

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2014 (et projections 2015)



MESSAGES CLÉS ET SOMMAIRE

Novembre 2015

Sylvie Venne, Gilles Lambert, Karine Blouin

Avec plus de 29 000 cas déclarés en 2014, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 75 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Principaux constats

- L'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique augmente de manière constante, en particulier chez les jeunes de 15 à 24 ans, hausse qui est plus prononcée chez les jeunes hommes.
 - Cette hausse de cas déclarés pourrait être expliquée en bonne partie par une augmentation du nombre de tests de détection effectués pour ces infections au Québec.
- La résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement de cette infection pose plusieurs défis, notamment celui d'assurer la surveillance des résistances (et des échecs au traitement pouvant en résulter) et celui d'être en mesure de proposer de nouveaux schémas thérapeutiques, advenant l'extension des résistances.
- Près de la moitié (47 %) des infections gonococciques chez les hommes sont des infections uniquement rectales ou pharyngées.
- L'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal, touche maintenant la plupart des régions du Québec. La hausse importante observée au cours des dernières années semble maintenant se stabiliser.
- Une recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne est observée depuis le printemps 2013. Cette hausse s'est d'ailleurs fortement intensifiée en 2014 et 2015.
- Le taux d'incidence de cas déclarés d'hépatite B s'est stabilisé depuis quelques années au Québec, ce qui souligne l'importance de poursuivre la vaccination contre l'hépatite B, notamment auprès des personnes à risque qui n'ont pas bénéficié du programme en milieu scolaire.
- Environ 1 100 cas d'hépatite C sont déclarés en 2014, ce nombre venant accroître le bassin de personnes infectées et appuyer l'importance de l'accès au traitement pour prévenir les complications hépatiques.

- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH diminue. Une tendance à la hausse a été observée entre 2009 et 2013 chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) de 15 à 24 ans, mais cette augmentation ne semble pas se poursuivre en 2014. Cette tendance doit être interprétée avec prudence puisqu'il s'agit d'un faible nombre de cas.

Populations particulièrement touchées

Puisque certaines ITSS sont beaucoup plus fréquentes au sein de ces populations que dans la population générale, les personnes qui en font partie sont beaucoup plus susceptibles d'être exposées à un partenaire déjà infecté et donc de contracter l'infection. Certains comportements qui posent un plus grand risque de transmission sont plus fréquents chez ces populations (usage de drogues par injection, relations anales et relations sexuelles avec de multiples partenaires)¹. Enfin, des facteurs sociaux et économiques ainsi que des caractéristiques individuelles particulières, notamment l'accès à des ressources et des services, la stigmatisation, l'âge et le genre peuvent influencer à la baisse la capacité et la motivation des populations vulnérables à adopter ou à conserver des comportements sécuritaires ainsi qu'à recourir aux soins préventifs et curatifs recommandés.

- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, l'âge au premier rapport sexuel, le nombre de partenaires sexuels ainsi que l'usage des méthodes de protection n'auraient pas significativement changé au cours des dernières années.
- Un malaise à discuter de ses activités sexuelles avec un médecin ou une infirmière, la honte de passer des tests ITSS et la crainte de devoir faire face à un résultat réactif constituent des barrières au dépistage des ITSS pour beaucoup de jeunes adultes. L'offre de dépistage en établissement scolaire apparaît restreinte, alors qu'elle pourrait permettre de contourner certaines des difficultés d'accès vécues notamment par les hommes.
- Les ITSS sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes en difficulté (jeunes de la rue, jeunes hébergés en centre jeunesse) que chez les jeunes dans la population générale.
- Les UDI sont parmi les personnes les plus touchées par le virus de l'hépatite C et par le VIH. Plusieurs enjeux d'accès au traitement de l'hépatite C concernent particulièrement cette population. Parmi les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI), l'injection de cocaïne ou de crack a diminué au cours des dernières années, alors que l'injection de médicaments opioïdes a augmenté de façon importante. La proportion d'UDI qui déclarent avoir utilisé des seringues déjà utilisées par quelqu'un d'autre est en constante diminution et à son plus bas en 2013.
- Les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par le VIH, la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne; en outre, ils représentent une proportion très importante des cas d'infection gonococcique.
- Parmi les personnes incarcérées dans des centres de détention de juridiction québécoise, près du tiers de celles qui sont infectées par le VIH et 12 % de celles infectées par le VHC ignorent qu'elles le sont. Parmi celles se sachant infectées par le VHC, une très faible proportion ont rencontré un médecin ou pris des médicaments avant l'incarcération, et moins de 3 % sont traitées en prison. Le tatouage en prison est significativement associé avec le VHC chez les personnes non-UDI.
- La prévalence du VIH observée lors d'une étude récente auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones était de 1,4 %, soit une prévalence similaire à celle de 1,3 % mise en évidence dans la communauté haïtienne entre 1994-1996, et environ sept fois plus élevée que celle estimée dans la population générale (0,24 %).

