



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

ANNÉE 2015 (ET PROJECTIONS 2016)

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

ANNÉE 2015 (ET PROJECTIONS 2016)

RAPPORT

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Novembre 2016

AUTEURS

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

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

SOUS LA COORDINATION DE

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

AVEC LA COLLABORATION DE

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

MISE EN PAGE

Isabelle Petillot, technicienne administrative
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.

Dépôt légal – 1^{er} trimestre 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISSN : 2368-7126 (PDF)
ISBN : 978-2-550-77397-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2017)

Remerciements

Nous remercions les cliniciens et le personnel des laboratoires de microbiologie, des centres de santé et de services sociaux 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 du Bureau de surveillance et de vigie, notamment Marc Fiset pour la production de données sur la vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne. Nous soulignons également la collaboration de nos collègues du Service de lutte contre les ITSS, de l'Institut national de santé publique du Québec et du Laboratoire de santé publique du Québec, notamment Brigitte Lefebvre pour les informations sur la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* au Québec, et Riyas Fadel pour ses commentaires sur certaines sections.

Table des matières

Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	VII
Liste des sigles et acronymes	IX
Sommaire	1
1 Introduction	7
2 Notes méthodologiques	9
Infections transmissibles sexuellement et par le sang.....	13
3 Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	15
4 Infection gonococcique : premiers cas de non-sensibilité à la céfixime.....	23
5 Syphilis infectieuse	33
6 Lymphogranulomatose vénérienne.....	43
7 Hépatite B	51
8 Hépatite C	57
9 Infection par le VIH.....	63
Populations particulièrement touchées	75
10 Contexte.....	77
11 Prévalence et incidence de l'infection par le VIH	79
12 Cascade de soins.....	81
Annexe 1 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2015.....	85
Annexe 2 Données du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS), de 2011 à 2015	91
Annexe 3 Indicateurs de comportements associés aux ITSS parmi diverses populations québécoises	101

Liste des tableaux

Tableau 1	Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2011, 2015 et projections pour 2016.....	4
Tableau 2	Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2015.....	5
Tableau 3	Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> aux sites extragénitaux, Québec, 2015.....	15
Tableau 4	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p.....	19
Tableau 5	Infections gonococciques aux sites extragénitaux, Québec, 2015.....	23
Tableau 6	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p.....	29
Tableau 7	Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, années 2011 et 2015.....	36
Tableau 8	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 2011 à 2016p.....	40
Tableau 9	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p.....	48
Tableau 10	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p.....	54
Tableau 11	Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p.....	60
Tableau 12	Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2015.....	66
Tableau 13	Infection par le VIH : nombre et proportion de cas par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2015.....	67
Tableau 14	Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2015.....	69
Tableau 15	Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2011 à 2015.....	72
Tableau 16	Prévalence du VIH dans différents groupes de la population.....	80
Tableau 17	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les hommes, Québec, 2015.....	87
Tableau 18	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les femmes, Québec, 2015.....	88
Tableau 19	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2015.....	89
Tableau 20	Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contact (code L), Province, 2011 à 2015.....	95
Tableau 21	Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2015.....	95

Tableau 22	Répartition du nombre de médicaments selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2015	95
Tableau 23	Nombre de médicaments selon la nature du cas (codes K - personne atteinte et L - cas contact) et le sexe, Province, 2011 à 2015.....	96
Tableau 24	Nombre de bénéficiaires ayant reçu des services selon le sexe, Province, 2011 à 2015.....	96
Tableau 25	Nombre d'ordonnances par bénéficiaires et nombre de bénéficiaires différents chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2011 à 2015.....	96
Tableau 26	Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2011 à 2015	97
Tableau 27	PIXEL : Enquête sur la santé sexuelle des jeunes adultes québécois - volet des jeunes recrutés en milieu scolaire, 2013-2014	103
Tableau 28	Étude « Sexe, drogue et autres questions de santé » sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement auprès des jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec, 2008-2009.....	105
Tableau 29	Surveillance des ITSS et des comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal, 2011-2012.....	106
Tableau 30	Étude ARGUS, Hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation, 2008-2009	107
Tableau 31	Réseau SurvUDI : surveillance des maladies infectieuses chez les personnes utilisatrices de drogue par injection, 1995-2015 (au 31 mars 2015).....	109
Tableau 32	Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux du Québec, 2014-2015.....	111
Tableau 33	Étude de surveillance de seconde génération auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones, 2013-2014	113
Tableau 34	Étude de surveillance biologique et comportementale chez les québécois d'origine haïtienne, 2007	115
Tableau 35	Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des Premières Nations, 2009-2010	116

Liste des figures

Figure 1	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, de 1996 à 2016p	17
Figure 2	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015	17
Figure 3	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2006 à 2016p	18
Figure 4	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2006 à 2016p	18
Figure 5	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1996 à 2016p	27
Figure 6	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015	27
Figure 7	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2006 à 2016p	28
Figure 8	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2006 à 2016p	28
Figure 9	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1996 à 2016p	37
Figure 10	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1996 à 2016p	37
Figure 11	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015	38
Figure 12	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2006 à 2016p	39
Figure 13	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2006 à 2016p	39
Figure 14	Lymphogranulomatose vénérienne : répartition des cas déclarés selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2015 (N = 338)	45
Figure 15	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2016p	46
Figure 16	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2015	47
Figure 17	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1996 à 2016p	52
Figure 18	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2015	53
Figure 19	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1996 à 2016p	53
Figure 20	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1996 à 2016p	58
Figure 21	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015	58

Figure 22	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2006 à 2016p	59
Figure 23	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 ans et plus, Québec, de 2006 à 2015.....	71
Figure 24	Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 ans et plus, Québec, de 2006 à 2015.....	71
Figure 25	Éléments de la cascade de soins des infections par le VIH, pour les participants recrutés du 1 ^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et du 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2015, réseau SurvUDI	83

Liste des sigles et acronymes

HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
LSPQ	Laboratoire de santé publique du Québec
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
UDI	Utilisateur de drogues par injection
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

Sommaire

Principaux constats

- **L'infection à *Chlamydia trachomatis*** est la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Elle touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans. L'incidence des cas déclarés augmente de manière constante, surtout chez les hommes. Cette hausse de cas déclarés pourrait être expliquée en partie par l'évolution des méthodes de détection de cette infection.
- Le taux d'incidence et le nombre de cas déclarés **d'infection gonococcique** ont plus que doublé entre 2011 et 2015. Cette hausse semble s'accroître en 2016 chez les hommes. La hausse rapide et importante du nombre de cas déclarés d'infection gonococcique semble expliquée en partie par la possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales grâce à des analyses plus sensibles que la culture. Le nombre d'infections extragénitales déclarées en 2015 est sept fois plus élevé qu'en 2011. La progression de 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 schémas thérapeutiques efficaces.
- Même si la hausse réelle de l'incidence de l'infection à ***Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique** est possiblement de moindre envergure que la hausse observée des cas déclarés, il est indéniable que ces infections sont extrêmement fréquentes, particulièrement chez les jeunes, et force est de constater que l'épidémie se poursuit. En fait, une meilleure détection des cas nous permet probablement d'avoir un portrait de plus en plus juste de l'ampleur de cette épidémie même si elle est probablement encore sous-estimée.
- 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 est inquiétante et touche surtout les hommes. Toutefois les femmes ne sont pas épargnées, notamment celles en âge de procréer, ce qui rend possible la survenue de syphilis congénitale.
- Une recrudescence de la **lymphogranulomatose vénérienne** est observée depuis le printemps 2013 et touche presque exclusivement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Cette hausse s'est d'ailleurs fortement intensifiée en 2014 et en 2015. Le nombre de cas projetés pour l'année 2016 est légèrement supérieur à celui de l'année 2015.
- Le taux de cas déclarés d'**hépatite B** (de stade aigu, chronique ou non précisé) a diminué de 59 % entre 1994 et 2011. Depuis 2011, le taux est plutôt stable. Le virus de l'hépatite B est toujours présent au Québec, ce qui justifie de poursuivre les efforts pour augmenter la couverture du programme universel de vaccination en milieu scolaire et pour promouvoir la vaccination auprès des groupes de personnes davantage à risque.
- Environ 1 100 cas d'**hépatite C** (de stade aigu ou de stade non précisé) ont été déclarés en 2015. L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les utilisateurs de drogues ainsi que la sous-estimation du nombre réel de cas aigus constituent des enjeux reconnus. D'autres enjeux sont de plus en plus préoccupants : la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les HARSAH qui sont aussi des PVVIH, la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI).

- 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 et 2015. Cette tendance doit être interprétée avec prudence puisqu'il s'agit d'un faible nombre de cas.

Populations particulièrement touchées

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs ITSS : les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue), les hommes gais et autres HARSAH, les personnes qui utilisent des drogues, les personnes incarcérées, les Québécois originaires de régions où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, les Autochtones ainsi que les travailleurs et travailleuses du sexe. Cela s'explique par une vulnérabilité physiologique ou sociale, par une prévalence plus élevée des ITSS à l'intérieur même du groupe, par des pratiques qui augmentent le risque d'être exposé ou encore par un accès limité à des ressources et services.

- Les personnes UDI sont particulièrement affectées par le virus de l'hépatite C et par le VIH. Une hausse encourageante de la proportion de personnes UDI ayant consulté un médecin récemment pour leur infection par le VIH et prenant des médicaments contre le VIH a été observée au cours des dix dernières années.
- Les hommes gais 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. Chez les HARSAH et chez les autres groupes de population, les indicateurs de la « cascade de soins » en regard du VIH sont peu documentés (notamment le moment d'initiation de la thérapie antirétrovirale et le niveau d'adhésion à cette thérapie ainsi que le niveau de la charge virale des personnes infectées).
- 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 7 fois plus élevée que celle de la population générale (0,2 %) et environ 10 fois moins élevée que celle observée parmi les UDI (14,0 %) et les HARSAH (13,5 %).
- La proportion de personnes ignorant qu'elles sont infectées par le VIH varie selon le groupe de population. Globalement, on estime que 21,7 % des 19 870 personnes vivant avec le VIH en 2014 au Québec ignoraient qu'elles étaient infectées.

Pistes d'action¹

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 ITSS. La prévention des ITSS est l'un des objectifs poursuivis par le [Programme national de santé publique 2015-2025](#)² (PNSP), lequel définit l'offre de services de santé publique déployée par le réseau de la santé et des services sociaux.

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. Une telle approche intégrée repose sur un ensemble d'actions qui couvre le continuum des interventions au regard des ITSS et peut se résumer par trois actions clés : joindre, dépister et détecter, traiter.

Joindre implique des interventions de promotion et de prévention. Les interventions de promotion visent à influencer positivement et en amont les déterminants de la santé sexuelle et de la consommation de substances psychoactives. Les interventions de prévention favorisent la réduction des facteurs de risque associés aux ITSS. Elles visent l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires et de comportements à risques réduits.

Dépister et détecter sont des interventions plus ciblées qui visent à joindre efficacement les personnes à risque afin d'identifier les personnes infectées. Les ITSS sont souvent asymptomatiques. Le déploiement d'approches adaptées aux besoins et caractéristiques des groupes vulnérables est d'une grande importance. Par ailleurs, l'évaluation régulière des facteurs de risque des personnes actives sexuellement permet le dépistage des infections chez les personnes qui ne font pas partie des groupes vulnérables. La reconnaissance des signes et des symptômes des ITSS par les professionnels de la santé est le complément essentiel du dépistage pour favoriser une détection précoce des personnes infectées.

Traiter regroupe le suivi et le traitement des personnes infectées et de leurs partenaires. Ces interventions sont primordiales afin de briser la chaîne de transmission et de prévenir les complications des infections. Le suivi ainsi que le traitement efficace et en temps opportun dépendent de la mobilisation de l'ensemble des professionnels de la santé habilités à intervenir et de l'existence de corridors de service efficaces.

En parallèle à ces trois actions clés, s'ajoutent des actions transversales notamment en :

- surveillance pour favoriser l'appropriation et l'utilisation des données de surveillance pour soutenir la planification et l'évaluation des actions;
- gestion pour contrer le travail en silo, optimiser l'utilisation des ressources et améliorer la réponse aux besoins de la population;
- protection pour consolider l'intervention préventive de santé publique à la suite de la déclaration d'une ITSS;

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. Document complémentaire. Document de travail inédit.*

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/>

- création d'environnements favorables en collaborant à la création d'environnements sains et sécuritaires et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la prévention des ITSS.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2011, 2015 et projections pour 2016

Infections	Province de Québec					
	2011		2015		2016p ^a	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
Bactériennes						
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	19 167	239,4	24 449	294,9	24 971	298,8
■ < 1 an – Sexes réunis ^b	8	9,0	3	3,4	2	1,8
■ 15-24 ans – Hommes	3 188	620,5	4 310	871,1	4 242	877,5
■ 15-24 ans – Femmes	9 547	1 900,1	10 563	2 189,9	10 453	2 227,8
Lymphogranulomatose vénérienne	13	0,2	107	1,3	118	1,4
Infection gonococcique	1 873	23,4	3 926	47,4	4 911	58,8
■ < 1 an – Sexes réunis	0	0,0	1	1,1	2	1,8
■ 15-24 ans – Hommes	404	78,6	756	152,8	898	185,7
■ 15-24 ans – Femmes	422	84,0	609	126,3	455	97,1
Syphilis infectieuse^c	647	8,1	737	8,9	894	10,7
■ 15-24 ans – Hommes	115	22,4	92	18,6	79	16,3
■ 15-24 ans – Femmes	11	2,2	5	1,0	12	2,5
Syphilis congénitale	1	0,6	0	0,0	2	0,9
Virales						
Hépatite B^d	862	10,8	884	10,7	922	11,0
■ aiguë	22	0,3	11	0,1	12	0,1
■ < 1 an – Sexes réunis	2	2,3	0	0,0	0	0,0
Hépatite C^e	1 344	16,8	1 073	12,9	1 113	13,3
■ < 1 an – Sexes réunis	1	1,1	6	6,7	0	0,0
Infection par le VIH^f	321	4,0	299	3,6	nd	nd
■ Transmission mère-enfant ^g	0		1		nd	nd
■ HARSAH ^h	199	nd	188	nd	nd	nd
Résultats d'études auprès de populations spécifiques						
UDI - incidence du VHC (anticorps)	1997-2015 : 21,9 pour 100 personnes-années (2010 : 15,3; 2011 : 12,1; 2012 : 17,3; 2013 : 21,6)					
UDI - incidence du VIH	1995-2015 : 2,1 pour 100 personnes-années (2010 : 1,0; 2011 : 0,6; 2012 : 0,8; 2013: 0,7)					
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.

^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 2015, ce nombre inclus 31 nouveaux diagnostics sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédant 2012 où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.

^g Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

^h Pour l'année 2015, le nombre inclus 12 nouveaux diagnostics sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédant 2012 où seuls les cas avec 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), Réseau SurvUDI, Étude ARGUS.

Tableau 2 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2015

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	4 194,0	17	1 891,1	6	21,5	6	25,2	6	18,5	6	8,8
18	2 044,1	18	243,5	3	9,5	10	14,2	15	17,5	Qc	3,6
8	360,7	6	110,5	QC	8,9	13	11,6	7	16,9	9	3,1
9	340,7	QC	47,4	5	5,9	QC	10,7	5	15,1	3	2,9
4	333,2	13	33,8	14	5,8	3	9,8	10	14,2	16	2,6
15	318,7	16	31,8	2	5,7	7	8,5	QC	12,9	14	2,4
6	315,7	14	29,8	16	5,0	5	7,8	8	12,8	13	2,3
14	305,1	15	29,7	15	4,5	16	6,8	3	11,9	15	2,2
QC	294,9	7	23,4	12	4,0	18	5,7	9	11,5	8	2,0
5	291,1	3	20,9	4	3,7	4	4,5	18	11,3	4	1,6
3	290,9	4	18,4	13	3,5	2	4,3	4	11,2	1	1,5
7	275,0	8	16,8	1	3,0	15	3,9	11	10,8	2	1,4
16	255,4	5	14,9	7	2,3	11	3,2	13	10,0	7	1,0
13	252,9	10	14,2	8	1,3	14	3,2	14	8,9	5	0,8
2	240,2	9	10,5	11	1,1	8	2,7	16	8,6	12	0,7
10	212,4	2	8,6	9	0,0	12	2,4	2	8,3	10	0,0
1	199,6	12	7,8	10	0,0	1	1,5	1	7,5	11	0,0
12	190,8	1	7,0	17	0,0	9	0,0	12	7,1	17	0,0
11	163,7	11	6,5	18	0,0	17	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 2015. Ce nombre inclut 31 cas de nouveaux diagnostics sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédant 2012 où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.

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

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

Données tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2016.

EFFECTIFS DE POPULATION PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE, 2015

	RSS = Région sociosanitaire	Effectifs population	RSS = Région sociosanitaire	Effectifs population	
01	Bas-Saint-Laurent	200 920	11	Gaspésie-Iles-de-la Madeleine	95 404
02	Saguenay—Lac-Saint-Jean	278 560	12	Chaudière Appalaches	423 065
03	Capitale-Nationale	736 787	13	Laval	429 430
04	Mauricie et Centre-du-Québec	510 163	14	Lanaudière	502 846
05	Estrie	476 108	15	Laurentides	595 202
06	Montréal	1 992 106	16	Montérégie	1 374 896
07	Outaouais	389 496	17	Nunavik	13 114
08	Abitibi-Témiscamingue	148 596	18	Terres-Cries-de-la Baie-James	17 661
09	Côte-Nord	95 404			
10	Nord-du-Québec	14 122	QC	Province de Québec	8 291 355

1 Introduction

Le présent portrait s'inscrit dans le cadre du *Programme national de santé publique*³. 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 lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Il vise à fournir de l'information sur l'émergence, l'ampleur ainsi que la progression de ces infections et de leurs déterminants afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

Il fait état de la situation épidémiologique de l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse, 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 publique⁴. Elles doivent être déclarées au directeur de santé publique soit par les médecins, soit par les directeurs des laboratoires de biologie médicale, soit par les deux. La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, l'infection génitale 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 dépistage 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. Le dernier cas de chancre mou déclaré au Québec l'a été en 2007 et aucun cas de granulome inguinal n'a été déclaré au cours des cinq dernières années.

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.

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.

³ Ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction générale de la santé publique (2016) *Programme national de santé publique 2015-2025* - Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique, 85 p.

⁴ QUÉBEC, *Loi sur la santé publique : LRQ, chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} novembre 2013*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, [En ligne], [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].

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 séparées 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 bien 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 1990-2015

Pour les années CDC 1995 à 2015 (du 1^{er} janvier 1995 au 2 janvier 2016), 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 9 juin 2016.

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 (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 également 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 2016

Les projections pour l'année 2016 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC, soit entre le 3 janvier et le 13 août 2016, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-uniens pour l'année 2016 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du fichier des MADO le 26 septembre 2016 – sauf celles qui concernent la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne, dont l'extraction a été effectuée le 17 octobre 2016.

2.5 Calcul des taux

Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux du MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mars 2015) selon la table de correspondance des territoires 2014-2015 de la version M34-2014. Les données ont été tirées du rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique, le 15 juin 2016. Mise à jour de l'indicateur le 3 février 2016.

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 génitale 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 génitale 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. Si plusieurs sites se sont révélés positifs dans un même épisode, ils peuvent avoir été inscrits distinctement dans le fichier (site 1, site 2, et ainsi de suite). Toutefois, les pratiques de saisie des données dans ce fichier peuvent différer selon les Directions de santé publique régionales. En plus de ces limites, des erreurs de saisie sont présentes, comme dans toute banque de données. Par exemple, en 2015, on retrouve 54 cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* et 2 cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MADDO est le col utérin. Pour une meilleure analyse des données sur les sites où l'infection a été détectée, une meilleure standardisation de la saisie de cette variable est souhaitable.

2.7 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale

Au niveau régional et local, des enquêtes épidémiologiques peuvent être réalisées pour certaines situations prioritaires, tel que décrit dans le guide d'intervention sur les ITS à déclaration obligatoire⁸.

Les informations complémentaires recueillies lors des enquêtes épidémiologiques peuvent servir à mieux caractériser les cas (p. ex. : facteurs d'exposition, aspects cliniques). Ces informations peuvent être utilisées afin de mieux cibler les interventions en réponse à certaines menaces à la santé ou lors d'épidémies émergentes. Le cadre législatif actuel ne permet pas que ces données soient systématiquement transmises au directeur national de santé publique pour établir un portrait à l'échelle de la province, sauf dans un contexte de vigie intensifiée et avec l'accord des directions de santé publique.

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

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

⁸ 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.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

3 Infection génitale 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. Cette infection est répartie dans toutes les régions du Québec.

3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2015

- L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 24 449 cas déclarés en 2015 (taux de 294,9 pour 100 000 personnes), dont 63 % sont des femmes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 69 % des cas féminins et 48 % des cas masculins. Le taux d'incidence dans ce groupe d'âge (1 523,4 pour 100 000) est 12 fois plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (129,2 pour 100 000).
- Parmi les hommes, ceux âgés de 20 à 24 ans ont les taux les plus élevés (1 155,6 pour 100 000), suivis de ceux âgés de 25 à 29 ans (691,5 pour 100 000). Les hommes de 15 à 19 ans ont des taux plus faibles (521,6 pour 100 000).
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont chez celles âgées de 15 à 24 ans (2 189,9 pour 100 000).
- Parmi les hommes pour lesquels l'information est connue :
 - 11 % ont une infection au site rectal;
 - 2 % ont une infection au site pharyngé;
 - 12 % ont une infection seulement à un site extra-génital (rectum et/ou pharynx).
- Parmi les femmes pour lesquelles l'information est connue :
 - 0,4 % ont une infection au site rectal;
 - 0,3 % ont une infection au site pharyngé;
 - 0,5 % ont une infection seulement à un site extra-génital (rectum et/ou pharynx).

Tableau 3 Infections à *Chlamydia trachomatis* aux sites extragénitaux, Québec, 2015

Cas avec information disponible sur le site*	Hommes N = 8 335 n (%)	Femmes N = 14 042 n (%)
Site anus-rectum**	929 (11 %)	52 (0,4 %)
<i>Seulement Anus-rectum</i>	820 (10 %)	31 (0,2 %)
<i>Seulement Anus-rectum et pharynx</i>	25 (0,3 %)	0
Site pharynx**	165 (2 %)	44 (0,3 %)
<i>Seulement Pharynx</i>	116 (1,4 %)	25 (0,2 %)
Sites extragénitaux**	1 058 (13 %)	96 (0,7 %)
<i>Seulement sites extragénitaux</i>	961 (12 %)	75 (0,5 %)

* Hommes : 627 cas pour lesquels le site est manquant et 55 cas pour lesquels l'information est invalide (col utérin, vagin comme seuls sites rapportés), ont été exclus de l'analyse. Femmes : 1 292 cas pour lesquels le site est manquant ont été exclus de l'analyse.

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

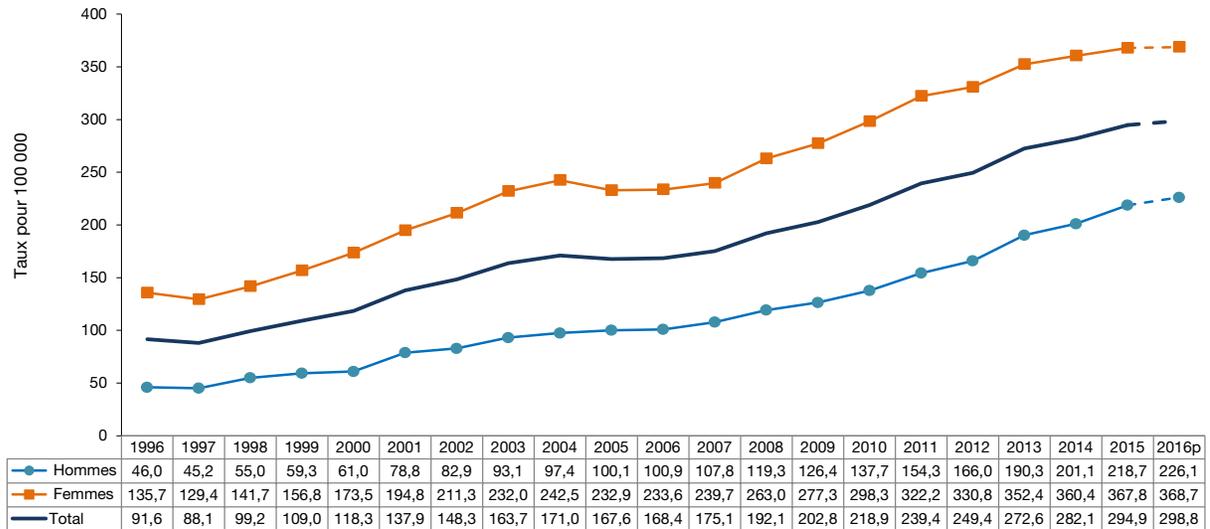
Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont respectivement des taux quatorze et sept fois supérieurs à celui de la province. Dans les autres régions, les taux varient de 163,7 pour 100 000 (Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine) à 360,7 pour 100 000 (Abitibi-Témiscamingue). À l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ce sont l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Mauricie-Centre-du-Québec, les Laurentides et Montréal qui enregistrent les taux les plus élevés. Les taux les plus faibles s'observent en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, en Chaudière-Appalaches et dans le Bas-Saint-Laurent.
- Dans la région de Montréal, la proportion de cas masculins dont le site d'infection est uniquement extragénital est de 25 % soit plus du double de celle du Québec (12 %).

3.2 Tendances des cinq dernières années (2011-2015)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 23 % entre 2011 et 2015; cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+42 %) que chez les femmes (+14 %). La hausse a été de +4,5 % entre 2014 et 2015 et, selon les projections, les taux de 2016 seront similaires ou très légèrement supérieurs à ceux de 2015, tant chez les hommes que chez les femmes.
- Tous les groupes d'âge sont touchés par la hausse des taux d'incidence.
 - En ce qui concerne les cas féminins, entre 2011 et 2015, on observe des hausses des taux d'incidence de 15 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, de 35 % chez les femmes qui ont entre 25 et 29 ans, de 24 % chez celles qui ont entre 30 et 39 ans et de 56 % chez celles qui ont 40 ans ou plus.
 - Pour ce qui est des cas masculins, entre 2011 et 2015, on observe une hausse du taux d'incidence de 40 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, de 46 % chez les hommes de 25 à 29 ans, de 56 % chez ceux de 30 à 39 ans et de 72 % chez ceux qui ont 40 ans ou plus.
- Entre 2011 et 2015, le nombre de déclarations de cas d'infections *Chlamydia trachomatis* chez les hommes dont le seul site d'infection est le site rectal est passé de 205 à 820 soit une augmentation de 300 %.
- Entre 2011 et 2015, une hausse des taux d'incidence s'observe dans toutes les régions sociosanitaires du Québec. Les hausses les plus importantes sont observées dans les régions du Nunavik (+105 %), du Nord-du Québec (+78 %), et du Saguenay-Lac-Saint-Jean (+59 %).

