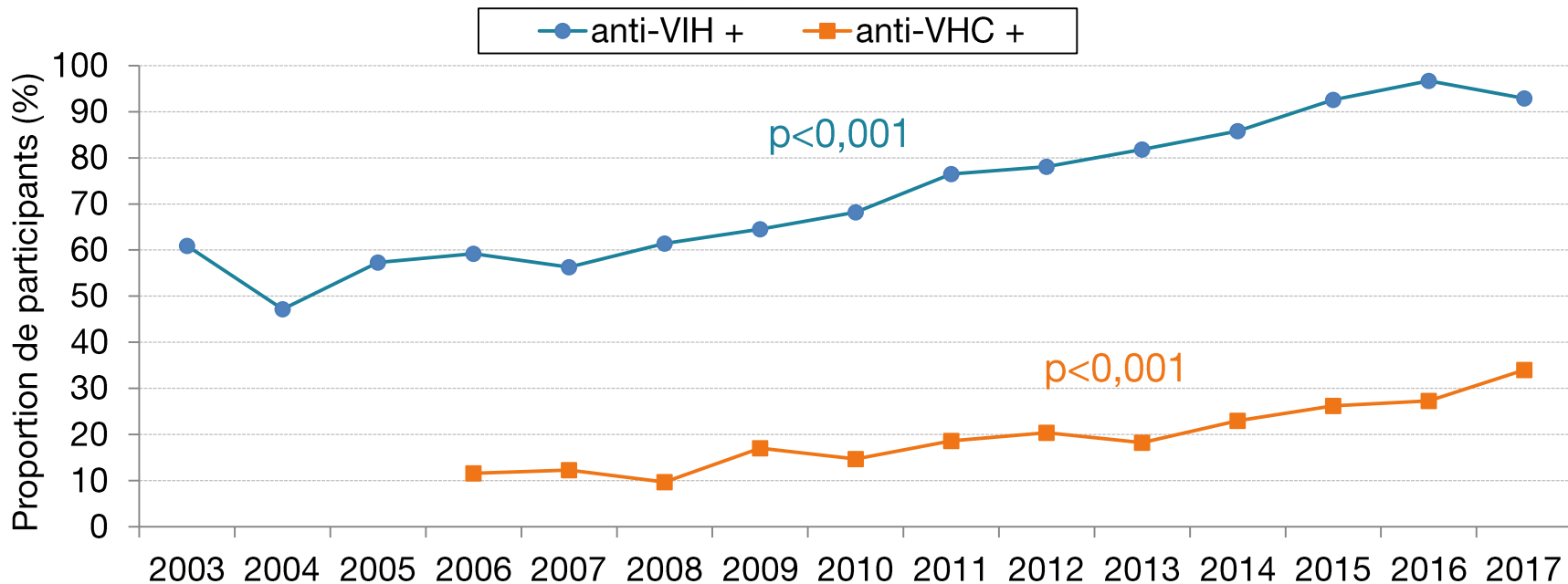
Tests par équations d'estimation généralisées.
Les valeurs-p sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.
Sélection de la première visite annuelle

Ignorance du statut d'infection positif parmi les participants trouvés séropositifs aux tests d'anticorps anti-VIH et anti-VHC - Tendances 2003-2017



Tests par équations d'estimation généralisées.
Les valeurs-p sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.
Sélection de la première visite annuelle

Tendances de prise actuelle de médicaments contre son infection par le VIH chez les participants qui se savent anti-VIH+ et de prise à vie de médicaments contre son infection par le VHC chez les participants qui se savent anti-VHC+, au cours des six derniers mois - Tendances 2003-2017



Tests par équations d'estimation généralisées.
Les valeurs-p sont celles des tests faits sur l'ensemble de la période.
Sélection de la première visite annuelle

Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS), de 2014 à 2018 --- ANNEXE 2

www.inspq.qc.ca

Informations sur la source de données

Depuis 1992, programme permettant d'obtenir gratuitement certains médicaments pour le traitement des ITS bactériennes, sur présentation de la carte d'assurance maladie et d'une ordonnance incluant un code spécifique

- Code K : personne atteinte
- Code L : cas contact

Variables disponibles: date du service, nom du médicament, dosage, quantité, etc., caractéristiques du bénéficiaire (âge, sexe, région de résidence), caractéristiques du prescripteur, montants payés, etc.

Limites

- Diagnostic non disponible
- Banque administrative dont la qualité dépend de beaucoup de facteurs
- Biais de classification pour certaines variables (ex.: code K et L inversés)
- Incomplet si l'ordonnance est remboursée hors programme (assureur privé ou régime public)

Programme de gratuité des médicaments contre les MTS

En 2018, 47 105 personnes ont reçu 57 813 ordonnances

- Ordonnance: les médicaments reçus à une même date de service par une même personne

MISE EN GARDE



Une ordonnance répétée¹⁰⁵ ne correspond pas nécessairement à un deuxième épisode d'infection étant donné qu'une personne peut avoir reçu plus d'une ordonnance lors d'un seul épisode infectieux pour diverses raisons cliniques (à titre d'exemples : ajustement de traitement d'une infection gonococcique à la suite du résultat de l'analyse de sensibilité, ajustement du traitement d'une infection à *Chlamydia trachomatis* à la suite de l'identification d'un génotype causant la LGV).