¹ Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. *Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH: une mise à jour : connaître son épidémie*
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93397/1/9789242505825_fre.pdf?ua=1, 2013.

Pistes d'action

Les constats issus de la surveillance des ITSS confirment la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux prévenir, dépister et traiter les ITSS. Les actions proposées ici et dans les éditions précédentes du Portrait font écho aux perspectives d'intervention issues du *Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec* :

- « Mieux connaître l'épidémiologie des ITSS » afin d'adapter l'intervention aux caractéristiques et aux besoins des personnes touchées ou à risque. Il faut mieux comprendre pour prévenir, dépister ainsi que traiter plus et mieux.
- « Prévenir plus et mieux » : il faut poursuivre et intensifier les efforts relatifs à la prévention auprès de chacune des populations particulièrement touchées et adapter les stratégies et les approches de prévention aux diverses réalités de ces populations.
- « Dépister plus et mieux » et « Traiter plus et mieux » : en plus de poursuivre les efforts pour rendre le dépistage plus accessible et acceptable, il serait important de favoriser l'accès des personnes présentant certains facteurs de risque, des personnes infectées et de leurs partenaires à un dépistage précoce et à un traitement efficace, le cas échéant.
- « Assurer une intervention préventive auprès des personnes infectées et auprès de leurs partenaires sexuels » : il est essentiel que les professionnels de la santé discutent avec leurs patients de l'importance d'aviser leurs partenaires et qu'ils les soutiennent dans cette démarche. Une intervention plus intense et soutenue par un professionnel de santé publique spécifiquement formé à cet effet est également possible pour les cas priorités par les directions de santé publique.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2010, 2014 et projections pour 2015

Infections	Province de Québec					
	2010		2014		2015p ^a	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bactériennes						
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	17 362	219,0	23 198	282,1	24 335	293,5
< 1 an – Sexes réunis ^b	5	5,7	5	5,6	0	0,0
15-24 ans – Hommes	2 749	536,3	4 059	804,2	4 355	880,3
15-24 ans – Femmes	8 648	1 734,9	10 565	2 140,4	10 634	2 204,7
Lymphogranulomatose vénérienne	12	0,2	62	0,8	115	1,4
Infection gonococcique	2 064	26,0	3 292	40,0	3 569	43,1
< 1 an – Sexes réunis	1	1,1	2	2,3	2	1,8
15-24 ans – Hommes	458	89,3	705	139,6	686	138,6
15-24 ans – Femmes	427	85,7	541	109,5	626	129,9
Syphilis infectieuse^c	548	6,9	586	7,1	571	6,9
15-24 ans – Hommes	76	12,6	79	15,6	81	15,7
15-24 ans – Femmes	9	1,5	13	2,6	2	0,3
Syphilis congénitale	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Virales						
Hépatite B^d	875	11,0	931	11,3	894	10,8
aiguë	22	0,3	19	0,2	13	0,2
< 1 an – Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hépatite C^e	1 429	18,0	1 116	13,6	1 046	12,6
< 1 an – Sexes réunis	1	1,1	2	2,3	7	7,4
Infection par le VIH^f	341	4,3	278	3,4	nd	nd
Transmission mère-enfant ^g	3		0		nd	nd
HARSAH ^h	219	nd	172	nd	nd	nd
Résultats d'études auprès de populations spécifiques						
UDI - incidence du VHC (anticorps)	1997-2014 : 22,1 pour 100 personnes-années (2009 : 16,9; 2010 : 16,1; 2011 : 12,8; 2012 : 18,3)					
UDI - incidence du VIH	1995-2014 : 2,2 pour 100 personnes-années (2009 : 0,8; 2010 : 1,0; 2011 : 0,7; 2012 : 0,8)					
HARSAH - incidence du VIH	2008-2009: 1,3 pour 100 personnes-années					

^a Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 222 premiers jours de l'année (période du 4^{er} janvier au 15 août 2015).