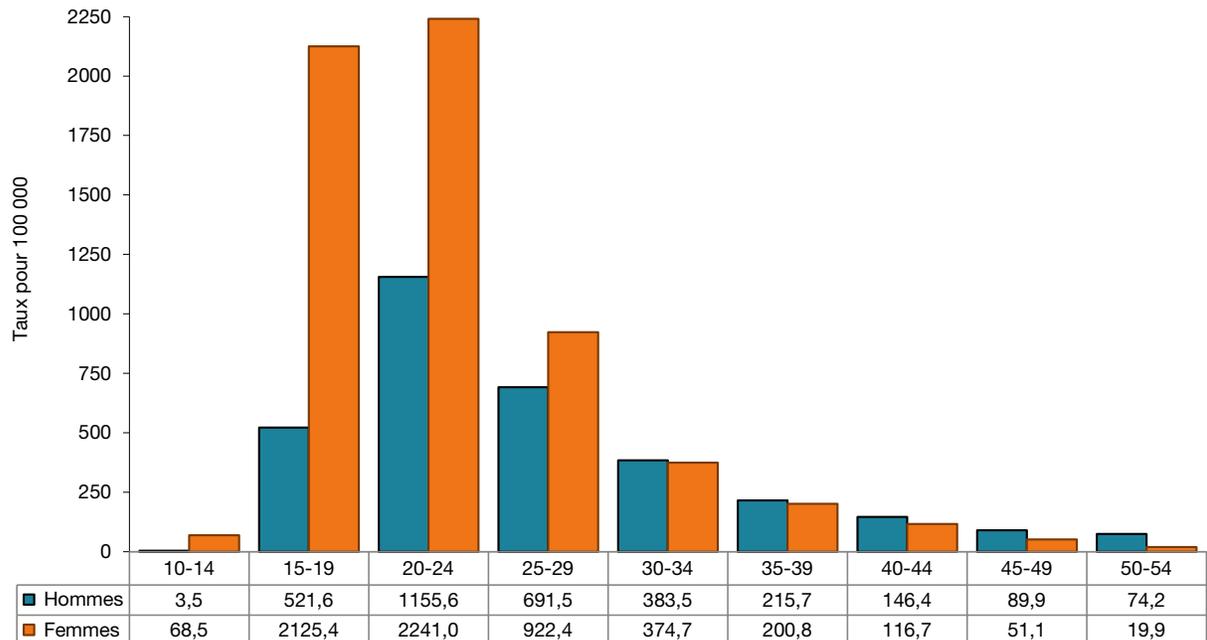
Figure 1 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, de 1996 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

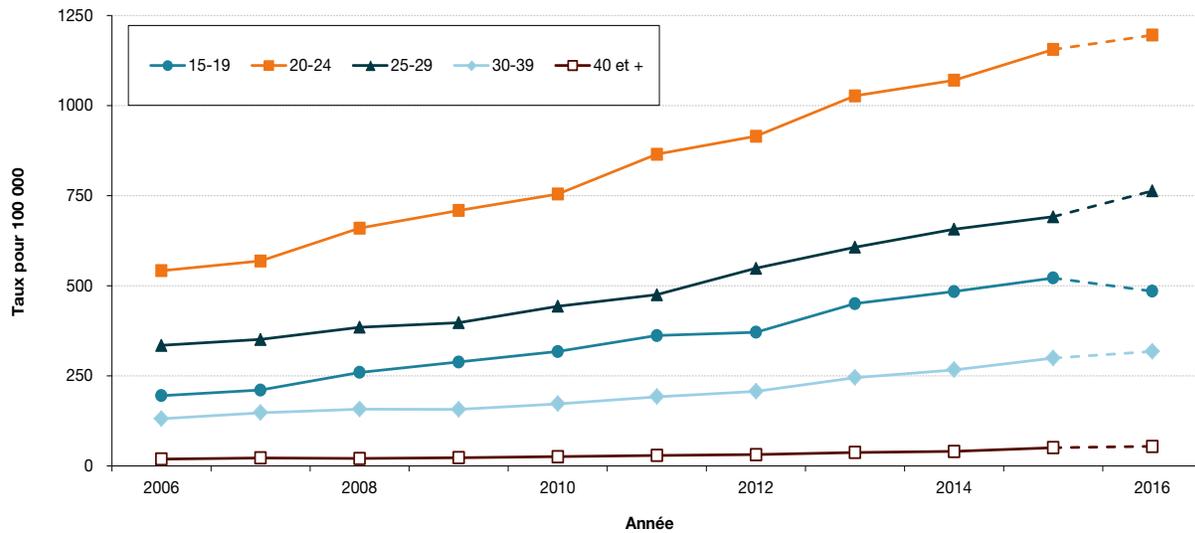
Figure 2 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

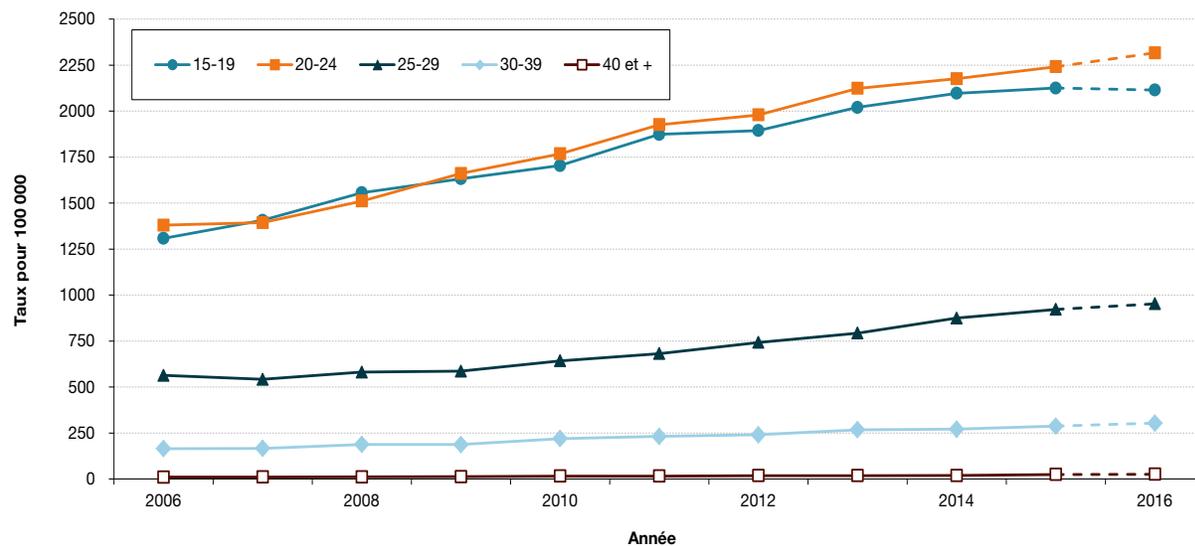
Figure 3 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2006 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Figure 4 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2006 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Tableau 4 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p

Région	2011		2012		2013		2014		2015		Moyenne 2011-2015		2016p ²		Variation 2015-2011			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	332	165,0	309	153,7	320	159,1	392	195,0	401	199,6	351	174,5	377	187,4	69	20,8	34,6	20,9
Saguenay-Lac-Saint-Jean	419	151,1	529	190,5	634	228,0	692	248,6	669	240,2	589	211,7	709	254,2	250	59,7	89,0	58,9
Capitale-Nationale	1 791	251,9	1 715	238,7	2 006	276,7	2 031	277,9	2 143	290,9	1 937	267,4	2 279	306,9	352	19,7	38,9	15,4
Mauricie et Centre-du-Québec	1 436	286,2	1 396	277,3	1 422	281,1	1 637	322,2	1 700	333,2	1 518	300,1	1 633	318,7	264	18,4	47,0	16,4
Estrie	1 221	264,2	1 153	247,7	1 340	285,5	1 291	273,1	1 386	291,1	1 278	272,4	1 330	277,4	165	13,5	26,9	10,2
Montréal	4 853	253,3	5 212	268,6	5 692	290,4	5 989	303,0	6 289	315,7	5 607	286,5	6 272	312,5	1 436	29,6	62,4	24,6
Outaouais	948	253,5	930	246,2	1 016	266,5	997	258,8	1 071	275,0	992	260,1	1 113	282,7	123	13,0	21,4	8,5
Abitibi-Témiscamingue	474	323,1	434	294,6	470	317,7	400	269,8	536	360,7	463	313,2	520	348,7	62	13,1	37,6	11,6
Côte-Nord	307	320,8	285	298,1	316	330,7	318	332,5	325	340,7	310	324,6	373	391,5	18	5,9	19,8	6,2
Nord-du-Québec	17	119,0	35	244,6	32	224,5	27	186,5	30	212,4	28	197,4	38	268,8	13	76,5	93,4	78,5
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	136	144,0	177	188,4	131	140,4	138	148,3	152	163,7	147	157,0	133	143,6	16	11,8	19,7	13,7
Chaudière-Appalaches	620	149,6	662	159,0	734	175,3	701	166,5	807	190,8	705	168,3	916	215,4	187	30,2	41,1	27,5
Laval	941	231,7	932	226,1	971	232,7	924	218,1	1 086	252,9	971	232,4	1 093	251,2	145	15,4	21,2	9,1
Lanaudière	1 184	248,3	1 165	241,2	1 366	279,4	1 484	299,2	1 534	305,1	1 347	275,1	1 549	303,8	350	29,6	56,8	22,9
Laurentides	1 456	256,9	1 596	278,2	1 728	297,4	1 866	317,3	1 897	318,7	1 709	294,1	1 999	331,9	441	30,3	61,8	24,0
Montérégie	2 506	189,7	2 919	218,8	3 232	239,7	3 441	252,7	3 512	255,4	3 122	231,6	3 727	268,5	1 006	40,1	65,7	34,7
Nunavik	250	2 047,3	382	3 061,9	511	4 029,0	509	3 939,3	550	4 194,0	440	3 472,9	566	4 250,6	300	120,0	2 146,7	104,9
Terres-Cries-de-la-Baie-James	276	1 670,0	334	1 995,2	310	1 816,5	363	2 089,8	361	2 044,1	329	1 925,9	345	1 922,9	85	30,8	374,1	22,4
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0			
Province de Québec	19 167	239,4	20 165	249,4	22 231	272,6	23 196	282,1	24 449	294,9	21 842	267,9	24 971	298,8	5 282	27,6	55,5	23,2

Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Les chiffres en gras pour 2015 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2015 est inférieur ou égal à celui pour la période 2010 à 2014.

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

3.3 Commentaires

3.3.1 ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE DANS L'INTERPRÉTATION DE LA HAUSSE DE L'INCIDENCE DE CAS DÉCLARÉS

Une des hypothèses pour expliquer l'augmentation du nombre de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'évolution des pratiques de dépistage :

- Parallèlement à une augmentation de 23 % des cas déclarés entre 2011 et 2015, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec⁹ a crû de 28 % entre l'année 2010-2011 (479 706 tests) et l'année 2014-2015 (613 087 tests). L'augmentation se poursuit en 2015-2016 avec de 664 523 tests de détection soit une augmentation de 8 % par rapport à l'année précédente.
- Le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par amplification des acides nucléiques (TAAN) sur des spécimens urinaires a augmenté de 52 % entre l'année 2010-2011 (144 412 tests) et l'année 2014-2015 (220 160 tests). L'augmentation se poursuit en 2015-2016 avec de 259 657 tests de détection sur des spécimens urinaires soit une augmentation de 18 % par rapport à l'année précédente. Les TAAN sont donc de plus en plus souvent effectués sur des spécimens prélevés de façon plus acceptable pour les personnes qui passent un test (p. ex. : spécimen urinaire). Ces modes de prélèvement facilitent le dépistage hors des milieux cliniques, à proximité de populations vulnérables.
- Depuis quelques années, des analyses par TAAN permettant de détecter les infections extragénitales (notamment les infections rectales) sont disponibles et de plus en plus utilisées même si elles ne sont pas homologuées au Canada pour cet usage¹⁰. Leur validité (sensibilité et spécificité) sur des spécimens extragénitaux a été démontrée et leur utilisation est actuellement recommandée lors de certaines situations de dépistage (se référer au tableau intitulé « [Prélèvement et analyses recommandés en fonction de l'infection recherchée chez les personnes asymptomatiques](#) » en lien avec le Guide québécois de dépistage des ITSS). À titre indicatif, 36 487 tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par TAAN sur des prélèvements provenant de sites extragénitaux ont été réalisés en 2015-2016¹¹, ce qui correspond à 5,5 % de tous les tests de détection de cette infection.
- En 2015, 11,5 % des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés chez des hommes sont des infections uniquement extragénitales (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 extragénitaux puisque la culture n'est pas utilisée pour la détection clinique de l'infection. Chez les hommes, 743 cas d'infections uniquement extragénitales se sont ajoutés entre 2011 (218 cas) et 2015 (961 cas). Ces cas additionnels (743) représentent 26 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2011 et 2015 (2 887). Dans la région de

⁹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle de Kim Aubin, en date du 12 juillet 2016. 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 chez une personne pour un même épisode.

¹⁰ Comité sur les analyses de laboratoire relatives aux ITSS, *Avis sur le dépistage de Chlamydia trachomatis et de Neisseria gonorrhoeae à partir de sites extragénitaux*, Sainte-Anne-de-Bellevue (Québec), Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2 octobre 2013, 38 p.

¹¹ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Communication personnelle de Kim Aubin, en date du 12 juillet 2016. Il n'y a pas de données antérieures spécifiques sur ces tests puisqu'il s'agit d'un code nouvellement ajouté à la collecte de données. Il est aussi possible que la saisie du nouveau code ne soit pas intégrée de façon optimale dans tous les laboratoires, la validité de cette donnée n'est pas connue.

Montréal, la croissance du nombre d'infections uniquement extragénitales (de 183 en 2011 à 698 en 2015, soit 515 de plus) représente 48 % de l'augmentation du nombre de cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés entre 2011 et 2015 (1 072). La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales 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 extragénitales est trop faible pour avoir une influence sur le taux d'incidence des cas déclarés, du moins jusqu'à maintenant.
- La majorité des laboratoires utilisant les 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 détection de l'infection gonococcique au site pharyngé.

Il est donc raisonnable de croire qu'une bonne 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 l'ajout récent de la possibilité de détecter aisément les infections extragénitales, plutôt que d'une augmentation de la fréquence réelle de cette infection au Québec, laquelle pourrait être relativement stable.

Aux États-Unis, alors que le nombre de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* « déclarés » aux autorités de santé publique augmentait, des données d'études populationnelles indiquaient une stabilisation ou même une diminution de la prévalence de cette infection¹². Cette même discordance a été relevée par une analyse avec modélisation portant sur le fardeau économique de l'infection à *Chlamydia trachomatis* au Canada publiée en 2011¹³. Ces observations appuient l'hypothèse que les tendances observées à partir des cas déclarés ne reflètent pas nécessairement les tendances de l'incidence réelles de l'infection.

3.3.2 MADO : REFLET DE LA RÉALITÉ OU SOUS-ESTIMATION?

Au Québec, PIXEL est la première étude visant à estimer la prévalence de la chlamydie génitale au sein de la population générale des jeunes adultes. Entre mai 2013 et juin 2014, des jeunes âgés de 17 à 29 ans ont été recrutés dans une diversité d'établissements scolaires et de milieux de travail localisés dans un total de dix régions du Québec.

Parmi les jeunes âgés de 21 à 25 ans, sexuellement actifs ou non, recrutés par l'équipe PIXEL en milieux scolaires (écoles de formation professionnelle, centres d'éducation pour adultes, cegeps et universités), la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* était de 2,3 % chez les hommes comme chez les femmes alors que le taux d'incidence de cas de cette infection déclarés au registre MADO a été de 0,98 % (soit 980/100 000) chez les hommes et de 1,8 % chez les femmes en 2013 (elle a été respectivement de 1,03 % et de 1,9 % en 2014).

¹² C. Satterwhite, H. Weinstock et D. Datta, « Chlamydia trends in the USA: results from multiple data sources », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A21 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

¹³ A. Tuite et D. Fisman, « Estimation of the burden of disease and costs of genital *Chlamydia trachomatis* infection in Canada », *Sexually Transmitted Infections*, vol. 87, n° suppl. 1, juillet 2011, p. A22 (Résumé d'une session orale du Colloque international sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang tenu à Québec en juillet 2010).

Le Québec ne dispose pas de données périodiques de prévalence de la chlamydie génitale permettant de mettre en perspective la forte croissance de cas déclarés au registre MADO depuis quelques années. L'incidence de cas déclarés au registre MADO est deux fois moindre que la prévalence observée dans PIXEL. Bien que cette comparaison ait des limites (notamment, en lien avec la représentativité de l'échantillon populationnel et avec la nature des analyses comparées, une incidence cumulative annuelle de cas comparativement à une prévalence « instantanée »), elle contribue à apprécier dans quelle mesure les données MADO éclairent sur l'ampleur de l'infection dans la communauté.

Même si la hausse réelle de l'incidence de cette infection est possiblement de moindre envergure que la hausse observée des cas déclarés, il est indéniable que cette infection est extrêmement fréquente, particulièrement chez les jeunes, et force est de constater que l'épidémie de *Chlamydia trachomatis* se poursuit. En fait, une meilleure détection des cas nous permet probablement d'avoir un portrait de plus en plus juste de l'ampleur de cette épidémie même si elle est probablement encore sous-estimée comme le suggère les résultats de l'étude PIXEL.

4 Infection gonococcique : premiers cas de non-sensibilité à la céfixime

L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique augmente constamment depuis la fin des années 1990. On retrouve 8 fois plus de cas en 2015 qu'en 1998.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2015

- En 2015, 3 926 cas ont été déclarés (taux de 47,4 pour 100 000 personnes), dont 73 % sont des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 2,7 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 26 % des cas masculins et 58 % des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1,2 pour 1.
- En ce qui concerne les cas masculins, les jeunes de 20 à 29 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (218,5 pour 100 000), soit un taux presque 5 fois supérieur à celui des hommes de l'ensemble des autres groupes d'âge (lequel se situe à 46,7 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 71,2 pour 100 000.
- Pour ce qui est des cas féminins, les femmes qui sont âgées de 15 à 24 ans ont un taux d'incidence de 126,3 pour 100 000. Ce taux est dix fois plus élevé que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge, qui est de 11,9 pour 100 000.
- Parmi les hommes pour lesquels l'information est connue :
 - 31 % ont une infection au site rectal;
 - 35 % ont une infection au site pharyngé;
 - 52 % ont une infection seulement à un site extra-génital (rectum et/ou pharynx).
- Parmi les femmes pour lesquelles l'information est connue :
 - 3 % ont une infection au site rectal;
 - 10 % ont une infection au site pharyngé;
 - 8 % ont uniquement une infection à un site extragénital (rectum et/ou pharynx).

Tableau 5 Infections gonococciques aux sites extragénitaux, Québec, 2015

Cas avec information disponible sur le site*	Hommes N = 2 727 n (%)	Femmes N = 926 n (%)
Site anus-rectum**	843 (31 %)	26 (3 %)
<i>Seulement anus-rectum</i>	571 (21 %)	8 (0,9 %)
<i>Seulement anus-rectum et pharynx</i>	158 (6 %)	4 (0,4 %)
Site pharynx**	945 (35 %)	91 (10 %)
<i>Seulement pharynx</i>	692 (25 %)	58 (6 %)
Sites extragénitaux**	1 601 (59 %)	108 (12 %)
<i>Seulement sites extragénitaux</i>	1 421 (52 %)	70 (8 %)

* Hommes : 131 cas pour lesquels le site est manquant et 2 où l'information est invalide (col utérin comme seul site rapporté); ces cas ont été exclus de l'analyse. Femmes : 124 cas pour lesquels le site est manquant; ces cas ont été exclus de l'analyse.

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

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

- Un peu plus de la moitié (56 %) des cas ont été enregistrés dans la région de Montréal. Le taux d'incidence de cas déclarés dans cette région (110,5 pour 100 000 personnes) est quatre fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 27,4 pour 100 000 personnes établi pour le Québec excluant Montréal).
- Dans la région de Montréal :
 - le rapport hommes/femmes est de 4,8 pour 1, alors qu'il est de 1,5 pour 1 pour le reste de la province (excluant Montréal);
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes (185,7 pour 100 000 personnes) est 5,6 fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 33,1 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (31,6 pour 100 000 personnes) est 1,5 fois plus élevé que celui observé dans le reste de la province (taux de 21,3 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
 - une infection uniquement à des sites rectaux ou pharyngés a été rapportée dans 60 % (1 081/1 801) des cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes de Montréal (pour lesquels l'information sur les sites d'infection est disponible) par rapport à 37 % (340/926) pour le reste du Québec;
 - une infection uniquement à des sites rectaux ou pharyngés a été rapportée dans 10 % (36/376) des cas déclarés d'infection gonococcique chez les femmes de Montréal (pour lesquelles l'information sur les sites d'infection est disponible) par rapport à 6 % (34/550) pour le reste du Québec.
- Le taux d'incidence de cas déclarés dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James est respectivement 40 fois et 5 fois plus élevé que celui qui a été calculé pour l'ensemble du Québec.
- Les régions du Nunavik, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Montréal ont un taux supérieur à celui de la province; 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 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine et de Chaudières-Appalaches. Ces derniers ont des taux de moins de 10 pour 100 000.

4.2 Tendances des cinq dernières années (2011-2015)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a plus que doublé entre 2011 et 2015 (+02 %). La hausse a été nettement plus marquée chez les hommes (+134 %) que chez les femmes (+48 %). Ceci se traduit par un rapport hommes/femmes qui est passé de 1,7 en 2011 à 2,7 en 2015. Selon les projections, le taux de 2016 chez les hommes sera largement supérieur à celui de 2015 (hausse de 36 %); cette augmentation touche tous les groupes d'âge. Chez les femmes, le taux projeté pour 2016 est similaire à celui de 2015.
- Entre 2011 et 2015, on observe une très importante hausse du taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes de tous les groupes d'âge (15 ans et plus). La hausse est de 82 % pour les hommes de 20 à 24 ans et les taux d'incidence ont plus que doublé dans tous les autres groupes d'âge soit des hausses de 109 % (15 à 19 ans) à 223 % (35 à 39 ans).
- En 2011, on comptait 133 infections gonococciques rectales et 69 infections gonococciques pharyngées chez les hommes; en 2015, on en compte respectivement 843 et 945. Entre 2011 et 2015, le nombre de déclarations de cas d'infection gonococcique uniquement extragénitale

(rectum uniquement, pharynx uniquement, et rectum et pharynx uniquement) chez les hommes est passé de 177 à 1 421 soit une augmentation de 700 %. Selon les projections pour 2016, le nombre d'infections uniquement extragénitales chez les hommes augmentera de 52 % par rapport à 2015 (2 164 cas projetés).

- Entre 2011 et 2015, on observe une hausse du taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes dans tous les groupes d'âge (de 15 ans et plus). L'augmentation des taux d'incidence est de 50 % chez celles âgées de 15 à 29 ans. La hausse est de 85 % chez les femmes âgées de 30 à 39 ans et de 55 % chez celles de 40 ans et plus.
- Chez les femmes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 3 en 2011 à 26 en 2015, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 9 à 91 au cours de la même période. Entre 2011 et 2015, le nombre de déclarations de cas d'infection gonococcique uniquement extragénitale (rectum uniquement, pharynx uniquement, et rectum et pharynx uniquement) chez les femmes est passé de 9 à 70 soit une augmentation de 677 %. Selon les projections pour 2016, le nombre d'infections uniquement extragénitales chez les femmes sera comparable à celui de 2015.
- Au cours de la période 2011-2015, des hausses notables du taux d'incidence ont été observées dans toutes les régions du Québec sauf celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James, qui a connu une très légère diminution de son taux d'incidence (-6,4 %), et du Nord-du-Québec (entre 0 et 5 cas par année). Les hausses les plus importantes sont survenues dans deux régions où le nombre de cas était relativement faible : la Côte-Nord avec une hausse de 903 %, passant de 1 à 10 cas, et la Mauricie-Centre-du-Québec avec une hausse de 208 %, passant de 30 cas à 91 cas. Des hausses de 13 % à 151 % sont observées dans les quatorze autres régions. La hausse qui s'annonce pour 2016 touche presque toutes les régions du Québec (16/18).

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 2015¹⁴, le LSPQ est en mesure de présenter des analyses de sensibilité pour 1 031 souches, dont environ 80 % avaient été isolées chez des hommes. Le rapport 2015¹⁵ sur la résistance aux antibiotiques des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec fait état des constats suivants :

- 46 % des souches analysées au LSPQ étaient résistantes à la **ciprofloxacine**¹⁶; cette proportion a été relativement stable au cours des dernières années (variations entre 32 % et 48 %);
- deux souches étaient non sensibles à la **céfixime** (CMI 0,5 mg/L) selon les critères du Clinical and Laboratory Standard Institute;
- selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 22 souches (2,1 %) isolées chez 19 hommes démontraient une sensibilité réduite à la céfixime. De plus, 5,0 % des souches (5,2 % des souches isolées chez des hommes et 4,2 % des souches isolées chez des

¹⁴ Lefebvre, B., *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : Rapport 2015* [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, (communication personnelle Brigitte Lefebvre, septembre 2016, rapport non finalisé).

¹⁵ *Idem*.

¹⁶ Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec.

femmes) avaient des profils s'approchant du seuil de résistance à la céfixime même s'ils ne répondaient pas aux critères de sensibilité réduite de l'OMS;

- aucune souche n'était résistante à la **ceftriaxone** selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé, mais 37 souches (3,6 %) isolées chez des hommes présentaient une sensibilité réduite. Cette proportion était de moins de 1 % entre 2010 et 2013 et de 3,9 % en 2014;
- on a compté 128 souches (12,4 %) résistantes à l'**azithromycine** en 2015 dont la majorité (91 soit 71 %) avait été isolée chez des hommes de la région de Montréal et de la Montérégie, 14 autres souches ont été isolées chez des hommes de 9 autres régions alors que 23 souches avaient été isolées chez des femmes de 8 régions différentes.