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

Programme de gratuité des médicaments contre les MTS

Nombre d'ordonnances par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2013 à 2018

Tableau 25 du rapport

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total de bénéficiaires ¹
2014	Hommes	18 406	3 064	84	21 554
	Femmes	15 876	2 107	12	17 995
	Total	34 282	5 171	96	39 549
2018	Hommes	21 898	4 886	218	27 002
	Femmes	17 530	2 557	16	20 103
	Total	39 428	7 443	234	47 105

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

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

Tableau 26 du rapport

	Femmes		Hommes		Total
	K - personne atteinte	L - cas contact	K - personne atteinte	L - cas contact	
2014	14 147	6 346	14 154	11 717	46 364
2018	16 112	7 078	19 734	14 889	57 813
Total	75 616	33 376	86 314	67 357	262 663

Combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2014 et 2018

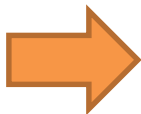
Tableau 28 du rapport

		2014	2018
Azithromycine 1 g prescrite seule 1 ^{er} choix infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> urétrale, endocervicale ou pharyngée ¹ , 2 ^e choix infection rectale ¹	Femmes	13 161	15 305
	Hommes	12 326	15 359
	Total	25 487	30 664
Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) prescrite seule 1 ^{er} choix infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> rectale traitement alternatif de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , urétrale, endocervicale ou pharyngée	Femmes	471	926
	Hommes	544	1 613
	Total	1 015	2 539
Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés)² 1 ^{er} choix infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> rectale traitement alternatif de l'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , urétrale, endocervicale ou pharyngée	Femmes	627	1 125
	Hommes	839	2 614
	Total	1 466	3 739
Céfixime 800 mg et azithromycine 1 g² 1 ^{er} choix infection gonococcique sauf infection gonococcique pharyngée	Femmes	2 683	3 396
	Hommes	5 884	7 517
	Total	8 567	10 913
Ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g² 1 ^{er} choix infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée	Femmes	120	311
	Hommes	1 581	4 831
	Total	1 701	5 142
Penicilline G benzathine² 2,4 millions d'unités 1 ^{er} choix syphilis infectieuse	Femmes	58	83
	Hommes	1 008	1 549
	Total	1 066	1 632

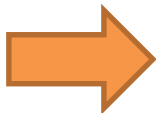
Voir le rapport pour plus de combinaisons de médicaments et autres résultats

Combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2014 et 2018 (suite)

La combinaison de ceftriaxone 250 mg IM, doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID semble être un traitement spécifique de l'atteinte inflammatoire pelvienne. Une hausse est observée chez les femmes.



Le déplacement d'azithromycine 2 g prescrite seule vers le traitement combiné avec gentamicine n'est pas aussi important qu'espéré pour l'année 2018, ce qui suggère un délai dans l'appropriation de cette nouvelle recommandation



		2014	2018
Doxycycline 100 mg BID^{1,2} (28 comprimés) traitement alternatif de la syphilis.	Femmes	1 007	1 098
	Hommes	324	442
	Total	1 331	1 540
Doxycycline 100 mg BID prescrite seule (28 comprimés) traitement alternatif de la syphilis	Femmes	489	318
	Hommes	223	290
	Total	712	608
Ceftriaxone 250 mg et doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID (dose totale de 14 000 mg) traitement syndromique de l'atteinte inflammatoire pelvienne	Femmes	35	163
	Hommes	2	1
	Total	37	164
Azithromycine 2 g prescrite seule traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie avant avril 2018	Femmes	841	537
	Hommes	1 088	572
	Total	1 929	1 109
Azithromycine 2 g et gentamicine 240 mg traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie à partir d'avril 2018	Femmes	0	7
	Hommes	0	50
	Total	0	57

Ce qu'il y a d'autre dans le portrait !

www.inspq.qc.ca

Plus de détails sur les données MADO !

- par groupes d'âge
- par région
- sur les tendances
- sur le programme de gratuité des médicaments pour les MTS (annexe 2)

Discussion et analyse des résultats

Autres documents d'intérêt sur l'épidémiologie des ITSS au Québec

Rapport du programme québécois de surveillance du VIH (INSPQ, 2017)

Rapport de surveillance des souches de NG résistantes aux antibiotiques (LSPQ/INSPQ, 2018)

Rapport et sommaire de vigie rehaussée de la syphilis chez les jeunes (BSV, MSSS, 2014)

Lymphogranulomatose vénérienne au Québec, Portrait épidémiologique (BSV, 2017)

Rapports et publications des études populationnelles

Rapport intégré ITSS (INSPQ , 2012)

Infocentre (Plan de surveillance)