^b Pour ce groupe d'âge, comprend tous les cas d'infection à *C. trachomatis* (génitale, oculaire et pulmonaire).

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

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

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

^f Nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Pour l'année 2014, ce nombre inclut 65 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédentes où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.

^g Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

^h Pour l'année 2014, le nombre inclut 7 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédentes où seuls les cas sans NAM pouvaient être enregistrés.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Institut national de santé publique du Québec (Programme de surveillance du VIH au Québec), Étude SurVUDI et Étude ARGUS, et Agence de la santé publique du Canada.

Tableau 2 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2014

Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ^a		Hépatite B ^b		Hépatite C ^c		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ^d
17	3 939,3	17	1 458,9	6	17,0	6	28,6	15	23,1	6	8,5
18	2 089,8	18	230,3	3	9,4	Qc	11,3	6	21,1	17	8,2
5	403,3	6	87,2	Qc	7,1	7	11,2	5	16,9	Qc	3,4
9	332,5	Qc	40,0	8	6,7	13	10,9	8	15,8	13	2,9
4	322,4	14	32,1	5	5,9	5	9,7	10	14,1	3	2,8
15	317,3	13	29,9	14	4,8	3	7,7	Qc	13,6	7	2,6
6	303,0	16	26,1	7	3,9	16	6,7	7	12,7	5	2,5
14	299,4	15	25,9	12	3,3	8	4,0	3	11,8	8	2,1
Qc	282,1	3	24,0	16	3,3	1	3,5	13	11,8	16	2,0
3	278,1	7	23,2	15	2,9	14	3,4	14	11,7	4	1,6
8	269,8	5	19,0	4	2,8	4	3,3	4	9,9	12	1,5
7	258,8	4	16,9	13	2,2	9	3,1	9	9,4	9	1,1
2	247,9	8	15,5	1	2,0	2	2,9	11	9,1	14	1,0
16	227,2	2	7,9	2	1,1	12	2,9	16	8,2	15	0,9
13	218,1	11	7,5	9	1,0	15	2,6	2	6,6	2	0,7
1	194,5	9	7,3	10	0,0	11	2,1	18	5,8	1	0,5
10	186,5	12	6,2	11	0,0	10	0,0	12	5,5	10	0,0
12	166,5	1	5,0	17	0,0	17	0,0	1	3,0	11	0,0
11	148,3	10	0,0	18	0,0	18	0,0	17	0,0	18	0,0

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

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

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

^d Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2014. Ce nombre inclut 25 cas sans NAM qui ont pu être enregistrés en 2014. Parmi ceux-ci, 18 étaient de la région 6, 2 pour chacune des régions 16 et 7 et 1 pour chacune des régions 3, 5 et 12

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

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) extraites à l'Infocentre le 6 juillet 2015.

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2015.

EFFECTIFS DE POPULATION PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE, 2014

RSS = Région sociosanitaire	Effectifs population	RSS = Région sociosanitaire	Effectifs population		
01	Bas-Saint-Laurent	200 989	11	Gaspésie–Îles-de-la Madeleine	93 069
02	Saguenay–Lac-Saint-Jean	278 308	12	Chaudière Appalaches	420 897
03	Capitale-Nationale	730 949	13	Laval	423 450
04	Mauricie et Centre-du-Québec	507 967	14	Lanaudière	495 924
05	Estrie	320 324	15	Laurentides	588 062
06	Montréal	1 976 370	16	Montérégie	1 513 985
07	Outaouais	385 297	17	Nunavik	12 921
08	Abitibi-Témiscamingue	148 279	18	Terres-Cries-de-la Baie-James	17 370
09	Côte-Nord	95 488	QC	Province de Québec	8 223 857
10	Nord-du-Québec	14 208			

Références

Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. *Lignes directrices pour la surveillance de deuxième génération de l'infection à VIH: une mise à jour : connaître son épidémie*
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93397/1/9789242505825_fre.pdf?ua=1, 2013.

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2014 (et projections 2015)

AUTEURS

Sylvie Venne, médecin-conseil, Service de lutte contre les ITSS
Direction de la prévention et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Gilles Lambert, médecin-conseil
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

Karine Blouin, conseillère scientifique,
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Karine Blouin, conseillère scientifique,
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

©Gouvernement du Québec (2015)

N° de publication : 2067 – Sommaire