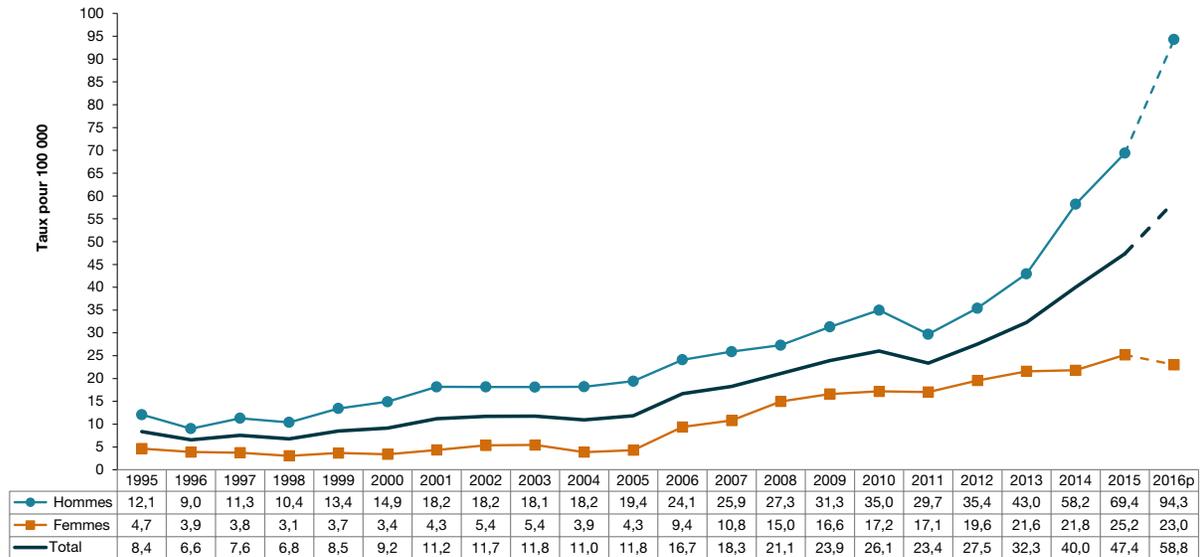
4.3.1 ÉCHECS AU TRAITEMENT

Dans le contexte de progression de la résistance, une vigie des échecs au traitement a été mise en place depuis le 21 novembre 2014. Il a été demandé aux directions de santé publique de vérifier la possibilité d'échec au traitement lorsque plus d'une déclaration d'infection gonococcique est reçue pour une même personne à l'intérieur d'un intervalle de 42 jours. Des critères ont été définis afin de discriminer, dans la mesure du possible, les échecs de traitement d'une réinfection due à une nouvelle exposition. Douze cas d'échecs de traitement ont été rapportés entre le début de cette vigie et juillet 2016. Neuf cas respectaient tous les critères de définition d'échec au traitement et quatre autres cas ont été considérés comme cas suspects, pour un total de 13 cas.

Sommaire des caractéristiques des 13 cas d'échecs de traitement rapportés en date du 17 octobre 2016 :

- l'analyse comprend 9 cas répondant aux critères établis et 4 cas suspects;
- les cas ont été rapportés par 7 régions (1 à 4 chacune);
- on retrouve 3 femmes, 9 hommes et un transsexuel (femme vers homme);
- parmi les 9 cas masculins, 7 sont des HARSAH;
- trois cas avaient uniquement une infection pharyngée et 4 cas avaient une infection au pharynx et à un autre site. Ces 7 cas comptent pour 54 % des échecs de traitement rapportés;
- 69 % des cas (9/13) avaient au moins un site pharyngé ou anal;
- des prélèvements pour culture ont été effectués auprès de 77 % des cas lors de la détection initiale ou lors du test de contrôle. Une souche a pu être obtenue pour 46 % des cas (6/13) et pour un partenaire d'un cas qui n'avait pas eu de culture;
- des profils de sensibilité ont été documentés pour 4 souches prélevées chez des cas et une souche prélevée chez le partenaire; une résistance à un antibiotique utilisé en traitement a été démontrée pour 1 cas (résistance à l'azithromycine chez un patient traité initialement en monothérapie avec Azithromycine 1 g) et une sensibilité réduite à la céfixime a été identifiée pour un cas traité avec céfixime 800 mg et azithromycine 1 g.

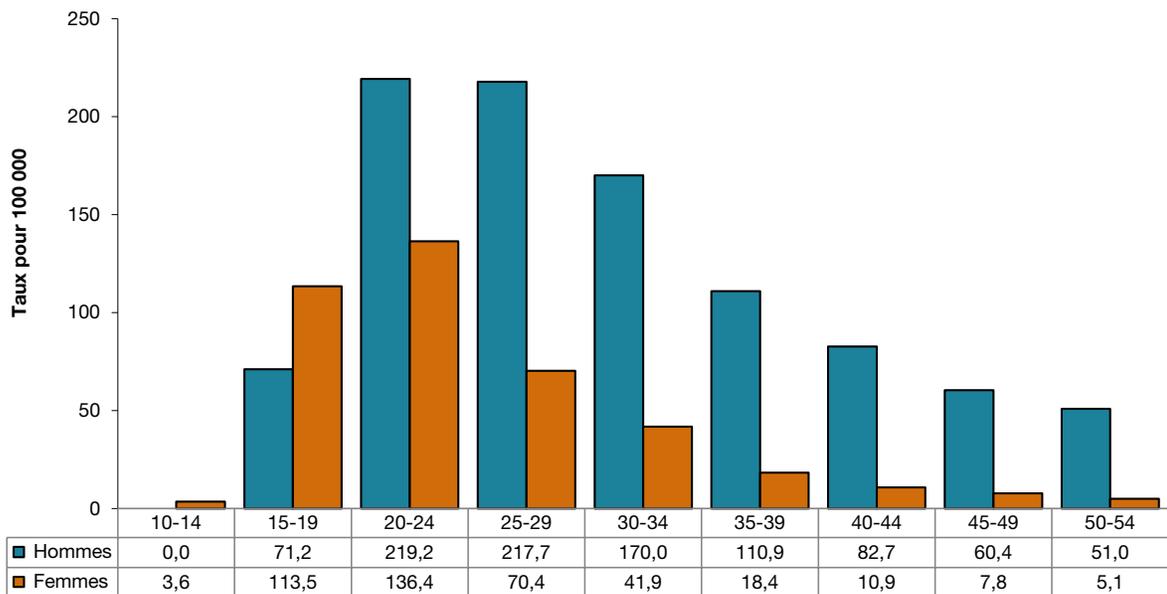
Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1996 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

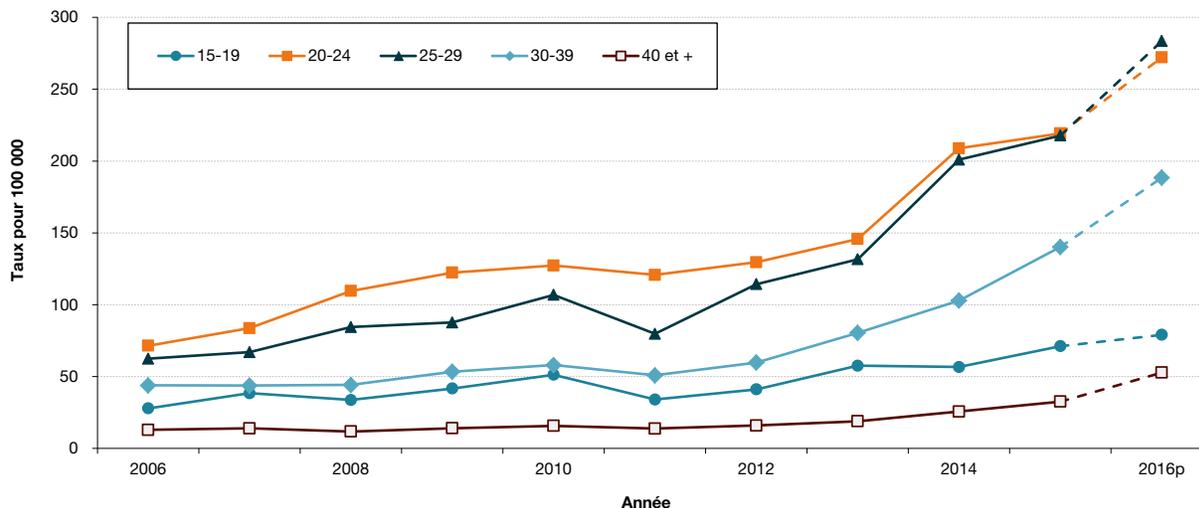
Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

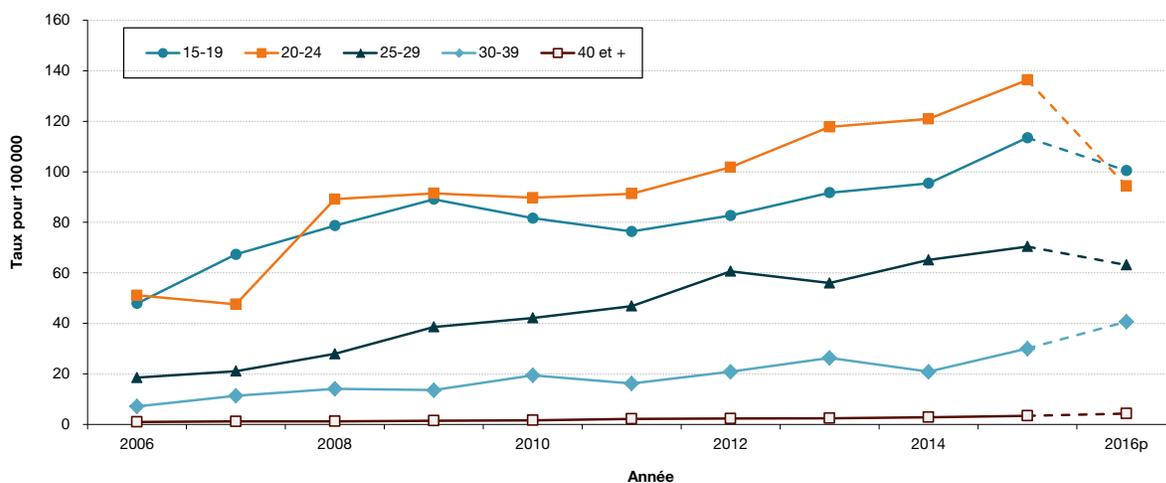
Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2006 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2006 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Tableau 6 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p

Région	2011		2012		2013		2014		2015		Moyenne 2011-2015		2016p		Variation 2015-2011			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx			N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	6	3,0	16	8,0	6	3,0	10	5,0	14	7,0	10	5,2	20	9,8	8	133,3	4,0	133,6
Saguenay-Lac-Saint-Jean	20	7,2	17	6,1	17	6,1	22	7,9	24	8,6	20	7,2	18	6,5	4	20,0	1,4	19,4
Capitale-Nationale	108	15,2	165	23,0	115	15,9	176	24,0	154	20,9	144	19,8	268	36,1	46	42,6	5,7	37,6
Mauricie et Centre-du-Québec	30	6,0	40	7,9	38	7,5	86	16,9	94	18,4	58	11,4	92	18,0	64	213,3	12,4	208,2
Estrie	36	7,8	40	8,6	44	9,4	61	12,9	71	14,9	50	10,7	92	19,2	35	97,2	7,1	91,4
Montréal	844	44,1	1 076	55,5	1 366	69,7	1 725	87,3	2 202	110,5	1 443	73,7	2 895	144,3	1 358	160,9	66,5	150,9
Outaouais	59	15,8	59	15,6	62	16,3	90	23,2	91	23,4	72	18,9	105	26,7	32	54,2	7,6	48,1
Abitibi-Témiscamingue	13	8,9	32	21,7	24	16,2	23	15,5	25	16,8	23	15,8	21	14,3	12	92,3	8,0	89,8
Côte-Nord	1	1,0	1	1,0	4	4,2	7	7,3	10	10,5	5	4,8	5	5,2	9	900,0	9,4	903,0
Nord-du-Québec	0	0,0	5	34,9	0	0,0	0	0,0	2	14,2	1	9,8	8	58,4	2	0,0	14,2	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5	5,3	4	4,3	7	7,5	7	7,5	6	6,5	6	6,2	7	7,1	1	20,0	1,2	22,1
Chaudière-Appalaches	21	5,1	15	3,6	14	3,3	26	6,2	33	7,8	22	5,2	59	13,9	12	57,1	2,7	53,9
Laval	111	27,3	84	20,4	130	31,2	127	29,9	145	33,8	119	28,6	197	45,3	34	30,6	6,4	23,5
Lanaudière	59	12,4	70	14,5	98	20,0	158	31,9	150	29,8	107	21,9	151	29,7	91	154,2	17,5	141,1
Laurentides	89	15,7	86	15,0	121	20,8	153	25,9	177	29,7	125	21,5	179	29,8	88	98,9	14,0	89,3
Montérégie	223	16,9	202	15,1	258	19,1	395	29,0	437	31,8	303	22,5	477	34,3	214	96,0	14,9	88,3
Nunavik	205	1 678,8	256	2 051,9	286	2 255,0	189	1 458,9	248	1 891,1	237	1 866,6	266	2 001,7	43	21,0	212,3	12,6
Terres-Cries-de-la-Baie-James	43	260,2	57	340,5	44	257,8	40	230,3	43	243,5	45	265,9	49	274,7	0	0,0	-16,7	-6,4
Région non précisée	0		0		1		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	1 873	23,4	2 225	27,5	2 635	32,3	3 292	40,0	3 926	47,4	2 790	34,2	4 911	58,8	2 053	109,6	24,0	102,4

Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Les chiffres en gras pour 2015 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2015 est inférieur ou égal à celui pour la période 2010 à 2014.

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).

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 les changements des pratiques de dépistage et de détection des cas.

- Ainsi, parallèlement à une hausse de 102 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2011 et 2015, progression qui semble s'accroître en 2016, le nombre total d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* (cultures et TAAN) a augmenté de 44 % entre 2010-2011 (439 155 recherches de *N. gonorrhoeae*) et 2014-2015 (632 523 recherches de *N. gonorrhoeae*)¹⁷. À noter que ce nombre augmente encore en 2015-2016 (690 091) soit une augmentation additionnelle de 9 %. **Toutefois, la progression du nombre de tests effectués est nettement moindre que la progression du nombre de cas déclarés.**
- La progression du nombre d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN est particulièrement importante : elle a augmenté de 83 % entre 2010-2011 (302 630 recherches de NG par TAAN) et 2014-2015 (554 822 recherches de NG par TAAN). Un élément pouvant contribuer à l'augmentation des cas détectés par TAAN est le fait que, sur réception d'une demande de recherche de *Chlamydia trachomatis*, la plupart des laboratoires utilisant les TAAN procèdent d'emblée à une recherche de *Neisseria gonorrhoeae* même si cette analyse n'a pas été expressément prescrite par le médecin requérant. De fait, la majorité des tests de détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* sont des tests TAAN détectant simultanément le *Neisseria gonorrhoeae*.
- En 2015, 1 421 cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes sont des infections extragénitales sans mention d'autres sites d'infection par rapport à 177 en 2011. Le nombre de cas d'infection uniquement extragénitale qui se sont ajoutés entre 2011 et 2015 (1 244 cas)¹⁸ représente 74 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2011 et 2015 (1 680). Selon les résultats des projections pour 2016, le nombre infections uniquement extragénitales constitueront 70 % de l'excès de cas entre 2015 et 2016. Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation des TAAN à partir de ces sites. La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales pourrait donc expliquer une bonne partie de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes.
- Chez les femmes, l'augmentation du nombre de cas d'infection gonococcique exclusivement extragénitale (70 en 2015 et 9 en 2011) représente 17 % de l'augmentation du nombre de cas entre 2011 et 2015 (61/362), et ne peut expliquer qu'une faible partie de l'augmentation du taux d'incidence chez les femmes.

En résumé, chez les hommes, l'augmentation du nombre de cas déclarés d'infection gonococcique s'explique probablement en grande 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 nous permet d'avoir un portrait plus juste de la fréquence de l'infection chez les hommes.

¹⁷ Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Communication personnelle de Kim Aubin, DGSSMU, juillet 2016*. 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.

¹⁸ 1 244 cas soit 1 421 en 2015 moins 177 en 2011.

Toutefois, chez les femmes, l'influence de la modification des pratiques n'explique qu'une faible partie de la progression du nombre de cas.

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

4.4.2 POPULATIONS TOUCHÉES

Les résultats de vigies rehaussées antérieures (2001 et 2005-2006) ont mis en évidence qu'une forte proportion (environ 60 %) des cas masculins d'infection gonococcique concernait des HARSAH. On ne peut présumer que cette proportion est demeurée la même en 2015, mais il est raisonnable de penser que les HARSAH sont encore particulièrement touchés par l'infection gonococcique en s'appuyant sur le fait que 31 % des infections déclarées chez les hommes incluent une infection rectale, site d'infection probablement rarement retrouvé chez les non-HARSAH. La progression de l'incidence des cas déclarés qui touche probablement largement cette clientèle, ajoutée au fait que les HARSAH sont aussi particulièrement concernés par d'autres ITSS (ex. : syphilis, LGV), incite à une mobilisation accrue pour la prévention des ITSS auprès des HARSAH.

4.4.3 LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES

La résistance aux antibiotiques a amené les autorités européennes, américaines et canadiennes à modifier régulièrement leurs recommandations au regard du traitement de l'infection gonococcique. Au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a publié en janvier 2012 et mis à jour en août 2013 et décembre 2015 des guides pharmacologiques sur le traitement des ITSS¹⁹, incluant le traitement de l'infection gonococcique. La progression de la résistance à l'azithromycine et la survenue de deux premiers cas de résistance à la céfixime au Québec en 2015 soulèvent de grandes préoccupations sur la détermination de régimes thérapeutiques efficaces.

La surveillance de la résistance aux antibiotiques permet d'ajuster les recommandations thérapeutiques. Compte tenu de l'augmentation du nombre de cas déclarés d'infection gonococcique, le nombre de souches disponibles pour analyse permet encore d'assurer une surveillance adéquate de la sensibilité des souches de *Neisseria gonorrhoeae*. Toutefois, de moins en moins de cas d'infection gonococcique sont détectés par culture : en 2014²⁰, 27 % des cas d'infection gonococcique ont été détectés par culture, comparativement à 74 % en 2005. Parallèlement à l'augmentation du nombre d'analyses par TAAN, le nombre de recherches de *Neisseria gonorrhoeae* par culture a diminué de 43 % entre 2010-2011 (136 525 cultures) et 2014-2015 (77 701 cultures). Pour l'année 2014-2015, les cultures de *Neisseria gonorrhoeae* correspondent à 12 % de l'ensemble des tests de détection de l'infection gonococcique réalisés au Québec. Cette proportion était de 31 % en 2010-2011 et de 82 % en 2000-2001. Le nombre de recherches de *Neisseria gonorrhoeae* par culture a continué de diminuer au cours de l'année 2015-2016.

¹⁹ 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).

²⁰ Lefebvre, B., *Surveillance des souches de Neisseria gonorrhoeae résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : Rapport 2014*, [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2015, communication personnelle rapport non finalisé (http://www.inspq.qc.ca/lspq/surveillance_epidemiologique/labovigilance.asp?Page=6a).

La baisse de l'utilisation de la culture comme test de détection de l'infection gonococcique peut compromettre la capacité de surveiller la sensibilité des antibiotiques utilisés pour le traitement et, conséquemment, rendre très difficile l'ajustement des recommandations thérapeutiques. La survenue d'échecs thérapeutiques pourrait prolonger la période de transmissibilité et contribuer à une propagation accrue. Tel que le recommande l'OMS²¹, 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 la survenue d'échecs thérapeutiques.

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.

C'est pourquoi des mesures ont été mises en place au Québec pour compléter les activités de surveillance soit 1) la réalisation d'un projet de démonstration d'un réseau sentinelle visant à documenter davantage les caractéristiques des cas d'infection gonococciques notamment des cas avec une résistance documentée 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 aspect.

Le projet de réseau sentinelle vise aussi à promouvoir au sein des milieux ciblés l'application des recommandations québécoises relatives au dépistage, diagnostic et traitement de l'infection gonococcique. Ce soutien à l'application des recommandations s'ajoute aux activités d'appropriation réalisées dans l'ensemble du Québec pour soutenir l'intégration des recommandations des divers guides et avis diffusés au Québec dans la pratique des cliniciens.

²¹ 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] (Consulté le 29 octobre 2013).

5 Syphilis infectieuse

Avec seulement 3 cas déclarés au Québec en 1998, il était possible d'espérer que la syphilis infectieuse soit en voie d'élimination. Toutefois, cette infection a connu une résurgence au début des années 2000 et, depuis 2010, le taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse au Québec est plus élevé que celui de 1984. La presque totalité des cas touche des hommes, particulièrement des HARSAH.

5.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2015

- Au total, 737 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2015 (taux de 8,9 pour 100 000 personnes); parmi ceux-ci, 25 % étaient des cas de syphilis primaire, 32 % des cas de syphilis secondaire et 43 % des cas de syphilis latente précoce.
- La presque totalité des cas (96 %) concerne des hommes.
- Parmi les cas masculins, 13 % sont âgés de 15 à 24 ans, 40 % ont entre 25 et 39 ans, et 47 % ont 40 ans ou plus. Les taux les plus élevés correspondent aux hommes de 30 à 34 ans (36,6 pour 100 000), suivis de ceux de 35 à 39 ans (31,9 pour 100 000), et de 50 à 54 ans (31,2 pour 100 000). On compte 26 femmes, dont 88 % (23/26) sont en âge de procréer (entre 15 et 49 ans).
- Avec 58 % des cas du Québec, la région de Montréal continue, en 2015, d'afficher le plus haut taux d'incidence (21,0 pour 100 000 personnes). On retrouve des cas de syphilis infectieuse dans 13 autres régions du Québec. En excluant la région de Montréal, le taux d'incidence de syphilis infectieuse du reste du Québec pour l'année 2015 est de 4,9 pour 100 000.

5.2 Tendances des cinq dernières années (2011-2015)

- Une hausse du taux d'incidence de cas déclarés de 9,8 % est observée entre 2011 et 2015. Depuis la résurgence de la syphilis en 2002, la tendance n'est pas linéaire. D'abord, on observe une hausse constante entre 2002 et 2006, avec une baisse en 2006 et une reprise de la hausse de 2007 à 2012. Une tendance à la baisse semblait s'amorcer en 2013 et 2014, mais le taux observé en 2015 est le plus élevé depuis 1984. Selon les projections, le taux de 2016 chez les hommes sera largement supérieur à celui de 2015 (hausse de 19 %) la hausse en une seule année dépassant la hausse des cinq dernières années. Les projections annoncent une augmentation du nombre de cas chez les femmes (projection de 39 cas en 2016).
- Chez les hommes, une hausse globale (+10,5 %) du taux d'incidence des cas déclarés a été observée entre 2011 et 2015, mais les variations diffèrent selon les groupes d'âge. Les augmentations sont observées essentiellement chez les hommes de 30 à 39 ans (+23 %) et chez ceux de 40 ans et plus (+20 %). Par ailleurs, une diminution d'incidence est observée chez les jeunes de 15 à 24 ans (-17 %) entre 2011 et 2015. Ces tendances se poursuivent en 2016.
- Chez les femmes, de 2011 à 2015, le nombre annuel de cas fluctue et se situe entre 26 (en 2011 et en 2015) et 33 cas (en 2014). La proportion des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) fluctue entre 88 % (2015) et 100 % (2013). Considérant le faible nombre de cas qui fluctue d'année en année dans chaque groupe d'âge, il n'est pas possible de dégager des tendances à l'intérieur des groupes d'âge.
- En 2011, outre Montréal, deux régions comptaient plus de 50 cas de syphilis infectieuse, soit la Capitale-Nationale (65 cas) et la Montérégie (59 cas), 11 autres régions avaient entre 1 et 18 cas.

En 2015, la Capitale-Nationale et la Montérégie recensent respectivement 70 et 69 cas et 10 autres régions ont entre 1 et 29 cas.

- En 2011, pour la première fois depuis dix ans, un cas de **syphilis congénitale** concernant le nouveau-né d'une mère québécoise était déclaré. Un autre cas de syphilis congénitale a été déclaré en 2012 ainsi qu'en 2016.

5.3 Vigie rehaussée chez les femmes (2010-2011) et chez les jeunes de 15 à 24 ans (2012-2013)

Des démarches de vigie rehaussée ont été réalisées au Québec chez les femmes (2010-2011) et chez les jeunes de 15 à 24 ans (2012-2013) et avaient comme objectif de mieux documenter les caractéristiques des personnes atteintes dans un contexte de l'augmentation d'incidence de la syphilis infectieuse dans ces populations. Des résultats plus détaillés ont été présentés dans les Portraits des deux années précédentes^{22,23} qui peuvent être consultés en ligne.

Voici quelques faits saillants :

- Chez les femmes, le facteur de risque rapporté le plus souvent était une relation sexuelle récente avec un partenaire à risque²⁴ au regard d'une infection transmissible sexuellement, facteur qui concernait environ la moitié des femmes (51 %), suivi par un antécédent d'ITSS (33 %).
- Chez les jeunes hommes :
 - la proportion d'HARSAH (92 %) est comparable chez ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans et chez ceux de 20 à 24 ans. Une caractéristique les distinguant est que 18 % des cas chez les jeunes de 15 à 19 ans étaient des HARSAH ayant aussi des partenaires féminines, alors que cette proportion s'établit à 9 % pour ceux de 20 à 24 ans :
 - Un peu plus de la moitié (53 %) avaient eu de multiples partenaires. Parmi les cas déclarés chez les jeunes HARSAH de 15 à 19 ans, cette proportion était de 80 % :
 - Quarante-quatre pour cent (44 %) ont rapporté avoir eu des partenaires anonymes.
 - Parmi les cas déclarés chez les jeunes de 15 à 19 ans, 22 % ont rapporté avoir reçu ou avoir donné de l'argent ou d'autres biens en échange de relations sexuelles; cette proportion était 6 % parmi les cas déclarés chez ceux de 20 à 24 ans :
 - Un antécédent d'ITSS a été rapporté pour 39 % des cas; il s'agissait surtout de *Chlamydia trachomatis* (64 %), d'infection gonococcique (30 %), de syphilis (21 %) et de l'infection par le VIH (17 %) :
 - La consommation de drogues était rapportée par 48 % des cas de 15 à 19 ans et par 34 % de ceux de 20 à 24 ans. Cette proportion était de 40 % parmi les HARSAH et de 25 % chez les hétérosexuels. Les drogues consommées étaient surtout les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne. Trois cas étaient des utilisateurs de drogues par injection.

²² Blouin, K., Venne, S. et Lambert, G. (2015) *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2014 (et projections 2015)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 135 p. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/2067>

²³ Blouin, K., Venne, S. et Lambert, G. (2014) *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2013 (et projections 2014)*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 111 p. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1920>

²⁴ Facteurs de risque du partenaire mentionnés dans le questionnaire utilisé : être un HARSAH, être un usager de drogues, être un travailleur ou une travailleuse du sexe, avoir de multiples partenaires, avoir des relations sexuelles à l'étranger.

- Chez les jeunes de 15 à 24 ans, le groupe d'amis ou la famille constituait le principal contexte de rencontres pour 48 % des cas masculins et 86 % des cas féminins. Parmi les hommes de 15-19 ans, les autres lieux de rencontres importants sont les bars (45 %), les réseaux sociaux (39 %) et par l'intermédiaire de sites de rencontres, de *chat rooms* et de la téléphonie (27 %). Parmi les hommes de 20-24 ans, le principal lieu de rencontres est le site de rencontres, le *chat room* et la téléphonie (48 %), vient ensuite le groupe d'amis ou la famille (42 %), suivi des bars (30 %) et des saunas (15 %).
- Une analyse de réseaux sexuels a été réalisée pour les cas déclarés chez les jeunes de 15 à 19 ans et leurs partenaires sexuels. L'analyse a mis en évidence une faible densité des réseaux sexuels. Les éléments du réseau touchaient 11 régions du Québec, principalement les régions de Montréal et sa « couronne » ainsi que la région de la Capitale-Nationale et celles avoisinantes. Quelques noyaux de transmetteurs ont été décrits, soit des personnes reliées à plusieurs lieux de rencontre ou en lien avec de nombreux éléments du réseau.

5.4 Autres types de syphilis

Dans l'analyse de la problématique de la syphilis, il peut s'avérer 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 alors classifiés comme « syphilis sans précision »; pourtant, ils pourraient être des cas de « syphilis infectieuse », particulièrement s'il s'agit de jeunes de 15 à 24 ans, chez qui la probabilité que l'acquisition de l'infection soit récente est évidemment élevée.

Le nombre de cas déclarés de syphilis latente tardive fluctue entre 167 cas en 2012 et 199 cas en 2015. Le nombre de cas déclarés de neurosyphilis était relativement stable entre 2011 et 2014 avec une moyenne annuelle de 19 cas, mais est plus élevé en 2015 avec 31 cas. De 2011 à 2015, le nombre de cas de syphilis sans précision a fluctué entre 84 cas (2012) et 114 cas (2014).

La proportion des jeunes de 15 à 24 ans parmi les cas de syphilis latente tardive est passée de 5 % (9 cas) à 9 % (18 cas) entre 2011 et 2015. Pour ce qui est des syphilis sans précision, cette proportion est passée de 7 % (8 cas) en 2011 à 12 % (11 cas) en 2015.

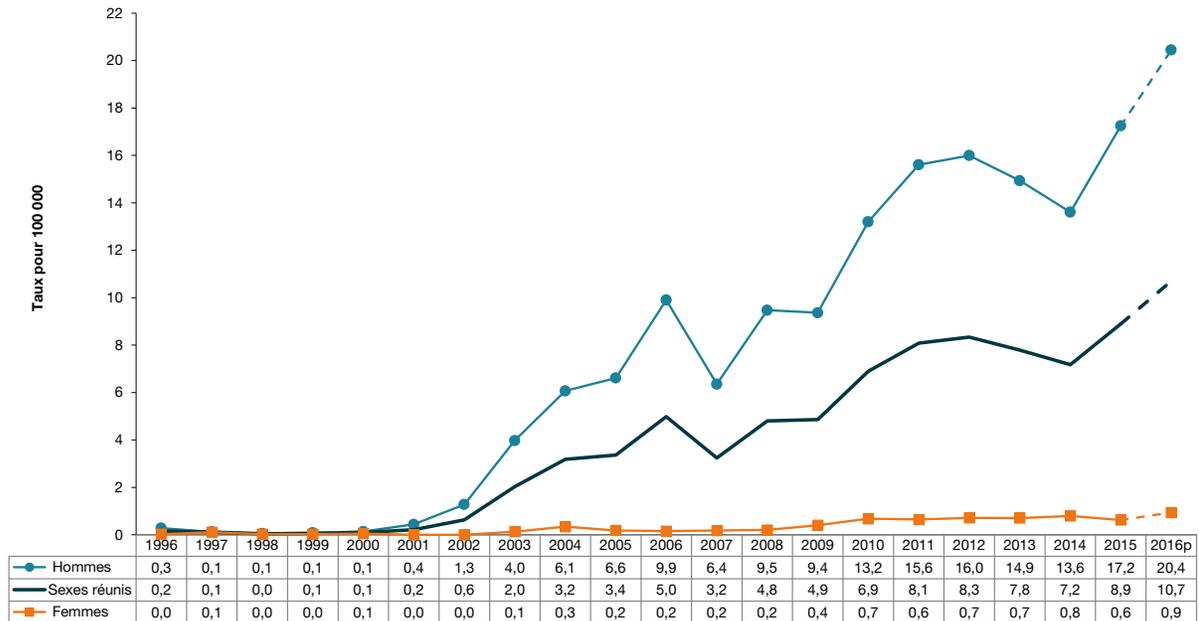
Les complications de la syphilis (syphilis tertiaire) surviennent généralement plusieurs années après l'infection initiale. Ainsi, étant donné que la résurgence de la syphilis infectieuse date de près de quinze ans, il importe de surveiller la survenue de complications tardives de l'infection, lesquelles pourraient augmenter le fardeau de la maladie. On retrouve 11 cas de syphilis tertiaire (excluant la neurosyphilis) déclarés entre 2011 et 2015, dont 64 % (7/11) concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus. Deux cas étaient âgés entre 35 et 44 ans, et deux cas entre 45 et 54 ans.

Tableau 7 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, années 2011 et 2015

Hommes	2011	2012	2013	2014	2015
Syphilis latente tardive	101	96	99	130	145
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans</i>	2 (2 %)	9 (9 %)	9 (9 %)	12 (9 %)	10 (7 %)
Neurosyphilis	19	11	15	20	28
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	1	3	1	4	0
Syphilis sans précision	79	64	79	84	71
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans</i>	8 (10 %)	7 (11 %)	5 (6 %)	4 (5 %)	8 (11 %)
Femmes					
Syphilis latente tardive	78	90	68	66	54
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans</i>	7 (9 %)	7 (8 %)	8 (12 %)	3 (5 %)	8 (15 %)
Neurosyphilis	1	3	6	2	3
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	0	0	2	0	0
Syphilis sans précision	30	19	23	28	23
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans</i>	0	1 (5 %)	1 (4 %)	2 (7 %)	3 (13 %)
Sexes réunis					
Syphilis latente tardive	179	186	167	198	199
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans</i>	9 (5 %)	16 (9 %)	17 (10 %)	16 (8 %)	18 (9 %)
Neurosyphilis	20	14	21	22	31
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	1	3	3	4	0
Syphilis sans précision	112	84	107	114	95
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans</i>	8 (7 %)	8 (9 %)	6 (6 %)	7 (6 %)	11 (12 %)
Total syphilis non-infectieuses	312	287	300	339	326

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 1996 à 2016p

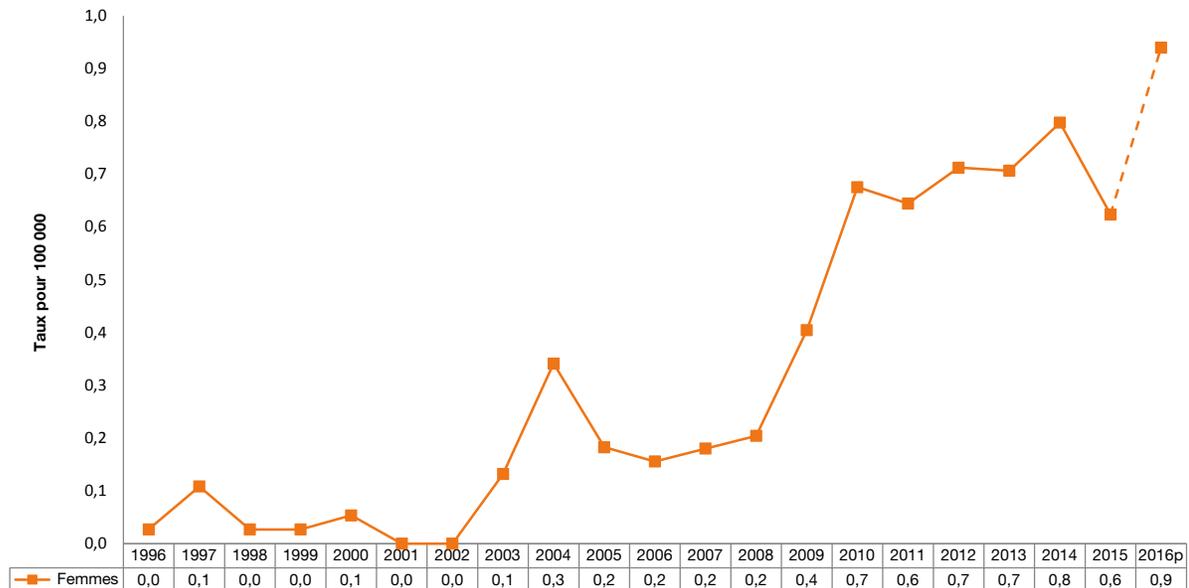


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Comprends 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 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1996 à 2016p

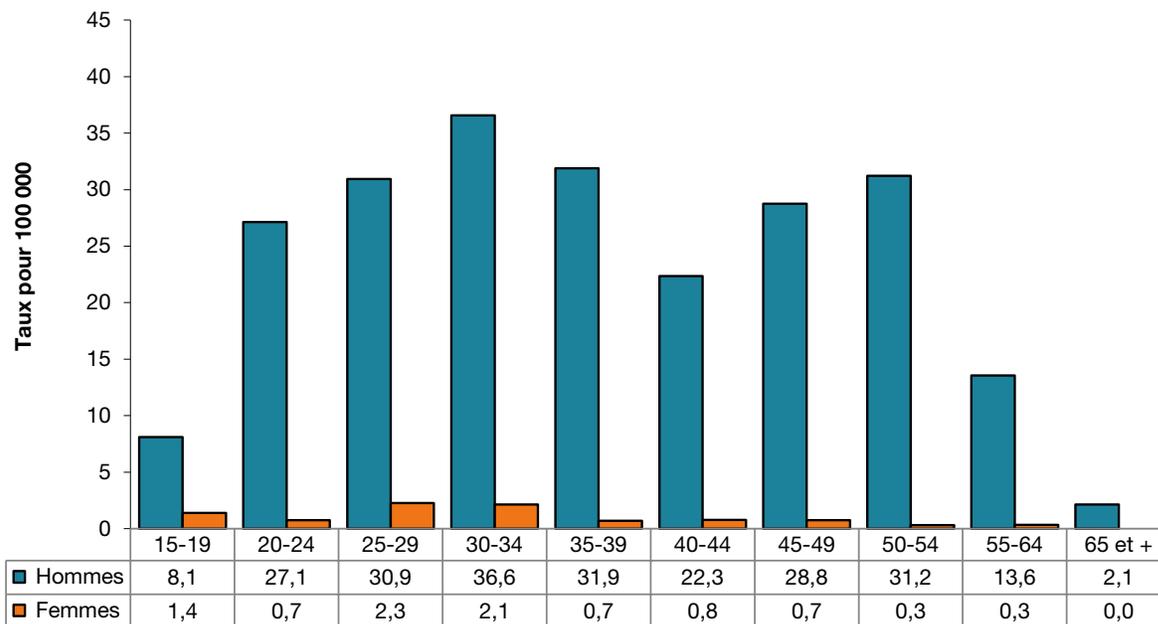


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Comprends 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 11 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015

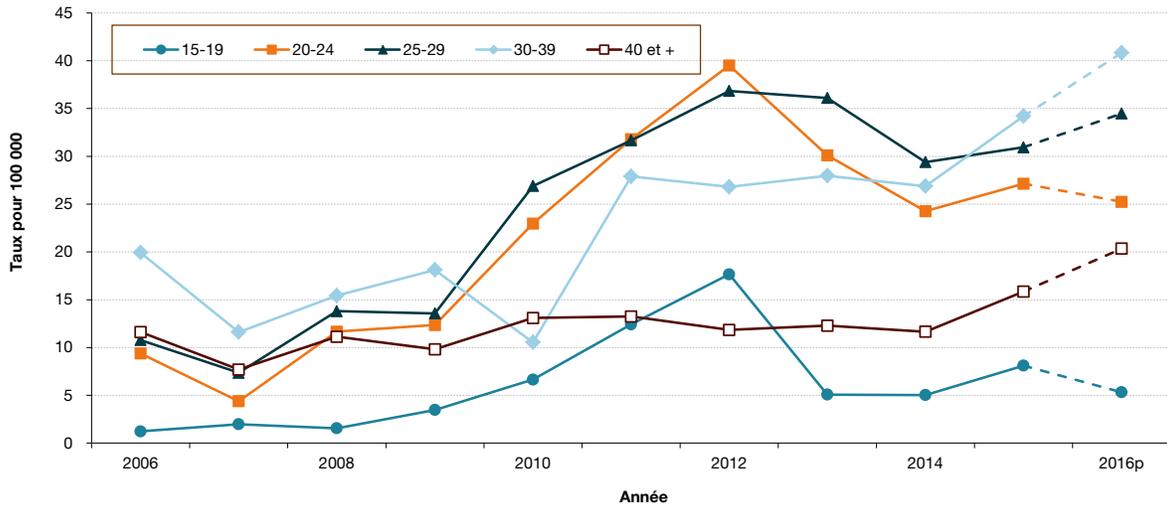


Notes : Comprends tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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 2006 à 2016p

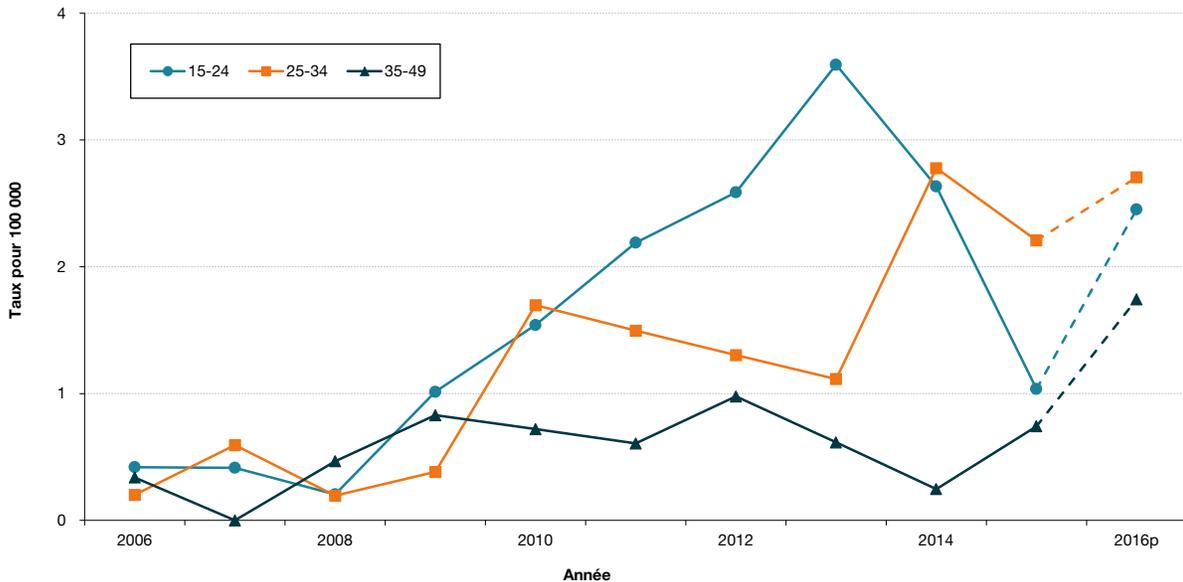


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Comprends 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 2006 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Comprends 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 8 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 2011 à 2016p

Région	2011		2012		2013		2014		2015		Moyenne 2011-2015		2016p		Variation 2015-2011			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	5	2,5	2	1,0	5	2,5	4	2,0	6	3,0	4,4	2,2	3	1,6	1	20,0	0,5	20,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	2	0,7	6	2,2	7	2,5	3	1,1	16	5,7	6,8	2,4	31	11,2	14	700,0	5,0	696,2
Capitale-Nationale	65	9,1	61	8,5	54	7,4	69	9,4	70	9,5	63,8	8,8	51	6,9	5	7,7	0,4	3,9
Mauricie et Centre-du-Québec	15	3,0	28	5,6	10	2,0	14	2,8	19	3,7	17,2	3,4	30	5,8	4	26,7	0,7	24,6
Estrie	12	2,6	24	5,2	11	2,3	19	4,0	28	5,9	18,8	4,0	23	4,8	16	133,3	3,3	126,5
Montréal	407	21,2	370	19,1	401	20,5	344	17,4	429	21,5	390,1	19,9	523	26,1	22	5,4	0,3	1,4
Outaouais	13	3,5	6	1,6	13	3,4	14	3,6	9	2,3	11,0	2,9	30	7,5	-4	-30,8	-1,2	-33,5
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	5	3,4	7	4,7	10	6,7	2	1,3	4,8	3,2	2	1,1	2	ND	1,3	ND
Côte-Nord	2	2,1	0	0,0	1	1,0	1	1,0	0	0,0	0,8	0,8	3	3,4	-2	-100,0	-2,1	-100,0
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	3	3,2	0	0,0	0	0,0	1	1,1	1,0	1,1	3	3,5	0	0,0	0,0	1,7
Chaudière-Appalaches	12	2,9	13	3,1	12	2,9	14	3,3	17	4,0	13,6	3,2	15	3,5	5	41,7	1,1	38,8
Laval	18	4,4	17	4,1	9	2,2	10	2,2	15	3,5	13,7	3,3	25	5,7	-3	-16,7	-0,9	-21,2
Lanaudière	18	3,8	22	4,6	25	5,1	22	4,4	29	5,8	23,2	4,7	31	6,1	11	61,1	2,0	52,8
Laurentides	18	3,2	32	5,6	25	4,3	17	2,9	27	4,5	23,8	4,1	33	5,5	9	50,0	1,4	42,8
Montérégie	59	4,5	85	6,4	51	3,8	50	3,7	69	5,0	62,8	4,7	92	6,6	10	16,9	0,6	12,4
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	4	23,4	0	0,0	0	0,0	0,8	4,7	0	0,0	0	ND	0,0	0,0
Région non précisée	0		0		0		0		0		0,0		0		0		0,0	
Province de Québec	647	8,1	674	8,3	635	7,8	590	7,2	737	8,9	656,6	8,1	894	10,7	90	13,9	0,8	10,0

Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Les chiffres en gras pour 2015 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2015 est inférieur ou égal à celui pour la période 2010 à 2014.

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, qui représentent 96 % des cas et, selon les informations disponibles, il s'agit principalement d'HARSAH.

L'augmentation des cas déclarés de syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans, commencée entre 2008 et 2009, semble avoir atteint son point culminant en 2012. Une compilation à l'échelle provinciale des renseignements recueillis lors des enquêtes afin de mieux comprendre la situation et intervenir de façon appropriée, une mobilisation de l'ensemble du réseau de santé par des alertes à la vigilance, une intensification des interventions préventives auprès des personnes infectées et auprès de leurs partenaires ainsi que la collaboration des cliniciens de première ligne sont tous des éléments qui ont pu contribuer à inverser la tendance. Le potentiel de propagation est toutefois bien présent, notamment chez les jeunes, puisque la vigie intensifiée a mis en évidence que 52 % des cas masculins et 28 % des cas féminins rapportent avoir eu de multiples partenaires et que 12 % des cas masculins ont un lien avec la prostitution²⁵. L'analyse des lieux de rencontres et l'analyse des réseaux sexuels confirment le potentiel de propagation. La hausse du taux d'incidence chez les jeunes entre 2014 et 2015 confirme que le contrôle de la propagation est précaire chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Dans l'ensemble de la population, la diminution du taux d'incidence observée en 2013 et 2014 ne s'est pas poursuivie. Bien au contraire, le taux d'incidence en 2015 est le plus élevé jamais rapporté au cours des 30 dernières années et les projections annoncent que cette progression s'intensifie en 2016. Les variations du taux d'incidence chez les hommes entre 2011 et 2015 diffèrent selon les groupes d'âge ; le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes âgés de 30 à 34 ans a augmenté de 35 % entre 2011 et 2015, et l'augmentation a été respectivement de 96 % et 67 % chez ceux âgés de 50 à 54 ans et ceux de 55 à 65 ans.

Il est donc justifié de poursuivre des interventions préventives intenses et soutenues non seulement auprès des jeunes, mais aussi auprès des hommes plus âgés, particulièrement les HARSAH.

Le dépistage fréquent de la syphilis (annuellement et aux 3 à 6 mois si les comportements sexuels à risque sont constants) est recommandé chez les HARSAH et leurs partenaires sexuels. Toutefois, le niveau d'application de cette recommandation n'est pas connu, aussi la notification des partenaires HARSAH d'une exposition à une ITS comme la syphilis demeure une opportunité à saisir pour promouvoir le dépistage des ITSS, notamment de l'infection par le VIH.

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. Il importe d'autant plus qu'elles soient avisées rapidement d'une possible exposition et qu'elles reçoivent précocement un traitement approprié le cas échéant.

L'intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels (IPPAP) est une stratégie démontrée efficace pour le contrôle de la syphilis infectieuse^{26, 27, 28}. Il est ainsi attendu que

²⁵ Avoir donné ou reçu de l'argent, de la drogue ou d'autres biens en échange de relations sexuelles.

²⁶ 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.

²⁷ Golden, M.R., E. Faxedid 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.

les cliniciens qui détectent et traitent ces cas discutent avec leurs patients de l'importance d'aviser leurs partenaires afin qu'ils soient dépistés et traités et qu'ils les soutiennent dans cette démarche. Une intervention plus intense et soutenue par un professionnel spécifiquement formé à cet effet a démontré une efficacité additionnelle et c'est pourquoi les professionnels de santé publique offrent généralement un soutien pour cette intervention. La collaboration entre les cliniciens de première ligne et les professionnels de santé publique est une condition essentielle à la lutte contre la syphilis. Toutefois, la fréquence de cas avec partenaires anonymes est l'une des limites importantes de cette intervention.

²⁸ 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

Endémique dans certains pays d'Afrique, d'Asie, d'Amérique du Sud et des Caraïbes, la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) a causé des épidémies dans plusieurs pays d'Europe, aux États-Unis et au Canada au début des années 2000. La LGV était très rare au Québec jusqu'à la survenue d'une épidémie en 2005 et 2006. Entre 2007 et 2012, le nombre de cas a fluctué entre 2 et 13 cas par année, témoignant probablement d'une transmission locale limitée. Une recrudescence est observée depuis l'été 2013. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2015

- On recense 107 cas masculins en 2015, ce qui équivaut à un taux de 2,6 cas pour 100 000 hommes. Aucun cas féminin n'a été déclaré en 2015.
- Le génotype L2b prédomine et compte pour 88 % des cas.
- La répartition selon le groupe d'âge parmi les cas masculins est la suivante : 10 cas (9 %) ont entre 15 et 24 ans, 25 (23 %) entre 25 et 34 ans, 34 (32 %) entre 35 et 44 ans et 38 (36 %) ont 45 ans ou plus.
- Parmi les cas déclarés en 2015, 89/107 (83 %) ont été enregistrés dans la région de Montréal et les 18 autres l'ont été dans les régions de Chaudière-Appalaches (2 cas), de Laval (1 cas), de Lanaudière (1 cas), des Laurentides (2 cas) et de la Montérégie (12 cas).

6.2 Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 2015

- Entre 2005 et la fin de 2015, 344 cas de LGV ont été déclarés, 341/344 sont des hommes.
- On retrouve 3 cas féminins : une en 2008 (20-24 ans, Lanaudière), une en 2012 (25-29 ans Laurentides) et une en 2014 (20-24 ans, Montréal). Seul le cas de 2012 est un cas confirmé, de génotype L2b.
- Les hommes de 45 ans et plus comptent pour 36 % des cas, ceux de 35 à 44 ans pour 30 % des cas, ceux de 25 à 34 ans pour 26 % des cas, et enfin ceux de 15 à 24 ans pour 7 %.
- La région de Montréal regroupe 85 % des cas déclarés entre 2005 et 2015. Au cours de cette période, dix autres régions ont déclaré entre un et 19 cas chacune (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie).
- La presque totalité (99 %) des cas masculins pour lesquels le sexe des partenaires est connu sont des HARSAH.

6.3 Vigie rehaussée des cas de 2013 à 2015

Depuis l'émergence de la LGV au Québec, il est demandé aux régions d'acheminer les questionnaires d'enquête épidémiologique au Bureau de surveillance et de vigie du MSSS dans le cadre d'une vigie rehaussée sur la situation épidémiologique de cette infection. Une analyse plus détaillée a été effectuée pour les cas survenus entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2015 et enregistrés au fichier MADDO en date du 6 avril 2016 (215 cas). Une analyse a été réalisée à partir des

formulaire d'enquête reçus pour ces cas soit 90 % des cas. Nous présentons ici quelques faits saillants de cette analyse²⁹.

Les proportions présentées ont été établies à partir des cas masculins pour lesquels une information valide était disponible :

- 97 % avaient des relations exclusivement avec des hommes; 4 cas avaient des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, et 1 cas avait exclusivement des partenaires de sexe féminin;
- Antécédents d'ITSS :
 - Infection par le VIH : 83 %
 - Syphilis : 78 %
 - Infection gonococcique : 76 %
 - Hépatite B³⁰ : 13 %
 - Hépatite C³¹ : 9 %
- Signes et symptômes
 - 79 % rapportaient des symptômes spécifiques associés à la LGV (rectite, lymphadénopathie inguinale, ulcération/papule) avec ou sans autres symptômes non spécifiques;
 - 17 % ne rapportaient aucun symptôme;
 - 4 % rapportaient des symptômes non spécifiques seulement (divers symptômes excluant les symptômes spécifiques décrits plus haut).

Par ailleurs :

- La majorité des cas (78 %) a été détectée dans un contexte de consultation pour symptômes; selon les informations disponibles, quelques cas (6 %) auraient été détectés parce qu'ils étaient des contacts de cas connus de LGV et 16 % dans un contexte de dépistage (probablement dépistage d'infection rectale à *Chlamydia trachomatis*).
- Une exposition potentielle hors Québec³² est mentionnée pour 23 % des cas.
- Au cours de l'année précédant l'épisode, 45 % avaient eu plus de dix partenaires au cours des douze derniers mois.
- 86 % avaient eu des partenaires anonymes³³.
- Les contextes de rencontre les plus souvent mentionnés sont internet (66 %), les saunas (62 %) et les clubs/bars (32 %).
- Le travail du sexe ou le fait d'avoir été client est rapporté pour 7 cas.

²⁹ Fiset M, Venne S. Bureau de surveillance et de vigie. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2015. Portrait épidémiologique. Octobre 2016. (inédit).

³⁰ À noter que l'information était disponible pour très peu de cas.

³¹ À noter que l'information était disponible pour très peu de cas.

³² Histoire de relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec.

³³ Information disponible pour seulement 27 cas.

- La consommation de drogues au cours des douze derniers mois est rapportée pour la moitié des cas (50 %); les drogues les plus souvent rapportées sont l'ecstasy, la méthamphétamine en cristaux (« crystal meth »), le « hasch/pot », les « poppers » et la cocaïne.

Parmi les cas survenus en 2013-2015, il a été possible de retracer au moins une infection antérieure pour 22 personnes. Ainsi les 215 épisodes déclarés correspondent à 196 personnes dont 22 (11 %) ont eu plus d'une infection.

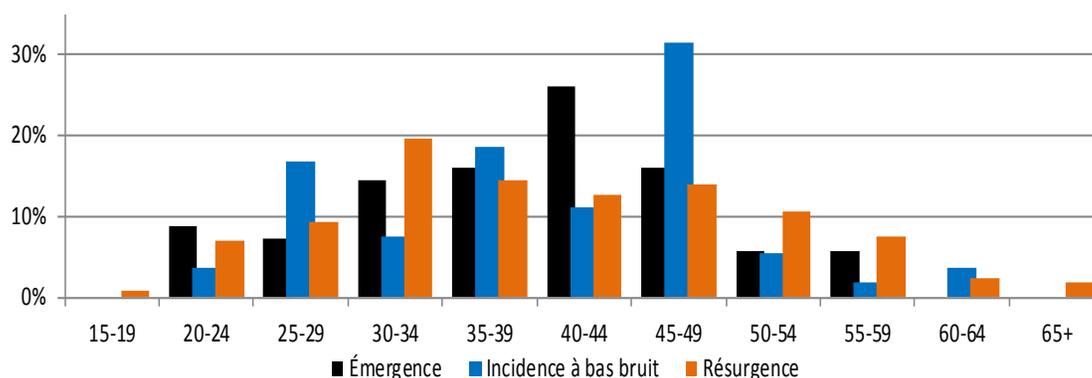
6.4 Tendances

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, le nombre de cas déclarés a augmenté, atteignant un total de 49 en 2013, 62 en 2014 et 107 en 2015 (période de résurgence). Selon les projections, le nombre de cas déclaré en 2016 sera très légèrement supérieur à celui de 2015.

La comparaison des caractéristiques des cas déclarés lors de l'émergence en 2005-2006, la période d'incidence à bas bruit (2007-2012), et la période de résurgence (2013-2015) a permis de dégager les constats suivants :

- La moyenne d'âge est stable depuis 2005; toutefois, en période de résurgence (2013-2015), la répartition est plus étalée que les périodes précédentes et le pic se trouve chez les hommes de 30 à 34 ans alors qu'il se trouvait chez les 40-44 ans et les 45-49 ans au cours des précédentes périodes.

Figure 14 Lymphogranulomatose vénérienne : répartition des cas déclarés selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2015 (N = 338)



Source : Marc Fiset, Bureau de surveillance et de vigie MSSS.

Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO) le 6 avril 2016.

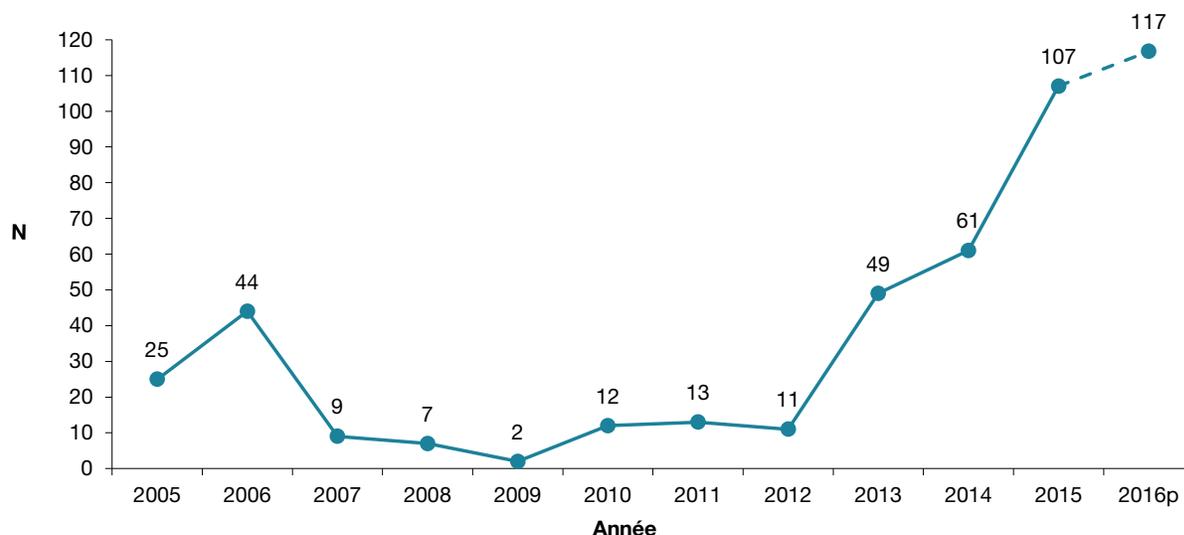
- La proportion de cas rapportant des relations sexuelles avec un partenaire résidant hors de la province est plus faible en période de résurgence (23 %) qu'en période d'émergence (36 %) ou d'incidence à bas bruit (41 %), pouvant signifier une propagation locale plus importante depuis 2013.

- La proportion de cas rapportant une infection par le VIH en période de résurgence (83 %) est beaucoup plus élevée qu'auparavant : 55 % en émergence et 60 % en période d'incidence à bas bruit.

La comparaison des caractéristiques des cas déclarés en 2013-2014 et ceux déclarés en 2015 a permis de mettre en évidence les constats suivants :

- La proportion de cas asymptomatique est plus élevée en 2015 (25 %) qu'en 2013-2014 (10 %).
- La proportion de cas rapportant une infection par le VIH est plus faible en 2015 (75 %) qu'en 2013-2014 (89 %) (à noter que la proportion de cas avec données manquantes pour cette variable est plus élevée en 2015).
- La proportion de cas pour lesquels la raison de consultation est le dépistage est passée de 6 % en 2013-2014 à 20 % en 2015.

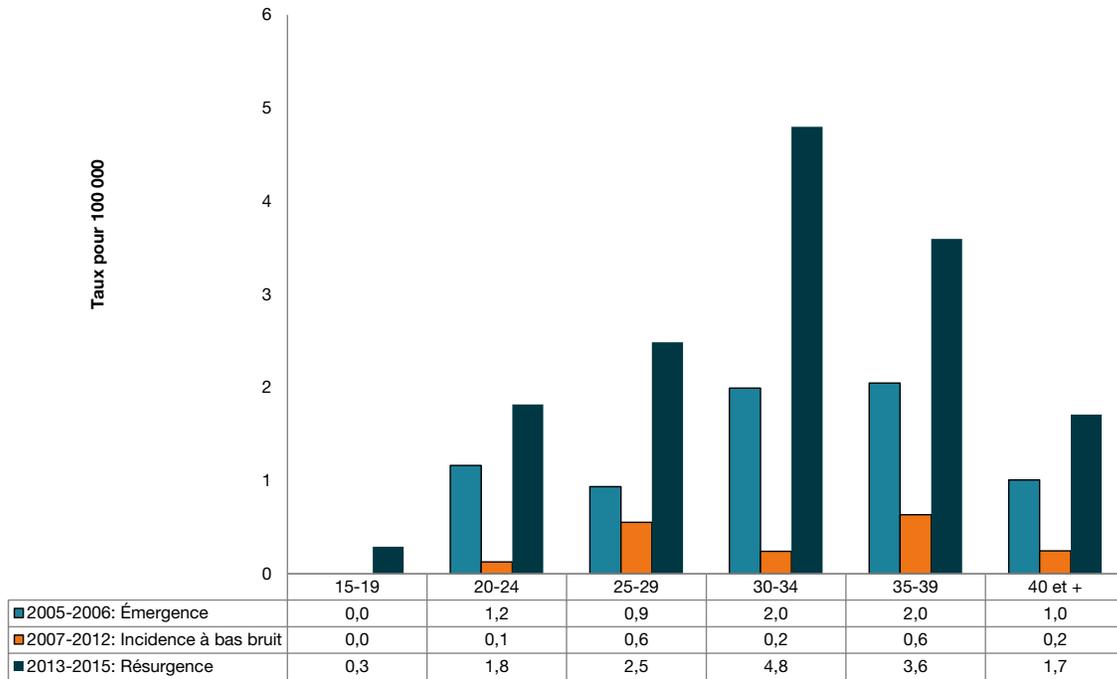
Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2016p



Notes : Pour 2016, il s'agit du nombre de cas projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Figure 16 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2015



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Tableau 9 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p

Région	2011		2012		2013		2014		2015		Moyenne 2011-2015		2016p		Variation 2015-2011			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx			N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	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	2	0,6	0	ND	0,0	ND
Capitale-Nationale	2	0,3	0	0,0	1	0,1	2	0,3	0	0,0	1,0	0,1	3	0,4	-2	-100,0	-0,3	-100,0
Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	2	0,3	0	ND	0,0	ND
Estrie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0,2	0,0	3	0,7	0	ND	0,0	ND
Montréal	9	0,5	10	0,5	43	2,2	55	2,8	89	4,5	41,1	2,1	81	4,0	80	888,9	4,0	850,9
Outaouais	0	0,0	0	0,0	2	0,5	0	0,0	0	0,0	0,4	0,1	2	0,4	0	ND	0,0	ND
Abitibi-Témiscamingue	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	2	1,1	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	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Nord-du-Québec	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Chaudière-Appalaches	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	2	0,5	0,8	0,2	2	0,4	2	ND	0,5	ND
Laval	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0,2	0,0	7	1,5	1	ND	0,2	ND
Lanaudière	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	0,2	0,6	0,1	3	0,6	1	ND	0,2	ND
Laurentides	0	0,0	1	0,2	0	0,0	2	0,3	2	0,3	1,0	0,2	2	0,3	2	ND	0,3	ND
Montérégie	2	0,2	0	0,0	1	0,1	1	0,1	12	0,9	3,2	0,2	12	0,8	10	500,0	0,7	476,5
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Terres-Cries-de-la-Baie-James	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0	0	0,0	0	ND	0,0	ND
Région non précisée							0				0,0		0		0		0,0	
Province de Québec	13	0,2	12	0,1	49	0,6	62	0,8	107	1,3	48,6	0,6	118	1,4	94	723,1	1,1	694,9

Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Les chiffres en gras pour 2015 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2015 est inférieur ou égal à celui pour la période 2010 à 2014.

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 et justifie la poursuite d'une vigie intensifiée au Québec, en concordance avec les activités de l'Agence de la santé publique du Canada. Les autorités de santé publique de plusieurs régions ont déjà adressé des appels à la vigilance aux cliniciens de leur territoire pour favoriser la détection précoce des cas et une prise en charge appropriée. Des interventions visant à informer la communauté des HARSAH ont aussi eu lieu.

Plusieurs caractéristiques des cas de LGV sont à considérer dans l'analyse de cette résurgence : la forte proportion de personnes vivant avec le VIH (PV VIH), de cas avec plus d'un épisode de LGV (qui peuvent être des réinfections ou moins vraisemblablement des échecs au traitement), la fréquentation d'internet ou de saunas et la fréquence de multiples partenaires et de partenaires anonymes. Ces informations soulèvent l'hypothèse que cette infection touche une sous-population d'HARSAH particulièrement exposée aux ITSS.

L'institut national de santé publique 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 qui auront un impact sur le contrôle de cette infection, notamment :

- un ajustement de la définition nosologique pour une meilleure surveillance;
- une recherche systématique des génotypes LGV pour tous les cas de chlamydie rectale (en vigueur, lettre envoyée au réseau des laboratoires à ce sujet en 2016);
- des précisions sur la détection et le traitement des personnes atteintes de LGV;
- des précisions sur la conduite auprès des partenaires de personnes atteintes de LGV.

En lien avec la diffusion de cet avis, le Laboratoire de santé publique du Québec est maintenant en mesure de réaliser la recherche de génotype LGV (analyse auparavant réalisée au laboratoire national de microbiologie de Winnipeg) dans le but de diminuer les délais de réception des résultats pour le clinicien et favoriser un traitement approprié plus précoce.

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. L'incidence annuelle de cas déclarés a diminué de 59 % depuis l'introduction en 1994 du programme de vaccination universel en milieu scolaire.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2015

- En 2015, 884 cas d'hépatite B de stade aigu, chronique ou non précisé ont été déclarés, ce qui équivaut à un taux de 10,7 cas pour 100 000 personnes (12,7 pour 100 000 chez les hommes et 8,6 pour 100 000 chez les femmes). Plus spécifiquement :
 - 11 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,1 pour 100 000), soit 9 hommes et 2 femmes âgés de 30 ans ou plus, sauf deux cas masculins âgés entre 25 et 29 ans et un cas féminin, entre 20 et 24 ans.
 - 873 cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé ont été rapportés (taux global de 10,5 pour 100 000), soit 514 hommes (taux de 12,5 pour 100 000), 358 femmes (taux de 8,6 pour 100 000) et un cas de sexe inconnu.
- Parmi les hommes, les taux de cas de stade chronique ou non précisé les plus élevés sont observés chez les personnes âgées de 30 à 34 ans (29,0 pour 100 000), de 35 à 39 ans (33,2 pour 100 000) et de 40 à 44 ans (30,5 pour 100 000), lesquelles comptent pour 51 % des cas masculins. Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont observés chez les personnes âgées de 25 à 29 ans (19,7 pour 100 000), de 30 à 34 ans (32,2 pour 100 000) et de 35 à 39 ans (21,2 pour 100 000), lesquelles comptent pour 56 % des cas féminins.
- Les cinq régions où sont observés les plus hauts taux d'hépatite B (de stade aigu, chronique ou non précisé) sont en ordre décroissant : Montréal (taux de 25,2 pour 100 000; 502 cas), Nord-du-Québec (14,2 pour 100 000; 2 cas), Laval (11,5 pour 100 000; 50 cas), Capitale-Nationale (9,8 pour 100 000; 72 cas) et Outaouais (8,5 pour 100 000; 33 cas). Dans les autres régions, les taux de cas déclarés varient de 0 (Nunavik) à 7,8 pour 100 000 (Estrie; 37cas).

7.2 Tendances

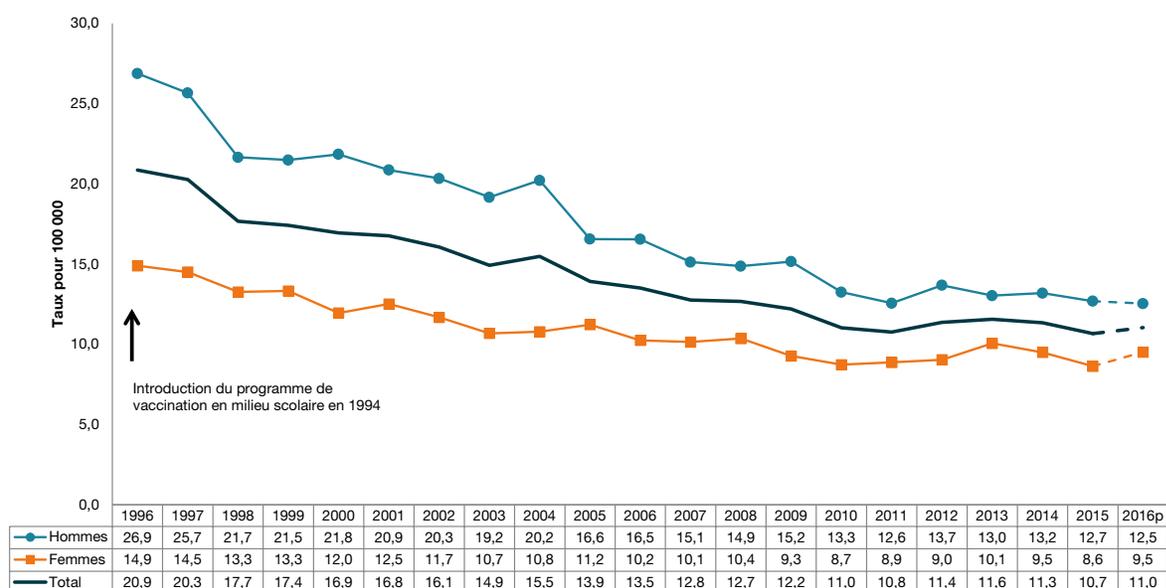
- Le taux de cas déclarés d'hépatite B de stade aigu, chronique ou non précisé a progressivement diminué de 59 % entre 1994 et 2011. Depuis 2011, le taux est plutôt stable; il le demeurera en 2016 avec un taux projeté de 11,0 cas pour 100 000.
- Entre 1995 et 1999 (soit la période des cinq premières années suivant l'introduction du programme de vaccination en milieu scolaire), l'incidence de cas déclarés d'hépatite B aiguë a diminué de 40 %; puis, au cours de la décennie suivante (entre 2000 et 2010), elle a diminué de 88 %. Plus récemment, durant la période 2011-2014, elle est demeurée relativement stable, le nombre annuel de cas ayant fluctué entre 18 et 30, pour une moyenne de 22. Après un sommet de 457 en 1992, le nombre annuel de cas aigus a chuté à 11 en 2015.

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 2015 chez des enfants de moins de 1 an (le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré au fichier des MADO en 2009), ni chez des enfants de 1 à 14 ans.

Aucun cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé n'a été déclaré chez des enfants de moins de 1 an en 2015 (ni en 2013 ou en 2014). Un total de 5 cas dans ce groupe d'âge avait été rapporté entre 2009 et 2012. En 2015, 15 cas ont été rapportés chez des enfants âgés entre 1 et 14 ans (le nombre annuel de cas chez des enfants de ce groupe d'âge a varié de 5 à 19 au cours de la période 2010-2014).

Figure 17 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1996 à 2016p

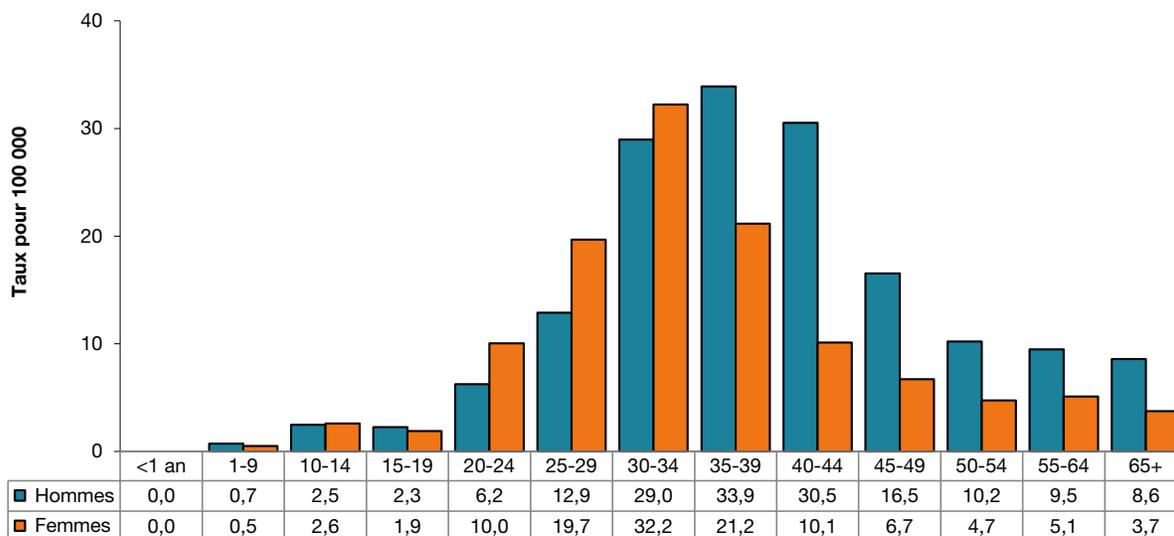


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

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

Figure 18 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2015

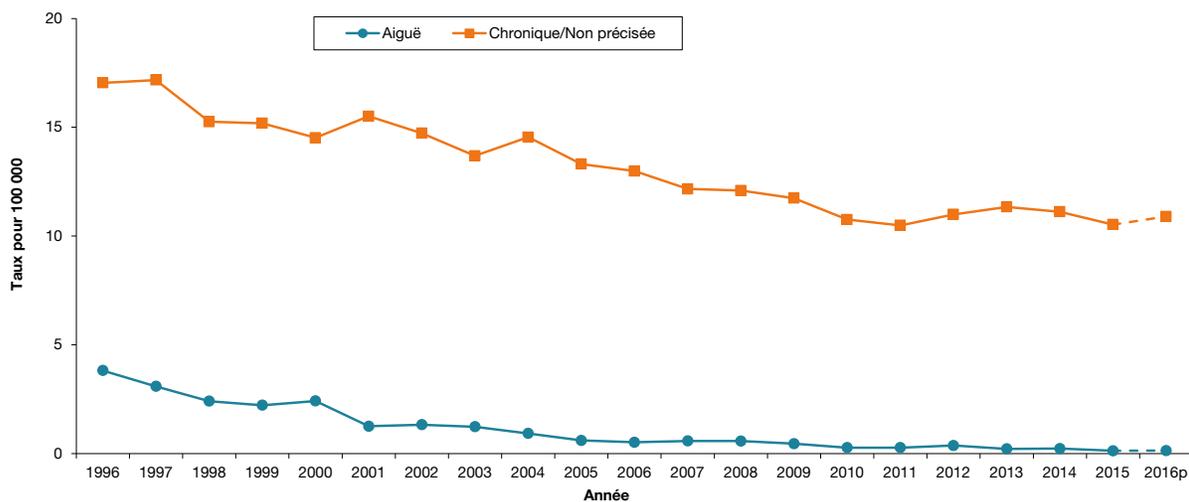


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

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

Figure 19 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1996 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Tableau 10 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p

Région	2011		2012		2013		2014		2015		Moyenne 2011-2015		2016p		Variation 2015-2011			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	4	2,0	9	4,5	7	3,5	3	1,5	5,0	2,5	5	2,5	1	50,0	0,5	50,2
Saguenay-Lac-Saint-Jean	6	2,2	14	5,0	3	1,1	8	2,9	12	4,3	8,6	3,1	7	2,4	6	100,0	2,1	99,1
Capitale-Nationale	31	4,4	66	9,2	64	8,8	56	7,7	72	9,8	57,8	8,0	59	8,0	41	132,3	5,4	124,1
Mauricie et Centre-du-Québec	12	2,4	22	4,4	15	3,0	17	3,3	23	4,5	17,8	3,5	30	5,8	11	91,7	2,1	88,5
Estrie	39	8,4	27	5,8	38	8,1	31	6,6	37	7,8	34,4	7,3	43	8,9	-2	-5,1	-0,7	-7,9
Montréal	524	27,4	512	26,4	552	28,2	565	28,6	502	25,2	531,0	27,1	501	25,0	-22	-4,2	-2,2	-7,9
Outaouais	33	8,8	46	12,2	46	12,1	42	10,9	33	8,5	40,0	10,5	53	13,4	0	0,0	-0,4	-4,0
Abitibi-Témiscamingue	6	4,1	6	4,1	7	4,7	6	4,0	4	2,7	5,8	3,9	3	2,2	-2	-33,3	-1,4	-34,2
Côte-Nord	2	2,1	2	2,1	2	2,1	3	3,1	0	0,0	1,8	1,9	2	1,7	-2	0,0	-2,1	0,0
Nord-du-Québec	0	0,0	3	21,0	1	7,0	0	0,0	2	14,2	1,2	8,4	0	0,0	2	0,0	14,2	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3	3,2	1	1,1	1	1,1	2	2,1	3	3,2	2,0	2,1	3	3,5	0	0,0	0,1	1,7
Chaudière-Appalaches	6	1,4	6	1,4	11	2,6	12	2,9	10	2,4	9,0	2,1	16	3,9	4	66,7	0,9	63,3
Laval	50	12,3	43	10,4	46	11,0	46	10,9	50	11,6	47,0	11,3	46	10,6	0	0,0	-0,7	-5,4
Lanaudière	18	3,8	15	3,1	19	3,9	17	3,4	16	3,2	17,0	3,5	15	2,9	-2	-11,1	-0,6	-15,7
Laurentides	24	4,2	24	4,2	19	3,3	19	3,2	23	3,9	21,8	3,8	10	1,6	-1	-4,2	-0,4	-8,8
Montérégie	101	7,6	127	9,5	109	8,1	102	7,5	93	6,8	106,4	7,9	128	9,2	-8	-7,9	-0,9	-11,5
Nunavik	3	24,6	1	8,0	1	7,9	0	0,0	0	0,0	1,0	7,9	0	0,0	-3	-100,0	-24,6	-100,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	12,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	5,7	0,6	3,5	2	9,2	-1	-50,0	-6,4	-53,2
Région non précisée	0		0		0		0				0,0		0		0		0,0	
Province de Québec	862	10,8	919	11,4	943	11,6	933	11,3	884	10,7	908,2	11,1	922	11,0	22	2,6	-0,1	-1,0

Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Les chiffres en gras pour 2015 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2015 est inférieur ou égal à celui pour la période 2010 à 2014.

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

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.

Cependant, il persiste un grand bassin de personnes réceptives à l'infection puisque :

- I. Le taux de la couverture vaccinale de la population scolaire est moindre que 100 %. En fait, la couverture vaccinale provinciale pour l'hépatite B chez les élèves de 4^e année n'atteint pas l'objectif fixé par le *Programme national de santé publique*, soit 90 %. Les données historiques montrent que la proportion des élèves protégés tend à diminuer depuis 2004. La baisse a été plus marquée en 2009. Depuis 2009, la couverture vaccinale se maintient autour de 86 %³⁴.
- II. 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 gratuite¹ 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, les utilisateurs de drogues dures par inhalation (ex. : crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. : paille, cuillère) et les détenus des établissements correctionnels. Par ailleurs, la vaccination est recommandée aux personnes qui prévoient séjourner en région où l'hépatite B est considérée comme endémique ainsi qu'à celles qui courent un risque professionnel d'être exposées au sang et aux produits sanguins. Des données récentes sur le niveau de couverture vaccinale au sein de ces divers groupes de personnes ne sont pas disponibles.

D'autre part, il est possible que plusieurs cas chroniques ou de stade non précisé concernent des québécois originaires de pays où l'hépatite B est fortement endémique et ayant acquis l'infection avant leur arrivée au Québec (à titre d'exemple, lors de soins de santé dans des conditions de stérilisation non optimales).

7.5 Le virus de l'hépatite B est toujours présent au Québec

La déclaration constante de cas des stades chronique et non précisé est probablement liée au bassin important que constituent les personnes qui ont contracté l'infection dans le passé et qui reçoivent maintenant un diagnostic. Cependant, la survenue d'éclosions d'hépatite B demeure encore possible. Ainsi, une éclosion de neuf cas masculins d'hépatite B aiguë a été observée dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec en 2011-2012; ces hommes étaient tous âgés entre 34 et 65 ans et n'avaient donc pas bénéficié du programme de vaccination en milieu scolaire.

³⁴ Flash Vigie, Bulletin québécois de vigie, de surveillance et d'intervention en protection de la santé publique, vol 10, no 9, novembre 2015

Le virus de l'hépatite B est encore présent au Québec, ce qui justifie de continuer les efforts pour augmenter la couverture vaccinale du programme de vaccination en milieu scolaire et pour continuer de promouvoir la vaccination auprès des groupes de personnes davantage à risque. Par ailleurs, 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. La répartition des cas déclarés selon la catégorie d'exposition n'est pas bien connue au Québec, ni le niveau d'application des mesures de prévention recommandées (par exemple, l'immunisation des partenaires sexuels et des autres contacts d'un cas). En l'absence de telles informations, il est difficile de déterminer si des efforts additionnels doivent être consentis, et le cas échéant, lesquels.

8 Hépatite C

Depuis 1990, plus de 40 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec. Au cours de la dernière décennie, le taux d'incidence de cas déclarés a diminué constamment, soit de 55 % entre 2006 et 2015. Le nombre annuel de cas confirmés d'hépatite C aiguë est faible (6 cas en 2015); compte tenu de la complexité de la confirmation d'un cas aigu, ce nombre sous-estime probablement la situation réelle. L'hépatite C est particulièrement fréquente parmi les usagers de drogues par injection.

8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2015

- Un total de 1 073 cas d'hépatite C aiguë ou de stade non précisé a été déclaré en 2015, ce qui équivaut à un taux de 12,9 cas pour 100 000 personnes (16,7 pour 100 000 chez les hommes et 8,2 pour 100 000 chez les femmes).
- Les hommes représentent 64 % de l'ensemble des cas déclarés. Les hommes âgés de 30 à 44 ans et ceux âgés de 45 à 64 ans constituent respectivement 25 % et 55 % des cas masculins. Le taux de cas déclarés est de 20 par 100 000 chez les hommes âgés de 30 à 44 ans, il est respectivement de 28,0, 36,5 et 30,5 pour 100 000 chez ceux âgés de 45 à 49 ans, de 50 à 54 ans et de 55 à 64 ans.
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés se trouvent chez les personnes âgées de 45 à 49 ans (14,6 pour 100 000) et de 55 à 64 ans (12,9 pour 100 000). Parmi les autres groupes d'âge compris entre 20 et 54 ans, le taux varie de 8,8 à 11,6 pour 100 000 selon le groupe d'âge quinquennal considéré.
- Hommes et femmes réunis, les personnes âgées de moins de 20 ans comptent pour 1,5 % de tous les cas déclarés en 2015.
- La région de Montréal a enregistré le tiers (34 %) des cas de la province. Elle présente le taux le plus élevé (18,5 cas pour 100 000). Quatre autres régions ont présenté un taux de cas déclaré supérieur à celui de la province : Laurentides (17,5 pour 100 000), Outaouais (16,9 pour 100 000), Estrie (15,1 pour 100 000) et Nord-du-Québec (14,2 pour 100 000, soit 2 cas).
- En ce qui a trait spécifiquement à l'hépatite C aiguë, 6 cas ont été déclarés en 2015 (4 hommes et 2 femmes). Ils concernaient des personnes âgées entre 20 et 44 ans.

8.2 Tendances

- Le taux de cas déclarés d'hépatite C a progressivement diminué de 74 % entre 2000 et 2015 (en 2000, l'hépatite C avait atteint un pic de 3 689 cas, soit un taux de 50,1 cas par 100 000). Pour la période de 2011 à 2015, la diminution s'est établie à 23 %. Elle s'observe tant chez les femmes (-18 %) que chez les hommes (-24 %). Selon les projections disponibles, le taux de 2016 serait similaire à celui de 2015.
- Au cours des années 2010 à 2014, le nombre moyen de cas d'hépatite C aiguë déclarés annuellement a été de 21. En 2015, il a été de 6.

Figure 20 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1996 à 2016p

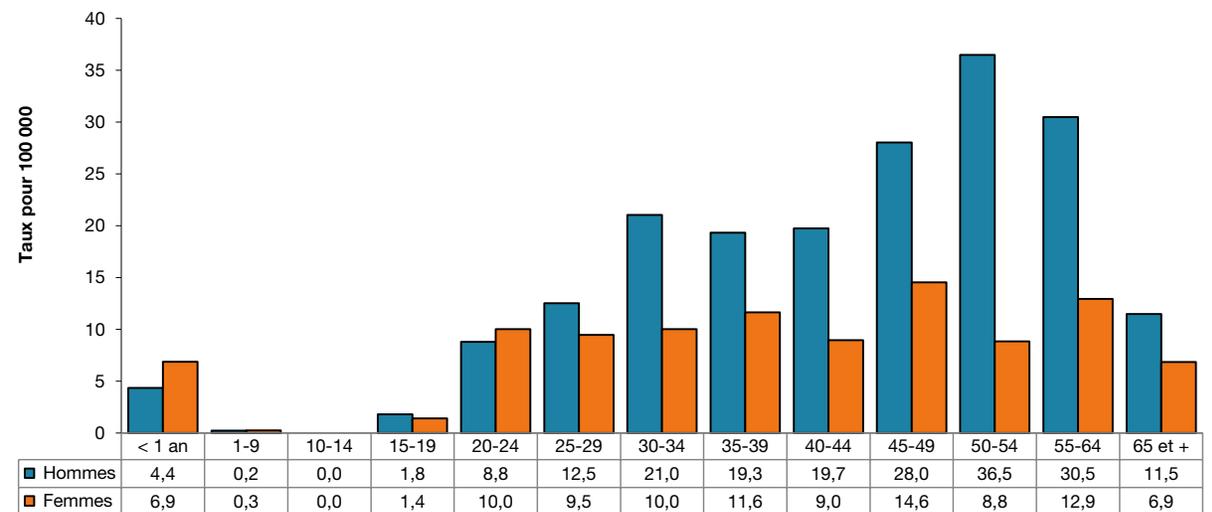


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

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

Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2015

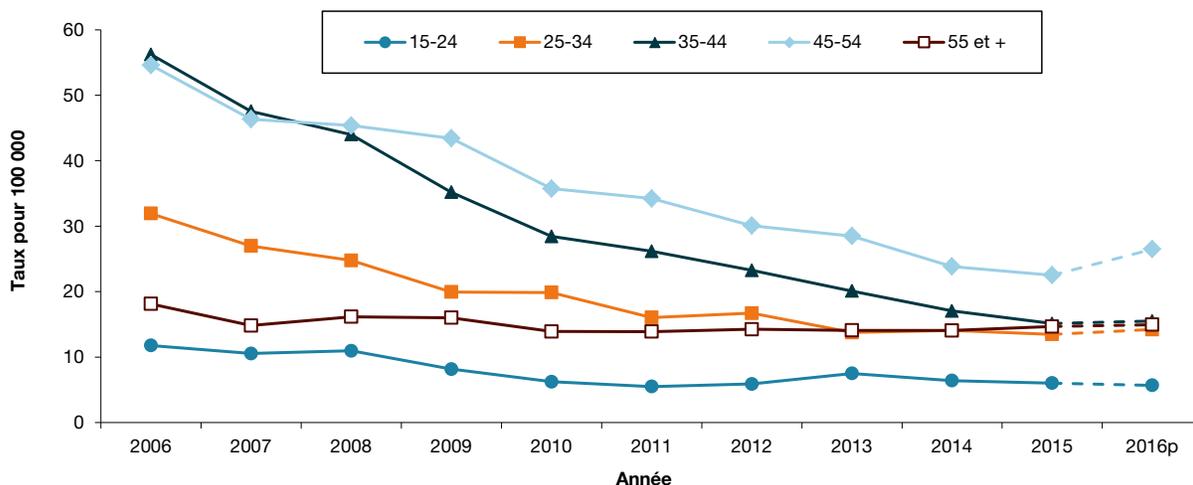


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

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

Figure 22 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2006 à 2016p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

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

Tableau 11 Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2011 à 2016p

Région	2011		2012		2013		2014		2015		Moyenne 2011-2015		2016p		Variation 2015-2011			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx			N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
Bas-Saint-Laurent	17	8,4	10	5,0	13	6,5	6	3,0	15	7,5	12	6,1	18	9,0	-2	-11,8	-1,0	-11,6
Saguenay-Lac-Saint-Jean	24	8,7	26	9,4	21	7,6	19	6,6	23	8,3	23	8,1	18	6,5	-1	-4,2	-0,4	-4,6
Capitale-Nationale	114	16,0	126	17,5	96	13,2	87	11,8	88	11,9	102	14,1	117	15,7	-26	-22,8	-4,1	-25,5
Mauricie et Centre-du-Québec	58	11,6	73	14,5	73	14,4	51	9,9	57	11,2	62	12,3	59	11,6	-1	-1,7	-0,4	-3,3
Estrie	68	14,7	69	14,8	61	13,0	54	11,4	72	15,1	65	13,8	81	16,8	4	5,9	0,4	2,8
Montréal	498	26,0	489	25,2	468	23,9	417	21,1	368	18,5	448	22,9	395	19,7	-130	-26,1	-7,5	-28,9
Outaouais	87	23,3	71	18,8	62	16,3	48	12,5	66	16,9	67	17,5	100	25,5	-21	-24,1	-6,3	-27,2
Abitibi-Témiscamingue	42	28,6	27	18,3	15	10,1	24	15,8	19	12,8	25	17,1	12	7,7	-23	-54,8	-15,8	-55,3
Côte-Nord	9	9,4	10	10,5	7	7,3	9	9,4	11	11,5	9	9,6	10	10,3	2	22,2	2,1	22,6
Nord-du-Québec	3	21,0	5	34,9	5	35,1	2	14,1	2	14,2	3	23,9	2	11,7	-1	-33,3	-6,8	-32,6
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	5	5,3	8	8,5	5	5,4	9	9,1	10	10,8	7	7,8	3	3,5	5	100,0	5,5	103,4
Chaudière-Appalaches	19	4,6	18	4,3	28	6,7	23	5,5	30	7,1	24	5,6	28	6,6	11	57,9	2,5	54,7
Laval	51	12,6	32	7,8	40	9,6	50	11,8	43	10,0	43	10,3	51	11,7	-8	-15,7	-2,5	-20,3
Lanaudière	38	8,0	39	8,1	34	7,0	58	11,7	45	8,9	43	8,7	36	7,1	7	18,4	1,0	12,3
Laurentides	164	28,9	162	28,2	175	30,1	135	23,0	104	17,5	148	25,5	48	7,9	-60	-36,6	-11,5	-39,6
Montérégie	143	10,8	132	9,9	130	9,6	124	9,1	118	8,6	129	9,6	133	9,6	-25	-17,5	-2,2	-20,7
Nunavik	2	16,4	2	16,0	2	15,8	0	0,0	0	0,0	1	9,5	0	0,0	-2	-100,0	-16,4	0,0
Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	12,1	2	11,9	1	5,9	1	5,8	2	11,3	2	9,4	3	18,3	0	0,0	-0,8	-6,4
Région non précisée	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	1 344	16,8	1 301	16,1	1 236	15,2	1 114	13,5	1 073	12,9	1 214	14,9	1 113	13,3	-271	-20,2	-3,8	-22,9

Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2016, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC. Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

8.3 Commentaires

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 des infections antérieures.

En ce qui a trait à l'hépatite C aiguë, la présentation clinique est bien souvent frustrante et les tests de laboratoire courants insuffisamment spécifiques pour distinguer une infection aiguë d'une infection chronique. En outre, la définition nosologique en vigueur au Québec aux fins de surveillance est basée sur un grand nombre de critères qui assurent une excellente spécificité, mais restreignent la capacité de reconnaître un cas comme aigu. Ainsi, le nombre de cas d'hépatite C aigus déclarés se situe possiblement bien en deçà de la réalité du nombre de cas survenant dans la communauté.

Relativement peu de renseignements sont disponibles au Québec au sujet des catégories d'exposition des cas déclarés. Les catégories d'exposition suivantes ont été rapportées pour des cas déclarés dans la région de Montréal entre 2007-2008³⁵ (n = 402; méthode d'attribution à une catégorie d'exposition par hiérarchie) : injection de drogues à vie : 45 % ; naissance dans un pays à prévalence élevée de VHC : 36 %, drogue sniffée ou fumée à vie (excluant la marijuana) : 7,5 %, réception de sang, produits sanguins, organe ou cellules souches ou insémination artificielle : 3,4 %, exposition accidentelle au sang : 2,0 %, individu infecté par le VIH ayant une histoire de relation sexuelle avec une exposition au sang : 2,0 %; autre ou aucune catégorie d'exposition identifiée : 4,1 %.

Sans traitement, l'hépatite C évolue souvent vers une infection chronique qui peut persister toute la vie et mener à des complications comme une cirrhose ou une insuffisance hépatique. Des traitements de plus en plus efficaces permettent d'éradiquer l'infection. Toutefois, la personne ainsi « guérie » demeure susceptible à l'acquisition d'une nouvelle infection. Un défi de la vigilance et de la surveillance sera de s'assurer que les réinfections fassent l'objet d'une déclaration et de pouvoir se doter d'indicateurs permettant de suivre la proportion de nouvelles déclarations en lien avec des réinfections.

Le nombre grandissant de personnes dont l'état peut nécessiter des soins spécialisés (traitement de nouvelles infections, de réinfections ou de complications d'infections chroniques) fait en sorte que, même si le nombre de cas déclarés annuellement diminue, le fardeau de l'hépatite C sur le système de santé augmente en raison des coûts élevés du traitement.

L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les utilisateurs de drogues ainsi que la sous-estimation du nombre réel de cas aigus constituent des enjeux reconnus. D'autres enjeux sont de plus en plus préoccupants : la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les HARSAH qui sont aussi des PVVIH, la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les UDI.

³⁵ Jochem K, Leclerc P, Maurais E, Tremblay C, Cox J. 2014. Accuracy of physician reporting in routine public health surveillance, for hepatitis C virus infection. *Public Health Rep.* 129(1):64-72.

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 exhaustif étant diffusé à ce sujet, seuls les éléments principaux sont rapportés ici. Au total, 9 355 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés dans le cadre du programme entre avril 2002 et décembre 2015. Parmi ceux-ci, on compte 4 904 nouveaux diagnostics³⁶, 4 046 anciens diagnostics et 405 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 2015³⁷

- En 2015, 609 infections par le VIH ont été enregistrées : 299 nouveaux diagnostics, 300 anciens diagnostics et 10 cas pour lesquels on ne peut préciser s'il s'agit d'un ancien ou d'un nouveau diagnostic.
- Les cas sans numéro d'assurance maladie (NAM) sont comptabilisés depuis avril 2012. En 2015, 78 cas (47 anciens diagnostics et 31 nouveaux diagnostics) sans NAM ont été enregistrés et sont inclus dans les données.
- Les hommes représentent 83,3 % des nouveaux diagnostics.
 - Parmi les nouveaux diagnostics chez les hommes (n = 249), 11,7 % ont entre 15 et 24 ans, 34,5 % ont entre 25 et 34 ans, 22,1 % ont entre 35 à 44 ans, 16,1 % ont entre 45 et 54 ans et 15,7 % ont 55 ans ou plus.
 - Quant aux nouveaux diagnostics chez les femmes (n = 50), 14,0 % ont entre 15 à 24 ans, 32,0 % ont entre 25 et 34 ans, 20,0 % ont entre 35 et 44 ans, 14,0 % ont entre 45 et 54 ans et 14,0 % ont 55 ans ou plus.
 - En 2015, l'âge médian des nouveaux diagnostics est de 36,8 ans chez les femmes et de 38,9 ans chez les hommes.
 - En 2015, pour l'ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s'établit à 3,6 cas pour 100 000 personnes. La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur (8,8 cas pour 100 000 personnes). Les taux des autres régions sont inférieurs à la moyenne provinciale en 2015.

9.1.1 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS ENREGISTRÉS EN 2015

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2015 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont :

- Les **HARSAH**, lesquels représentent 75,5 % des cas masculins (cette dernière proportion s'élevant à 78,3 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI). En 2015, on enregistrait

³⁶ 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.

³⁷ Bitera, R. et collab., *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2015*, 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, 2016, 27 p. Données fournies avant publication par R. Bitera le 16 août 2016.

188 nouveaux diagnostics chez les HARSAH. Ils se répartissent comme suit : 13,8 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 39,4 % de 25 à 34 ans, 19,2 % de 35 à 44 ans, 15,4 % avaient entre 45 et 54 ans et 12,2 % avaient 55 ans ou plus.

- Les **personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique**³⁸, lesquelles représentent 15,4 % de l'ensemble des cas de nouveaux diagnostics, soit 9,2 % des cas masculins et 46,0 % des cas féminins. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente chez les femmes. Près de la moitié ($14/31 = 45,2$ %) des cas de nouveaux diagnostics sans NAM ayant été enregistrés en 2015 concernent des personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique ($9/25 = 36,0$ % des cas masculins et $5/6 = 83,3$ % des cas féminins).
- Les **personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'autres pays où l'infection n'est pas fortement endémique**, lesquelles représentent 15,7 % des cas de nouveaux diagnostics (9,6 % des cas masculins et 46,0 % des cas féminins).

Cette catégorie inclut les personnes hétérosexuelles dont le partenaire présente un facteur de risque connu, les personnes ayant de multiples partenaires, des contacts avec des travailleuses ou des travailleurs du sexe, des antécédents d'ITSS, ayant séjourné dans des pays où l'infection par le VIH est fortement endémique et celles pour lesquelles il n'y a aucune précision sur les partenaires.

- Les **UDI** (excluant les HARSAH qui sont aussi UDI), lesquels représentent 2,7 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2015 (2,4 % des cas masculins et 4,0 % des cas féminins). Chez les hommes, la proportion s'élève à 5,2 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI. En 2015, 8 nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez les UDI, soit 6 hommes et 2 femmes (excluant les HARSAH-UDI).

9.1.2 TRANSMISSION VERTICALE

Depuis avril 2002, un total de 40 nouveaux diagnostics de transmission mère-enfant ont été enregistrés dont 16 concernaient des enfants nés au Canada. Parmi ces derniers, 10 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 et 78 en 2015). Ce changement apporté au programme de surveillance doit être pris en considération lors de l'interprétation des tendances. Il est possible de dégager de l'analyse les constats suivants :

- Entre 2006 et 2010, on observe une moyenne de 366 nouveaux diagnostics de VIH par année. La moyenne est de 318 pour la période 2011-2015, soit une baisse de 13,1 %. Une diminution plus prononcée est observée lorsque les cas sans NAM sont exclus³⁹;
- Chez les hommes, le nombre annuel moyen de cas de nouveaux diagnostics de VIH s'établissait à 304 entre 2006 et 2010. Il est de 266 pour la période 2011-2015, soit une diminution de 12,5 %⁴⁰.

³⁸ Pays qui affichent un taux important d'infection par le VIH et où le mode de transmission prédominant est le contact hétérosexuel.

³⁹ Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2015, la moyenne pour la période 2011-2015 serait de 292 nouveaux cas et la diminution atteindrait 20,2 %.

Cette évolution varie selon le groupe d'âge. La diminution du nombre de nouveaux diagnostics s'observe surtout chez les hommes âgés de 35 à 59 ans;

- Chez les femmes, on comptait, en moyenne, 62 cas de nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2006 et 2010. Le nombre annuel moyen est de 52 cas au cours de la période 2011-2015, soit une diminution de 16,1 %⁴¹;
- Entre 2003 et 2015, la diminution des cas de nouveaux diagnostics observée chez les personnes originaires de pays fortement endémiques est plus importante comparativement à celles observées chez les HARSAH et chez les personnes hétérosexuelles d'origine canadienne ou de pays où le VIH n'est pas fortement endémique (diminutions respectives de 34,3 %, 15,7 % et 14,6 %).

9.2.1 LES UDI

- Le nombre annuel moyen de cas féminins de nouveaux diagnostics enregistrés dans cette catégorie est passé de 9 pour la période 2006-2010 à 6 pour la période 2011-2015 (diminution de 33,3 %). Le nombre annuel moyen de cas masculins (incluant les HARSAH-UDI) est passé de 26 pour la période 2006-2010 à 16 pour la période 2011-2015 (diminution de 38,5 %).
- Entre 2003 et 2015, la proportion des UDI parmi les cas de nouveaux diagnostics est passée de 15,8 % à 2,7 %. En incluant les HARSAH-UDI, ces proportions sont respectivement de 19,9 % et 5,0 %. Parmi l'ensemble des cas enregistrés (nouveaux et anciens diagnostics), la proportion d'UDI est passée de 22,3 % en 2003 à 4,4 % en 2015. En incluant les HARSAH-UDI, ces proportions sont respectivement de 26,4 % et 6,9 %.

9.2.2 LES HARSAH

- La proportion des HARSAH parmi les cas de **nouveaux diagnostics** enregistrés chez les hommes est passée de 69,0 % en 2006 à 75,5 % en 2015.
- Depuis 2003, le nombre annuel de cas de nouveaux diagnostics chez les HARSAH a oscillé entre un maximum de 258 en 2006 et un minimum de 173 en 2014. Le nombre annuel moyen s'établissait à 224 entre 2006 et 2010, alors qu'il était de 198 entre 2011 et 2015 (diminution de 11,6 %). Toutefois, les tendances observées diffèrent beaucoup selon le groupe d'âge :
 - Chez les HARSAH âgés de 35 à 44 ans, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics a baissé de 72 pour la période 2006-2010 à 43 pour la période 2011-2015, soit une diminution de 40,3 %;
 - Chez les HARSAH de 15 à 24 ans, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics est passé de 16 cas au cours de la période 2006-2010, à 28 au cours de la période 2011-2015, soit une hausse de 75,0 %⁴². Toutefois, la hausse concerne surtout la période 2009-2013, puisqu'on retrouve en 2014 et en 2015 des nombres de cas comparables à ceux des années 2010 et 2011.

D'une part, il s'agit de petits nombres de cas, d'autre part la hausse semble se stabiliser, aussi la prudence s'impose-t-elle dans l'interprétation des résultats;

⁴⁰ Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2015, la diminution atteindrait 18,1 %.

⁴¹ Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2015, la diminution atteindrait 29,0 %.

⁴² Différence statistiquement significative.

- Chez les autres groupes d'âge, on observe une tendance à la hausse, non statistiquement significative pour les HARSAH de 25 à 34 ans et ceux de 55 ans et plus, ainsi qu'une tendance à la baisse, également non statistiquement significative, pour les HARSAH de 45-54 ans.

9.3 Estimation de l'incidence, de la prévalence et de la mortalité

Selon les estimations produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada⁴³, environ 670 personnes (entre 460 et 880) auraient contracté le VIH durant l'année 2014; ce nombre est légèrement inférieur au nombre estimé pour l'année 2011, soit environ 760 personnes (entre 520 et 1 000), et au nombre estimé pour l'année 2008, soit environ 819 personnes (entre 540 et 1 100).

Selon ces mêmes estimations, environ 19 870 personnes (entre 15 940 et 23 800) étaient infectées par le VIH au Québec (chiffre qui comprend les personnes ayant développé le sida) en 2014. Comme l'infection par le VIH est chronique et que le taux de mortalité s'y rapportant connaît une régression, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même si le nombre de cas incidents diminue.

Tableau 12 Infection par le VIH : nombre de cas, selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2015

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	
2002 ^a	277	83	0	0	360	183	47	0	0	230	55	26	0	0	81	671
2003	339	117	1	0	457	355	88	0	0	443	33	13	0	0	46	946
2004	267	80	0	0	347	305	87	0	0	392	48	14	0	0	62	801
2005	229	80	0	1	310	337	83	0	0	420	8	5	0	0	13	743
2006	198	55	1	0	254	374	81	0	1	456	12	3	0	0	15	725
2007	215	75	0	0	290	280	56	0	0	336	22	4	0	0	26	652
2008	200	66	2	0	268	329	60	0	0	389	14	2	0	0	16	673
2009	209	60	0	0	269	256	51	0	0	307	33	7	0	0	40	616
2010	162	42	0	0	204	281	60	0	0	341	17	0	0	0	17	562
2011	138	49	0	0	187	281	40	0	0	321	17	4	0	0	21	529
2012	200	88	0	0	288	268	55	0	0	323	14	6	0	0	20	631
2013	196	84	0	0	280	299	63	0	0	362	17	4	0	0	21	663
2014	155	77	0	0	232	233	52	0	0	285	16	1	0	0	17	534
2015	216	82	2	0	300	249	50	0	0	299	8	2	0	0	10	609
Total	3 001	1 038	6	1	4046	4 030	873	0	1	4 904	314	91	0	0	405	9 355

Notes : Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans numéro d'assurance-maladie (NAM). À partir d'avril 2012, les cas sans NAM ont pu être enregistrés au Programme. Le total inclut les cas sans NAM enregistrés entre 2012 et 2015.

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

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

Transsexuel : inclus transsexuelles H-F et transsexuels F-H.

^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.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2016.

⁴³ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2011*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014, 22p. Communication personnelle pour les données de 2014, novembre 2015.

Tableau 13 Infection par le VIH : nombre et proportion de cas par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2015

	Total des cas	HARSAH	HARSAH -UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hommes											
2002 ^a	515	52,4	5,0	23,3	7,8	2,3	0,6	0,4	6,4	1,2	0,6
2003	727	56,9	5,4	20,1	6,9	2,5	0,4	0,1	6,2	1,4	0,1
2004	620	58,7	6,1	14,8	8,1	2,3	0,2	0	7,7	1,5	0,6
2005	574	61,3	4,9	13,2	9,4	1,9	0,3	0,7	6,1	1,0	1,0
2006	584	61,5	5,7	14,2	8,2	1,4	0,5	0,3	7,9	0,0	0,3
2007	517	66,0	3,7	10,3	6,4	1,7	1,0	0,2	9,3	0,8	0,8
2008	543	67,8	4,2	9,0	7,9	3,9	0,0	0,0	6,1	0,0	1,1
2009	498	72,3	3,6	6,4	5,8	1,8	1,2	0,8	6,0	0,2	1,8
2010	460	72,0	3,7	6,3	7,6	1,7	0,4	0,2	7,2	0,7	0,2
2011	436	69,3	3,2	7,3	9,2	3,2	0,5	0,2	5,0	1,1	0,9
2012	482	67,8	3,5	5,0	13,9	3,1	0,4	0,2	5,4	0,0	0,6
2013	512	69,1	2,9	4,9	12,3	2,3	0,2	0,0	5,9	0,2	2,1
2014	404	68,8	3,5	8,2	10,6	2,7	0,0	0,0	4,7	0,7	0,7
2015	473	71,2	3,2	4,7	10,6	2,1	1,1	0,2	6,1	0,0	0,8
s/total	7345	64,8	4,3	11,1	8,8	2,3	0,5	0,2	6,5	0,7	0,8
Femmes											
2002 ^a	156	-	-	28,2	44,2	11,5	0,6	1,9	12,2	0,0	1,3
2003	218	-	-	29,8	44,5	11	0,0	0,5	11,9	1,4	0,9
2004	181	-	-	22,7	44,2	12,7	0,0	2,8	16,0	0,0	1,7
2005	168	-	-	22,6	41,7	14,9	0,0	0,6	15,5	0,0	4,8
2006	139	-	-	21,6	41	18	0,7	0,7	15,8	0,0	2,2
2007	135	-	-	22,2	45,9	12,6	0,0	0,7	18,5	0,0	0,0
2008	128	-	-	10,9	53,1	19,5	0,8	0,0	9,4	0,8	5,5
2009	118	-	-	16,9	49,2	14,4	0,0	1,7	14,4	0,0	3,4
2010	102	-	-	11,8	53,9	13,7	0,0	0,0	16,7	0,0	3,9
2011	93	-	-	8,6	53,8	15,1	0,0	0,0	14	0,0	8,6
2012	149	-	-	10,1	61,1	11,4	0,0	0,0	14,1	0,0	3,4
2013	151	-	-	9,9	61,6	4,6	0	0,7	17,9	0,7	4,6
2014	130	-	-	10,8	62,3	10,8	0,0	0,0	10,0	0,8	5,4
2015	134	-	-	3,7	64,2	20,9	0,0	0,0	9,0	0,7	1,5
s/total	2002	-	-	17,5	50,8	13,4	0,1	0,7	13,9	0,3	3,1

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

Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec mutl part, contact travailleur(euse) du sexe, ant 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 2012-2015 et des sous-totaux et totaux.

^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.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2016.

Tableau 13 Infection par le VIH : nombre et proportion de cas par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition, sexes réunis, Québec, avril 2002 à décembre 2015 (suite)

	Total des cas	HARSAH	HARSAH-UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tous les cas											
2002^a	671	40,2	3,9	24,4	16,2	4,5	0,6	0,7	7,7	0,9	0,7
2003	945	43,8	4,1	22,3	15,6	4,4	0,3	0,2	7,5	1,4	0,3
2004	801	45,4	4,7	16,6	16,2	4,6	0,1	0,6	9,6	1,1	0,9
2005	742	47,4	3,8	15,4	16,7	4,9	0,3	0,7	8,2	0,8	1,9
2006	723	49,7	4,6	15,6	14,5	4,6	0,6	0,4	9,4	0,0	0,7
2007	652	52,3	2,9	12,7	14,6	4,0	0,8	0,3	11,2	0,6	0,6
2008	671	54,8	3,4	9,4	16,5	6,9	0,1	0	6,7	0,1	1,9
2009	616	58,4	2,9	8,4	14,1	4,2	1,0	1	7,6	0,2	2,1
2010	562	58,9	3,0	7,3	16,0	3,9	0,4	0,2	8,9	0,5	0,9
2011	529	57,1	2,6	7,6	17,0	5,3	0,4	0,2	6,6	0,9	2,3
2012	631	51,8	2,7	6,2	25,0	5,1	0,3	0,2	7,4	0,0	1,3
2013	663	53,4	2,3	6,0	23,5	2,9	0,2	0,2	8,6	0,3	2,7
2014	534	52,1	2,6	8,8	23,2	4,7	0,0	0	6	0,7	1,9
2015	607	55,5	2,5	4,4	22,4	6,3	0,8	0,2	6,8	0,2	1,0
TOTAL	9347	50,9	3,4	12,5	17,8	4,7	0,4	0,4	8,1	0,6	1,3

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

Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec mutl part, contact travailleur(euse) du sexe, ant 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 2012-2015 et des sous-totaux et totaux.

^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.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2016.

Tableau 14 Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition et par sexe, Québec, avril 2002 à décembre 2015

	Total des cas	HARSAH	HARSAH -UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Hommes											
2002 ^a	183	62,8	1,1	10,4	10,4	3,8	0,0	0,0	8,7	1,1	1,6
2003	355	62,8	5,1	13,5	6,8	3,4	0,0	0,0	7,0	1,4	0,0
2004	305	63,6	4,6	8,5	9,8	2,0	0,0	0,0	9,2	1,6	0,7
2005	337	69,4	2,7	8,0	8,0	2,4	0,0	0,0	6,8	1,5	1,2
2006	374	69,0	3,7	6,4	10,2	1,9	0,3	0,3	8,0	0,0	0,3
2007	280	73,6	2,9	5,4	6,1	1,4	0,0	0,0	10,0	0,7	0,0
2008	329	72,0	4,6	5,5	5,5	5,2	0,0	0,0	6,7	0,0	0,6
2009	256	77,7	1,6	5,9	5,1	2,0	0,0	0,4	7,4	0,0	0,0
2010	281	77,9	3,2	2,8	7,5	2,1	0,0	0,0	6,0	0,4	0,0
2011	281	70,8	2,1	5,3	8,2	4,3	0,0	0,4	6,4	1,4	1,1
2012	268	74,3	2,6	2,6	10,1	4,1	0,0	0,0	6,3	0	0,0
2013	299	76,6	2,7	2,0	8,0	3,0	0,0	0,0	6,0	0,3	1,3
2014	233	74,2	2,1	4,7	10,3	3,9	0,0	0,0	4,7	0,0	0,0
2015	249	75,5	2,8	2,4	9,2	2,8	0,0	0,0	6,8	0,0	0,4
s/total	4030	71,3	3,1	6,1	8,1	3,0	0,0	0,1	7,2	0,6	0,5
Femmes											
2002 ^a	47	-		23,4	42,6	17,0	0,0	0,0	14,9	0,0	2,1
2003	88	-		25,0	52,3	11,4	0,0	0,0	9,1	0,0	2,3
2004	87	-		16,1	47,1	16,1	0,0	1,1	17,2	0,0	2,3
2005	83	-		15,7	43,4	18,1	0,0	0,0	19,3	0,0	3,6
2006	81	-		21,0	33,3	24,7	0,0	1,2	18,5	0,0	1,2
2007	56	-		23,2	44,6	12,5	0,0	0,0	19,6	0,0	0,0
2008	60	-		8,3	45,0	26,7	0,0	0,0	15,0	1,7	3,3
2009	51	-		9,8	49,0	25,5	0,0	0,0	15,7	0,0	0,0
2010	60	-		8,3	48,3	18,3	0,0	0,0	20,0	0,0	5,0
2011	40	-		12,5	42,5	25,0	0,0	0,0	15,0	0,0	5,0
2012	55	-		12,7	49,1	21,8	0,0	0,0	12,7	0,0	3,6
2013	63	-		17,5	54,0	6,3	0,0	0,0	19,0	1,6	1,6
2014	52	-		7,7	55,8	21,2	0,0	0,0	13,5	1,9	0,0
2015	50	-		4,0	46,0	40,0	0,0	0,0	6,0	2,0	2,0
s/total	873	-		15,3	46,5	19,6	0,0	0,2	15,6	0,5	2,3

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

Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec mutl part, contact travailleur(euse) du sexe, ant 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 2012-2015 et des sous-totaux et totaux.

^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.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2016.

Tableau 14 Infection par le VIH : nombre et proportion de nouveaux diagnostics par année du prélèvement, par catégorie principale d'exposition, sexes réunis, Québec, avril 2002 à décembre 2015 (suite)

	Total des cas	HARSAH	HARSAH-UDI	UDI	Pays endém.	Rel Hétéro part à risque	Facteur de coag.	Receveur transfus.	Rel Hétéro. Part SRI	Aucun risqué id.	Mère-enfant
	N	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Tous les cas											
2002^a	230	50,0	0,9	13,0	17,0	6,5	0,0	0	10,0	0,9	1,7
2003	443	50,3	4,1	15,8	15,8	5,0	0,0	0	7,4	1,1	0,5
2004	392	49,5	3,6	10,2	18,1	5,1	0,0	0,3	11,0	1,3	1,0
2005	420	55,7	2,1	9,5	15,0	5,5	0,0	0,0	9,3	1,2	1,7
2006	455	56,7	3,1	9,0	14,3	5,9	0,2	0,4	9,9	0,0	0,4
2007	336	61,3	2,4	8,3	12,5	3,3	0,0	0,0	11,6	0,6	0,0
2008	389	60,9	3,9	5,9	11,6	8,5	0,0	0,0	8,0	0,3	1,0
2009	307	64,8	1,3	6,5	12,4	5,9	0,0	0,3	8,8	0,0	0,0
2010	341	64,2	2,6	3,8	14,7	5,0	0,0	0,0	8,5	0,3	0,9
2011	321	62,0	1,9	6,2	12,5	6,9	0,0	0,3	7,5	1,2	1,6
2012	323	61,6	2,2	4,3	16,7	7,1	0,0	0,0	7,4	0,0	0,6
2013	362	63,3	2,2	4,7	16,0	3,6	0,0	0,0	8,3	0,6	1,4
2014	285	60,7	1,8	5,3	18,6	7,0	0,0	0,0	6,3	0,4	0,0
2015	299	62,9	2,3	2,7	15,4	9,0	0,0	0,0	6,7	0,3	0,7
TOTAL	4903	58,6	2,6	7,7	15,0	5,9	0,0	0,1	8,7	0,6	0,8

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

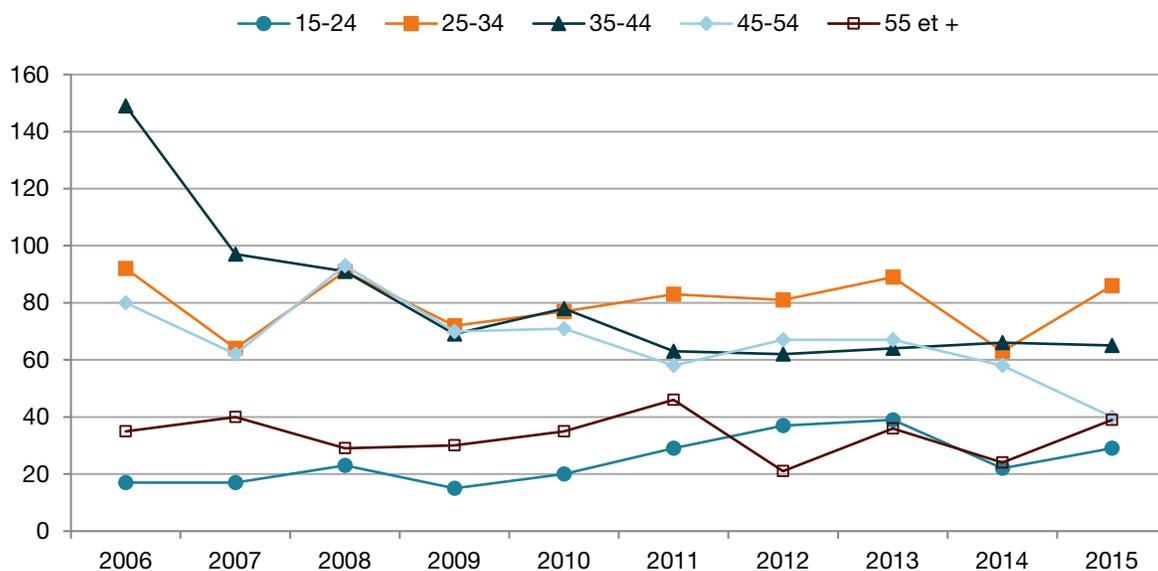
Rel hétéro part SRI : relations hétérosexuelles avec partenaire sans risque identifié, mais avec mutl part, contact travailleur(euse) du sexe, ant ITS, séjour pays endémique, sans précision sur part.

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 2012-2015 et des sous-totaux et totaux.

^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.

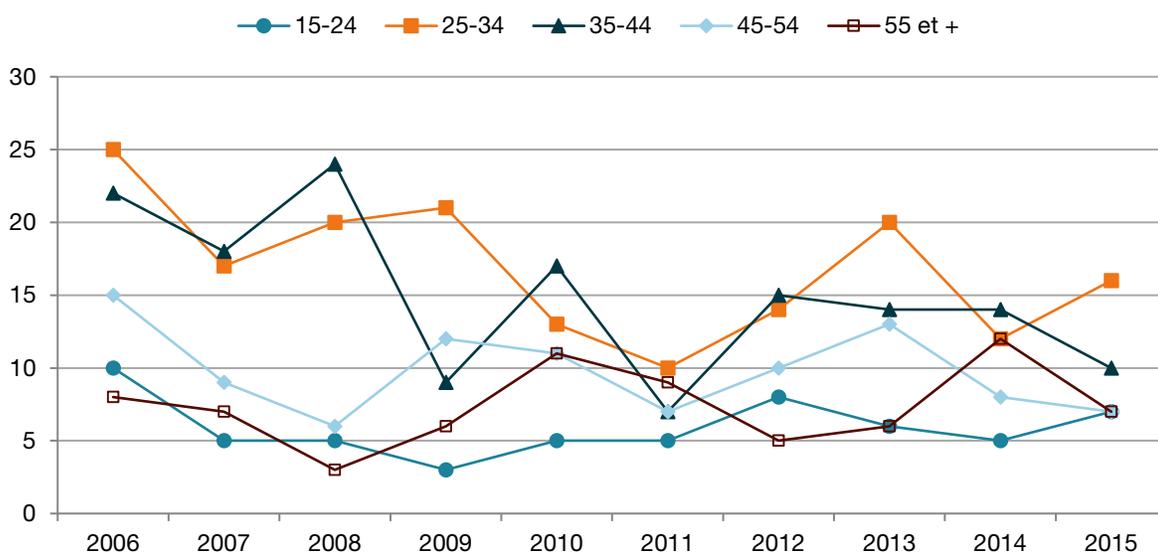
Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2016.

Figure 23 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 ans et plus, Québec, de 2006 à 2015



Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, Institut national de santé publique du Québec.

Figure 24 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 ans et plus, Québec, de 2006 à 2015



Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH, Institut national de santé publique du Québec.

Tableau 15 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2011 à 2015

Région	2011		2012		2013		2014		2015		Variation 2015-2011			
	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
Bas-Saint-Laurent	2	1,0	8	4,0	4	2,0	1	0,5	3	1,5	1	50,0	0,5	50,0
Saguenay-Lac-Saint-Jean	2	0,7	5	1,9	4	1,5	2	0,7	4	1,4	2	100,0	0,7	100,0
Capitale-Nationale	28	4,0	31	4,5	24	3,4	20	2,8	21	2,9	-7	-25,0	-1,1	-27,5
Mauricie et Centre-du-Québec	3	0,6	20	4,0	12	2,4	8	1,6	8	1,6	5	166,7	1,0	166,7
Estrie	13	4,2	5	1,6	10	3,2	8	2,5	4	0,8	-9	-69,2	-3,4	-81,0
Montréal	192	10,0	182	9,4	221	11,3	171	8,7	175	8,8	-17	-8,9	-1,2	-12,0
Outaouais	14	3,6	4	1,1	9	2,4	10	2,6	4	1,0	-10	-71,4	-2,6	-72,2
Abitibi-Témiscamingue	1	0,7	1	0,7	2	1,4	3	2,1	3	2,0	2	200,0	1,3	185,7
Côte-Nord	0	0,0	1	1,1	0	0,0	1	1,1	3	3,1	3	ND	3,1	ND
Nord-du-Québec	1	7,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-1	0,0	-7,1	0,0
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	0	0,0	0	0,6	0	0,0	0	0,0	-1	0,0	-1,1	0,0
Chaudière-Appalaches	2	0,5	3	0,7	7	1,7	7	1,7	3	0,7	1	50,0	0,2	40,0
Laval	17	4,2	11	2,7	15	3,6	12	2,9	10	2,3	-7	-41,2	-1,9	-45,2
Lanaudière	10	2,1	7	1,5	7	1,4	5	1,0	12	2,4	2	20,0	0,3	14,3
Laurentides	8	1,4	9	1,6	10	1,7	5	0,9	13	2,2	5	62,5	0,8	57,1
Montérégie	27	1,9	36	2,4	37	2,5	31	2,1	36	2,6	9	33,3	0,7	36,8
Nunavik	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,2	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	ND	0,0	ND
Province de Québec	321	4,0	323	4,0	362	4,5	285	3,5	299	3,6	-22	-6,9	-0,4	-10,0

Notes : Taux exprimés pour 100 000 personnes. L'incidence est estimée 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 2015. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

Depuis l'année 2012, le nombre inclut 357 cas sans NAM. Parmi ceux-ci, 277 étaient de la région 6, 30 de la région 16, 14 de la région 13, et moins de 10 cas de chacune des autres régions. Cette information doit être prise en compte dans l'interprétation de la variation pour ces régions.

Source : Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2016.

9.4 Commentaires

Le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH tend à diminuer, à la fois globalement, chez les hommes et chez les femmes. La diminution concerne toutes les catégories d'exposition. Toutefois, le nombre de cas enregistrés chez les HARSAH demeure élevé, malgré cette légère diminution encourageante. L'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics observée chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans entre 2009 et 2013 a également soulevé une préoccupation, bien qu'elle doive être interprétée avec précaution en raison du petit nombre de cas. Il sera important de suivre attentivement l'évolution de la situation dans certains groupes d'âge.

Au Québec, même s'il faut interpréter avec prudence les données du Programme de surveillance de l'infection par le VIH, compte tenu des limites de ce système⁴⁴, la diminution du nombre annuel de nouveaux diagnostics est en cohérence avec une légère diminution du nombre estimé de cas incidents⁴⁵. Cette diminution pourrait refléter un impact positif des interventions de lutte contre l'infection par le VIH : par exemple, le dépistage précoce et la prise en charge des cas détectés, des thérapies hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale, et des approches comportementales mieux adaptées.

En outre, au cours des cinq dernières années, une moyenne annuelle de 318 nouveaux diagnostics a été enregistrée, ce qui est inférieur aux estimations d'incidence de l'ASPC pour l'année 2015 (entre 460 et 880 cas). Il est difficile de savoir si la réalité est plus près de la marge inférieure ou de la marge supérieure.

ONUSIDA a récemment publié de nouvelles cibles à atteindre d'ici 2020⁴⁶. Selon des études de modélisation, l'atteinte de ces cibles permettrait de contrôler l'épidémie mondiale de VIH d'ici 2030, et aurait des impacts énormes en termes de santé et d'économie. Ces cibles sont, d'ici 2020, 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 indétectable. Ce modèle assume également que 95 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevront des traitements antirétroviraux et auront une charge virale indétectable d'ici 2030. La surveillance des cibles proposées par ONUSIDA permettrait certainement de mieux orienter les interventions.

⁴⁴ 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 collab., *op. cit.*).

⁴⁵ Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, *Actualités en épidémiologie du VIH/sida – Chapitre 1 : Estimations de la prévalence et de l'incidence de l'infection à VIH au Canada pour 2011*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2014, 22p. Communication personnelle pour les données de 2014, novembre 2015.

⁴⁶ 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>.

Populations particulièrement touchées

10 Contexte

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs ITSS : les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue), les hommes gais et autres HARSAH, les personnes qui utilisent des drogues, les personnes incarcérées, les québécois originaires de régions où la prévalence du VIH est particulièrement élevée, les Autochtones ainsi que les travailleurs et travailleuses du sexe. Cela s'explique par une vulnérabilité physiologique ou sociale, par une prévalence et une incidence plus élevées des ITSS à l'intérieur de ces groupes et par des pratiques qui augmentent le risque d'être exposé.

Les éditions des années 2011, 2012 et 2013 du Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Québec ont couvert de façon détaillée les données épidémiologiques alors disponibles concernant respectivement les jeunes âgés de 15 à 24 ans, les hommes gais (et autres HARSAH) et les personnes qui utilisent des drogues par injection.

À l'annexe 3, le Portrait 2015 présente, sous forme de tableaux, une variété d'indicateurs extraits des enquêtes intégrées biologiques et comportementales menées au cours des dernières années auprès de populations particulièrement touchées. Certaines de ces études incluent des informations sur la prévalence (et parfois l'incidence) de l'infection par le VIH de même que sur des composantes de la « cascade de soins ».

11 Prévalence et incidence de l'infection par le VIH

On estime que la prévalence de l'infection par le VIH dans la population générale québécoise est de 0,2 %⁴⁷; la prévalence varie beaucoup d'un groupe de population à l'autre (tableau 16).

- **UDI.** Pour l'ensemble de la période 2003-2015, la prévalence du VIH était de 14,0 % parmi les participants à l'étude SurvUDI)⁴⁸. Elle était de 14,7 % pour l'année 2014; environ 1 UDI sur 6 serait donc infecté. La prévalence augmentait avec l'âge pour atteindre un maximum chez les 40 ans et plus (20,5 %). Elle était plus élevée parmi les participants recrutés dans les programmes urbains (18,7 % dans la région de Montréal, 13,8 % dans la région de la Capitale Nationale, 10,6 % à Ottawa) que dans les programmes semi-urbains (de 3,2 % à 10,8 %).

Le taux d'incidence des cinq dernières années pour lesquelles des analyses sont disponibles (2009 à 2013) était de 0,79 par 100 personnes-années (ce qui signifie que, en moyenne, parmi les personnes UDI n'ayant pas le VIH au début d'une année, environ 0,8 % le contracteront au cours des douze mois suivants). Après une diminution entre 1995 et 2002, le taux d'incidence du VIH apparaît maintenant relativement stable.

- **HARSAH.** En 2008-2009, environ 1 HARSAH québécois sur 7 (13,5 %) était infecté par le VIH⁴⁹. Cette prévalence était de 18 % chez les HARSAH âgés de 40 à 49 ans. Elle était de 15 % à Montréal, de 9,8 % dans la région métropolitaine de Montréal (sans l'île de Montréal) et de 9,2 % dans les autres régions du Québec. Elle était de 24 % chez les répondants HARSAH ayant déjà fait usage de drogues par injection dans leur vie et de 12,6 % chez ceux qui n'en avaient jamais fait usage. On estimait que 1,3 % des HARSAH non infectés contractait le VIH chaque année.
- **Personnes incarcérées.** En 2014, la prévalence du VIH était de 1,8 % chez les hommes et 0,8 % chez les femmes recrutées dans des centres de détention de compétence provinciale⁵⁰. Parmi les personnes s'étant déjà injectée de la drogue, ces prévalences étaient respectivement de 6,7 % et 2,9 %.
- **Personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.** Lors d'une étude menée en 2013-2014⁵¹, la prévalence du VIH était de 1,7 % (1,2 % chez les hommes et 2,4 % chez les femmes) parmi des Montréalais originaires d'Afrique subsaharienne et de 0,8 % (0,9 % chez les hommes et 0,8 % chez les femmes.) parmi des Montréalais originaires des Caraïbes anglophones. Ces prévalences étaient un peu plus élevées que celle de 0,2 % mise en évidence dans la

⁴⁷ Public health agency of Canada, Quebec HIV Prevalence and Incidence Estimates used to construct the 2014 National HIV Estimates: October 30, 2015.

⁴⁸ P. Leclerc, et collab., Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2015 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2015, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2017, Présentation powerpoint, publication à venir.

⁴⁹ G. Lambert, et collab., ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes : Rapport synthèse, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2012.

⁵⁰ Courtemanche Y., Étude de prévalence du virus de l'immunodéficience humaine et du virus de l'hépatite C chez les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux du Québec. Mémoire de maîtrise en épidémiologie sous la direction du Dr Michel Alary, Université Laval, 2015.

⁵¹ A. Fall, et collab., *Surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones*, Montréal, Canada, Direction de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2014, 124 p.

communauté haïtienne en 2010 (il s'agissait de 2 personnes infectées sur 780, toutes deux nées en Haïti)⁵².

- **Jeunes de la rue.** En 2011-2012, 1,1 % des jeunes de la rue étaient infectés par le VIH (soit 2 des 174 participants ayant donné un échantillon sanguin)⁵³.

Tableau 16 Prévalence du VIH dans différents groupes de la population

Groupe	Année de collecte	Prévalence (%)	Incidence (par 100 personnes-années)
Personnes utilisatrices de drogues par injection	2009-2013		0,79
	2003-2015	14,0	
Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes	2008-2009	13,5	1,3
Personnes incarcérées (UDI et non UDI amalgamées)	2014	1,9, H 0,8, F	ND
Personnes originaires <ul style="list-style-type: none"> • d'Afrique sub-saharienne • des Caraïbes anglophones 	2013-2014	1,7 Afrique sub-saharienne 0,8 Caraïbes anglophones	ND
Jeunes de la rue	2011-2012	1,1	ND
Personnes originaires d'Haïti	2007-2008	0,2	ND

⁵² A. Adrien, et collab., *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale* – 2^{ième} édition. Direction de la santé publique, Régie de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2010, 85 p.

⁵³ P. Leclerc, et collab., *Surveillance des ITSS et des comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, ix, 49 p.

12 Cascade de soins

Dans un document publié en octobre 2014, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)⁵⁴ a mis de l'avant les cibles suivantes en regard de la cascade de soins : à l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable et 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

Le niveau d'atteinte de ces cibles au sein de chacun des groupes de population particulièrement touchés au Québec n'est pas connu précisément. Toutefois, quelques données apportent un éclairage :

1. À l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique.

■ UDI

La proportion de participants ayant déjà eu au moins une fois dans leur vie un test de dépistage du VIH a augmenté significativement entre 2003 et 2014, atteignant 95,6 % en 2014⁵⁵. La proportion de participants ayant eu un test de dépistage du VIH au cours de la dernière année a également augmenté significativement entre 2003 et 2014, atteignant 70,4 % en 2014.

L'ignorance du statut d'infection a diminué de façon importante et statistiquement significative entre 2003 et 2014. En 2003, 23 % des participants infectés par le VIH l'ignoraient, alors que cette proportion était seulement de 7,4 % en 2014.

■ HARSAH

La proportion d'HARSAH ayant passé un test de détection du VIH au cours des douze derniers mois a nettement augmenté en 2008-2009 par rapport à 2005 (59 % contre 46 %)⁵⁶. En 2008-2009, environ 15 % des HARSAH québécois infectés par le VIH ignoraient leur infection (cette proportion était de 23 % en 2005). Parmi ceux qui ne savaient pas qu'ils étaient infectés, 4 répondants sur 10 n'avaient pas subi de test au cours des douze derniers mois. Ces données ont été colligées il y a sept ans. Il est probable que la proportion d'HARSAH ignorant leur statut d'infection a continué à baisser par la suite.

■ Personnes incarcérées dans des centres de détention de compétence provinciale

Sept hommes sur dix (69 %) et les trois quarts des femmes (74 %) incarcérés avaient déjà passé un test de détection du VIH au cours de leur vie⁵⁷. En moyenne, le temps écoulé depuis le dernier test de détection était de 43 mois. Ce délai ne variait pas selon que le sujet était un homme ayant des relations sexuelles avec des hommes (HARSAH) ou non.

Pratiquement le tiers (31 %) des individus infectés par le VIH ignoraient leur statut au moment de l'étude. Cette proportion était plus élevée parmi les non-UDI : six des sept non-UDI infectés

⁵⁴ Programme commun canadien des Nations Unies sur le VIH/SIDA, 90-90-90, une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du SIDA, octobre 2014.

⁵⁵ Leclerc *et al.*, 2014. op cit.

⁵⁶ Lambert et collab. 2013. op cit.

⁵⁷ Courtemanche, 2014. op cit.

ignoraient leur statut. Aucune différence significative dans la proportion d'individus ignorant leur statut n'a été observée entre les HARSAH et les non-HARSAH.

- Personnes originaires d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes anglophones.

Au total, 80 % des Africains subsahariens comparativement à 61 % des Caribéens anglophones avaient déjà passé un test de dépistage du VIH au cours de leur vie⁵⁸; les deux tiers de ceux-ci (68 % des Africains subsahariens et 69 % des Caribéens anglophones) avaient passé leur dernier test au cours des deux années précédentes. Par ailleurs, 61 % des Africains subsahariens séropositifs pour le VIH ignoraient leur statut sérologique. Aucun des Caribéens anglophones ne savait qu'il était infecté. Cette proportion de personnes ignorant qu'elles étaient séropositives était beaucoup plus élevée que celle observée dans d'autres groupes de population.

La proportion de personnes ignorant qu'elles sont infectées varie donc beaucoup selon le groupe de population. Globalement, on estime que 21,7 % des 19 870 personnes vivant avec le VIH en 2014 au Québec ignoraient qu'elles étaient infectées⁵⁹.

2. À l'horizon 2020, 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti-rétroviral durable.

- UDI

Parmi les UDI se sachant infectés par le VIH, la consultation d'un médecin pour cette infection est demeurée stable entre 2004 et 2014, fluctuant environ de 84 % à 95 % selon les années⁶⁰. La prise de médicaments pour le VIH au moment de l'enquête a augmenté significativement entre 2003 et 2014.

- HARSAH

En ce qui a trait aux HARSAH qui se savaient infectés, 68 % prenaient des médicaments contre le VIH au moment de l'enquête⁶¹. À nouveau, il est probable que cette proportion ait augmenté au cours des années suivantes, d'autant plus que les recommandations portant sur le moment d'amorcer un traitement antirétroviral ont évolué; en 2015, la prise d'une médication rétrovirale a été recommandée pour toutes les personnes infectées, quel que soit leur décompte des CD4 ou leur niveau de charge virale.

- Personnes incarcérées

Pratiquement neuf individus infectés par le VIH sur dix (89 %) ont rencontré leur médecin dans les 6 mois précédant leur incarcération. Parmi les individus infectés par le VIH connaissant leur statut, les trois quarts (77 %) étaient sous traitement lors de leur présente incarcération⁶².

- Personnes originaires d'Afrique sub-saharienne et des Caraïbes anglophones

Au total, 61 % de l'ensemble des participants recrutés dans ces deux communautés n'avaient pas de médecin de famille ou de fournisseur de soins de santé primaire (soit 67 % des Africains

⁵⁸ Fall et collab., 2014. op cit.

⁵⁹ Public health agency of Canada, Quebec - estimate of number living with HIV at end 2014 (includes diagnosed and undiagnosed), 2015.

⁶⁰ Leclerc et collab., 2014. op cit.

⁶¹ Lambert et collab., 2013. op cit.

⁶² Courtemanche, 2014. op cit.

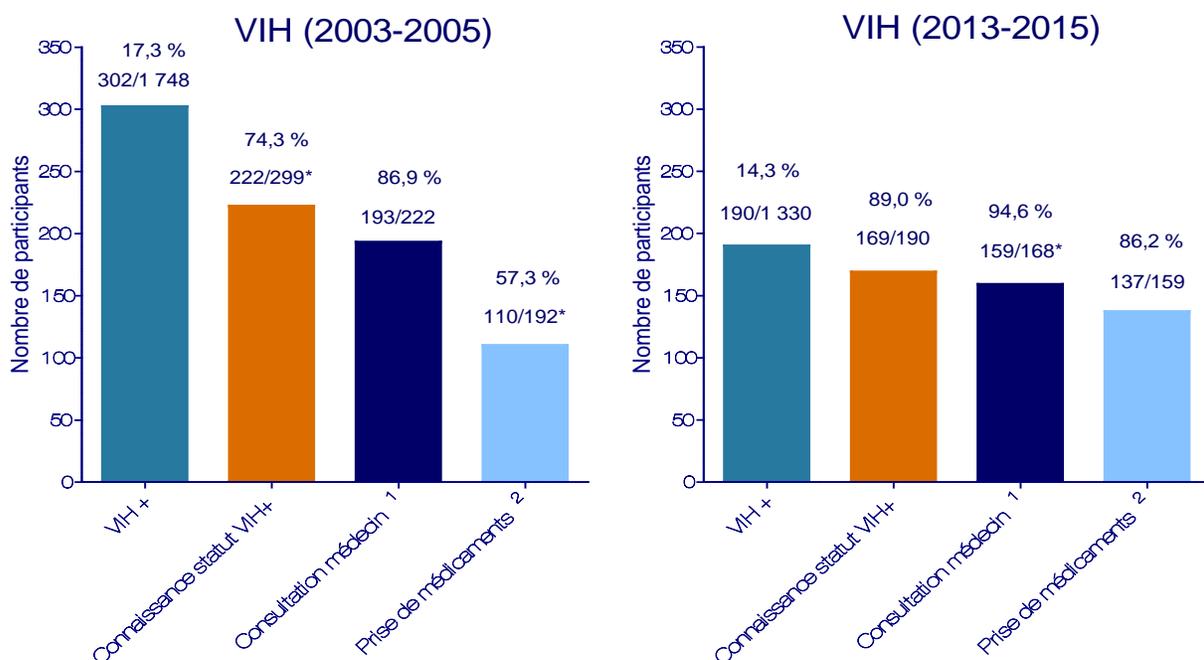
subsahariens et 47 % des Caribéens anglophones)⁶³, comparativement à la proportion de 35 % pour l'ensemble des Montréalais mise en évidence lors de l'enquête TOPO réalisée en 2012⁶⁴. La proportion de personnes infectées sous traitement au moment de l'enquête n'a pas été documentée.

3. À l'horizon 2020, 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

La proportion de personnes infectées avec charge virale supprimée selon le groupe de population demeure peu documentée.

La figure suivante produite par l'équipe de l'étude SurvUDI fait état d'indicateurs de la cascade de soins VIH chez les UDI et de l'évolution de ceux-ci entre 2003-2005 et 2013-2015. L'évolution de la proportion des personnes avec charge virale supprimée n'est pas disponible mais la comparaison des deux premiers indicateurs est encourageante. En effet, la première cible est atteinte depuis l'année 2009 (excepté en 2011), considérant que plus de 90 % des participants à SurvUDI connaissent leur statut sérologique pour le VIH. La deuxième cible est en bonne voie d'être atteinte, la proportion de participants séropositifs pour le VIH rapportant la prise actuelle d'antirétroviraux ayant augmenté de façon progressive, passant de 47,2 % en 2004 à 85,8 % en 2014.

Figure 25 Éléments de la cascade de soins des infections par le VIH, pour les participants recrutés du 1^{er} avril 2003 au 31 mars 2005 et du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2015, réseau SurvUDI



Notes : Réseau – à la visite la plus récente pour la période.

* Sauf pour la première barre où il s'agit du nombre total de participants, le dénominateur d'une barre est toujours le numérateur de la barre précédente. Les différences sont dues à la présence de données manquante.

¹ Consultation d'un médecin dans les 6 derniers mois; ² Prise actuelle de médicaments.

⁶³ Fall et collab., 2014. op cit.

⁶⁴ Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2014). Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants, 2012.

En fait, l'évaluation (globale et au sein de chacun des groupes d'intérêt) du niveau d'atteinte des cibles proposées par l'ONUSIDA constitue un défi. Les études de surveillance intégrées biologiques et comportementales sont sujettes à des limites : modalités de recrutement et taille des échantillons pouvant affecter la validité externe des observations, biais de rappel, de littératie et de désirabilité sociale pouvant affecter la validité interne des observations, collecte trop ancienne pour être vraiment utile, indicateurs non captés ou captés avant l'introduction de nouvelles recommandations. Le monitoring du moment d'acquisition de l'infection, du moment d'initiation et du niveau d'adhésion à la thérapie antirétrovirale de même que celui du niveau de la charge virale des personnes infectées est particulièrement complexe.

Le contrôle de l'épidémie du sida passe par l'application de mesures concrètes et énergiques pour assurer aux populations les plus touchées le dépistage et le traitement de l'infection au VIH. Des travaux sont en cours au Québec pour optimiser la surveillance du VIH afin d'être en mesure de bien connaître la situation quant aux cibles de l'ONUSIDA et ainsi prioriser les interventions.

Annexe 1

**Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de
certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2015**

Tableau 17 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les hommes, Québec, 2015

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ¹		Hépatite B ²		Hépatite C ³		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁴	Tx ⁵
< 1 an	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,4	0	0,0
1-9	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	3	0,7	1	0,2	0	0,0
10-14	7	3,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	2,5	0	0,0	0	0,0
15-19	1 158	521,6	158	71,2	1	0,5	18	8,1	5	2,3	4	1,8	5	2,3
20-24	3 152	1 155,6	598	219,2	9	3,3	74	27,1	17	6,2	24	8,8	24	8,8
25-29	1 877	691,5	591	217,7	6	2,2	84	30,9	35	12,9	34	12,5	52	19,2
30-34	1 112	383,5	493	170,0	19	6,6	106	36,6	84	29,0	61	21,0	34	11,7
35-39	636	215,7	327	110,9	17	5,8	94	31,9	100	33,9	57	19,3	30	10,2
40-44	393	146,4	222	82,7	17	6,3	60	22,3	82	30,5	53	19,7	25	9,3
45-49	250	89,9	168	60,4	17	6,1	80	28,8	46	16,5	78	28,0	18	6,5
50-54	240	74,2	165	51,0	11	3,4	101	31,2	33	10,2	118	36,5	22	6,8
55-64	150	25,4	121	20,5	7	1,2	80	13,6	56	9,5	180	30,5	27	4,6
65 et +	34	5,2	13	2,0	3	0,5	14	2,1	56	8,6	75	11,5	12	1,8
Inconnu	7		3		0		0		1		0		0	
Total	9 017	218,7	2 860	69,4	107	2,6	711	17,2	523	12,7	687	16,7	249	6,0

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

¹ Comprends tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

² Comprends tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

³ Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁴ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enregistrés en 2015 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2016.

⁵ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

Tableau 18 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les femmes, Québec, 2015

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ¹		Hépatite B ²		Hépatite C ³		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁴	Tx ⁵
< 1 an	2	4,6	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	6,9	0	0,0
1-9	2	0,5	1	0,3	0	0,0	0	0,0	2	0,5	1	0,3	2	0,5
10-14	132	68,5	7	3,6	0	0,0	0	0,0	5	2,6	0	0,0	1	0,5
15-19	4 532	2 125,4	242	113,5	0	0,0	3	1,4	4	1,9	3	1,4	0	0,0
20-24	6 031	2 241,0	367	136,4	0	0,0	2	0,7	27	10,0	27	10,0	7	2,6
25-29	2 437	922,4	186	70,4	0	0,0	6	2,3	52	19,7	25	9,5	7	2,6
30-34	1 046	374,7	117	41,9	0	0,0	6	2,1	90	32,2	28	10,0	9	3,2
35-39	569	200,8	52	18,4	0	0,0	2	0,7	60	21,2	33	11,6	3	1,1
40-44	300	116,7	28	10,9	0	0,0	2	0,8	26	10,1	23	9,0	7	2,7
45-49	137	51,1	21	7,8	0	0,0	2	0,7	18	6,7	39	14,6	4	1,5
50-54	63	19,9	16	5,1	0	0,0	1	0,3	15	4,7	28	8,8	3	0,9
55-64	46	7,8	11	1,9	0	0,0	2	0,3	30	5,1	76	12,9	5	0,9
65 et +	7	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	3,7	55	6,9	2	0,2
Inconnu	30		1		0		0		1		1		0	
Total	15 334	367,8	1 050	25,2	0	0,0	26	0,6	360	8,6	342	8,2	50	1,2

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

¹ Comprends tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

² Comprends tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

³ Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁴ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enregistrés en 2015 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2016.

⁵ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

Tableau 19 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2015

Âge	Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ¹		Hépatite B ²		Hépatite C ³		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁴	Tx ⁵
< 1 an	3	3,4	1	1,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	6,7	0	0,0
1-9	2	0,2	2	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,6	2	0,2	2	0,2
10-14	139	35,2	7	1,8	0	0,0	0	0,0	10	2,5	0	0,0	1	0,3
15-19	5 692	1 307,8	400	91,9	1	0,2	21	4,8	9	2,1	8	1,8	5	1,1
20-24	9 193	1 696,5	968	178,6	9	1,7	76	14,0	45	8,3	51	9,4	31	5,7
25-29	4 318	806,2	779	145,4	6	1,1	90	16,8	87	16,2	59	11,0	59	11,0
30-34	2 160	379,5	610	107,2	19	3,3	112	19,7	174	30,6	90	15,8	43	7,6
35-39	1 209	209,1	379	65,6	17	2,9	96	16,6	160	27,7	90	15,6	33	5,7
40-44	693	131,9	250	47,6	17	3,2	62	11,8	108	20,6	77	14,7	32	6,1
45-49	387	70,9	189	34,6	17	3,1	82	15,0	64	11,7	120	22,0	22	4,0
50-54	303	47,3	181	28,3	11	1,7	102	15,9	48	7,5	147	23,0	25	3,9
55-64	196	16,6	132	11,2	7	0,6	82	7,0	86	7,3	256	21,7	32	2,7
65 et +	41	2,8	13	0,9	3	0,2	14	1,0	86	5,9	130	8,9	14	1,0
Inconnu	113		15		0		0		2		37		0	
Total	24 449	294,9	3 926	47,4	107	1,3	737	8,9	884	10,7	1 073	12,9	299	3,6

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

¹ Comprends tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

² Comprends tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

³ Comprends tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁴ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Les cas sans NAM enregistrés en 2015 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2016.

⁵ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

Annexe 2

Données du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS), de 2011 à 2015

Données du programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS), de 2011 à 2015

Introduction

Au Québec, depuis avril 1992, le *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS)* permet aux personnes atteintes d'une ITS, ainsi qu'aux personnes ayant été en contact avec une personne atteinte, de se procurer gratuitement les médicaments prescrits pour le traitement de leur infection. Seuls les médicaments apparaissant dans la section MTS de la publication *Liste des médicaments* sont remboursés dans le cadre de ce programme. Pour pouvoir bénéficier de la gratuité des médicaments, la personne doit présenter sa carte d'assurance maladie et une ordonnance médicale comprenant, en plus des informations habituelles, un code spécifique référant au programme (codes K et L, décrits plus loin).

Notes méthodologiques

SOURCE DES DONNÉES

Les données concernant la période à l'étude 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

Une analyse descriptive a d'abord été effectuée. Le nombre et les caractéristiques des médicaments remboursés, la nature des prescriptions, 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 2011 à 2015. La définition d'ordonnance retenue pour cette analyse représente le regroupement de médicaments reçus à une même date de service, par un bénéficiaire. Des combinaisons de médicaments sont également présentées par ordonnance, ces combinaisons ayant été déterminées en considérant tous les médicaments remboursés (prescrits) à une même date de service pour un même bénéficiaire. Pour cette analyse, la dose totale du médicament reçue lors du service a été calculée en faisant le produit du dosage par la quantité reçue.

MISE EN GARDE



Une ordonnance répétée⁶⁵ 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.

Comme la banque de données ne contient pas de renseignements sur le diagnostic, celui-ci a été estimé à partir du traitement prescrit et des recommandations contenues dans les Guides de traitement pharmacologique des ITSS publié par l'INESSS⁶⁶.

⁶⁵ Une ordonnance remise à une date ultérieure. Le délai entre deux ordonnances peut être très court. Consulter le texte sous le tableau 25 pour une comparaison de définitions d'ordonnances reçues au cours de périodes plus longues.

Résultats

Nombre et caractéristiques des médicaments prescrits et des prescripteurs, 2011-2015

Selon le tableau 20, le nombre total de médicaments prescrits a augmenté entre 2011 et 2015, de 50 753 médicaments prescrits en 2011 à 65 725 en 2015.

Le tableau 21 présente les principaux antibiotiques prescrits en 2015. Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment sont l'azithromycine, la céfixime, la ceftriaxone et la pénicilline G (benzathine).

La majorité des médicaments ont été prescrits par des omnipraticiens, suivis des résidents, des obstétriciens-gynécologues et des gynécologues (tableau 22).

Le tableau 23 décrit la nature des prescriptions, c'est-à-dire si l'antibiotique a été prescrit à une personne atteinte (code K) ou à un cas contact (code L). Globalement, le rapport entre le nombre de personnes atteintes et le nombre de cas contact semble assez stable ou très légèrement à la baisse entre 2011 et 2015. Pour l'ensemble de la période, ce rapport est plus élevé chez les femmes (2,2) que chez les hommes (1,4).

Nombre et sexe des bénéficiaires, description des ordonnances répétées

Le nombre de bénéficiaires différents chaque année a augmenté progressivement, passant de 32 383 bénéficiaires en 2011 à 41 952 en 2015. Davantage d'hommes que de femmes ont reçu des médicaments au cours de cette période, et le rapport entre hommes et femmes semble assez stable.

Le tableau 25 présente une description du nombre d'ordonnances par bénéficiaire, pour la période entre 2011 et 2015. En 2015, la grande majorité des bénéficiaires ont eu une seule ordonnance (35 851). Un nombre non négligeable de bénéficiaires ont eu entre 2 et 5 ordonnances (5 946), mais seulement 155 en ont eu 5 ou plus.

Une ordonnance répétée 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 (par exemple : changement ou ajout d'antibiotiques pour des raisons cliniques diverses, notamment en cas de réaction allergique).

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

Le tableau 26 montre la fréquence des principales combinaisons de traitements et réfère aux recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITSS⁶⁷.

La prescription de ciprofloxacine, de céfixime ou de ceftriaxone prescrites seules est de plus en plus rare, alors que certaines combinaisons de choix alternatifs demeurent assez fréquemment prescrites.

⁶⁶ 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).

⁶⁷ Consulter le site Web de l'Institut d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) pour connaître ses plus récentes recommandations concernant le traitement des ITSS (www.inesss.qc.ca/index.php).

Tableau 20 Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contact (code L), Province, 2011 à 2015

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Femmes	21 930	23 246	24 625	25 233	26 097	121 131
Hommes	28 823	30 906	33 304	35 480	39 628	168 141
Total	50 753	54 152	57 929	60 713	65 725	289 272

Tableau 21 Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2015

Médicaments prescrits	2015		
	Femmes	Hommes	Total
Clarithromycine	0	0	0
Probénécide	0	0	0
Tétracycline	0	1	1
Autres médicaments ¹	0	2	2
Non précisé	2	1	3
Norfloxacine	0	2	2
Triméthoprime/sulfaméthoxazole	11	7	18
Érythromycine	5	2	7
Céfuroxime axetil	13	20	33
Pénicilline G sodique	0	22	22
Lévofloxacine	54	24	78
Amoxicilline	81	18	99
Ofloxacine	33	54	87
Ciprofloxacine	102	171	273
Métronidazole	703	131	834
Pénicilline G (benzathine)	78	1 568	1 646
Ceftriaxone	605	2 905	3 510
Doxycycline	2 193	2 188	4 381
Cefixime	3 655	7 837	11 492
Azithromycine	18 562	24 675	43 237
Total	26 097	39 628	65 725

¹ Médicaments regroupés dans la catégorie « autres médicaments » : lidocaïne, véhicules pour suspension orale et eau stérile pour injection (petits volumes).

Tableau 22 Répartition du nombre de médicaments selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2015

Spécialité du prescripteur	2015		
	Femmes	Hommes	Total
Spécialité manquante	178	225	403
Omnipraticiens	22 529	34 752	57 281
Résidents	998	2 029	3 027
Infectiologues	417	1 029	1 446
Dermatologues	8	11	19
Obstétriciens-gynécologues	1 501	897	2 398
Urologues	18	18	36
Autres spécialités	448	667	1 115
Total	26 097	39 628	65 725

Tableau 23 Nombre de médicaments selon la nature du cas (codes K - personne atteinte et L - cas contact) et le sexe, Province, 2011 à 2015

	Femmes		Hommes		Total	Femmes rapport K/L	Hommes rapport K/L	Sexes réunis rapport H/F
	K - personne atteinte	L - cas contact	K - personne atteinte	L - cas contact				
2011	15 248	6 682	17 195	11 628	50 753	2,3	1,5	1,8
2012	16 199	7 047	18 433	12 473	54 152	2,3	1,5	1,8
2013	17 020	7 605	19 882	13 422	57 929	2,2	1,5	1,8
2014	17 186	8 047	20 556	14 924	60 713	2,1	1,4	1,6
2015	17 817	8 280	23 352	16 276	65 725	2,2	1,4	1,7
Total	83 470	37 661	99 418	68 723	289 272	2,2	1,4	1,7

Tableau 24 Nombre de bénéficiaires¹ ayant reçu des services selon le sexe, Province, 2011 à 2015

	2011	2012	2013	2014	2015
Femmes	15 247	16 094	17 110	17 987	18 654
Hommes	17 136	18 507	20 020	21 560	23 298
Total	32 383	34 601	37 130	39 547	41 952

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

Tableau 25 Nombre d'ordonnances¹ par bénéficiaires et nombre de bénéficiaires différents chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2011 à 2015.

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total bénéficiaires ¹
2011	Hommes	14 732	2 326	78	17 136
	Femmes	13 603	1 634	10	15 247
	Total	28 335	3 960	88	32 383
2012	Hommes	15 940	2 513	54	18 507
	Femmes	14 313	1 769	12	16 094
	Total	30 253	4 282	66	34 601
2013	Hommes	17 058	2 899	63	20 020
	Femmes	15 115	1 986	9	17 110
	Total	32 173	4 885	72	37 130
2014	Hommes	18 410	3 066	84	21 560
	Femmes	15 870	2 105	12	17 987
	Total	34 280	5 171	96	39 547
2015	Hommes	19 483	3 671	144	23 298
	Femmes	16 368	2 275	11	18 654
	Total ³	35 851	5 946	155	41 952

¹ Une ordonnance est définie par 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.

³ À titre de comparaison, pour une définition d'ordonnance correspondant aux médicaments prescrits à l'intérieur d'une période de 7 jours, en 2015, 36 737 bénéficiaires auraient eu 1 ordonnance. Pour une période de 21 jours, en 2015, 37 522 bénéficiaires auraient eu 1 ordonnance au cours de l'année.

Tableau 26 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2011 à 2015

		2011	2012	2013	2014	2015	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	10 130	10 901	11 979	13 200	13 808	60 018
	Hommes	8 954	9 762	10 998	12 348	13 590	55 652
	Total	19 084	20 663	22 977	25 548	27 398	115 670
Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) <i>1^{er} choix infection à Chlamydia trachomatis rectale 2^e choix infection à Chlamydia trachomatis, urétrale, endocervicale ou pharyngée</i>	Femmes	616	656	582	627	683	3 164
	Hommes	755	679	765	839	1 040	4 078
	Total	1 371	1 335	1 347	1 466	1 723	7 242
Céfixime 800 mg et azithromycine 1g <i>1^{er} choix infection gonococcique sauf infection gonococcique pharyngée</i>	Femmes	36	2 041	3 107	2 680	2 981	10 845
	Hommes	163	4 588	6 505	5 886	6 888	24 030
	Total	199	6 629	9 612	8 566	9 869	34 875
Ceftriaxone 250mg et azithromycine 1 g <i>1^{er} choix infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée</i>	Femmes	5	21	27	118	138	309
	Hommes	50	540	924	1 583	2 201	5 298
	Total	55	561	951	1 701	2 339	5 607
Penicilline G benzathine 2,4 millions d'unités <i>1^{er} choix syphilis infectieuse</i>	Femmes	32	57	51	58	46	244
	Hommes	1 181	1 129	1 067	1 008	1 460	5 845
	Total	1 213	1 186	1 118	1 066	1 506	6 089
Doxycycline 100 mg BID (42 comprimés) <i>1^{er} choix lymphogranulomatose vénérienne</i>	Femmes	7	11	4	1	8	31
	Hommes	82	64	86	131	200	563
	Total	89	75	90	132	208	594

¹ Incluant femmes enceintes ou qui allaitent et les partenaires de personnes infectées. Changement des recommandations en 2015. La recommandation du guide 2013 était azithromycine 1 g pour toutes les infections à *Chlamydia trachomatis* en premier choix, sauf pour femmes enceintes ou qui allaitent. Consulter le guide en ligne pour les recommandations :

<https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication.html?PublicationPluginController%5Buid%5D=252&cHash=0ffe407d17a34a3835424a7ce80326ad>

Tableau 26 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2011 à 2015 (suite)

		2011	2012	2013	2014	2015	Total
Azithromycine 2 g prescrite seule <i>autre choix gonorrhée si allergies</i>	Femmes	551	576	610	799	883	3 419
	Hommes	473	635	716	1 070	1 083	3 977
	Total	1 024	1 211	1 326	1 869	1 966	7 396
Céfixime 800 mg et Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) <i>autre choix gonorrhée</i>	Femmes	2	61	79	80	80	302
	Hommes	5	114	150	133	174	576
	Total	7	175	229	213	254	878
Ceftriaxone 250 mg et Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) <i>autre choix gonorrhée</i>	Femmes	2	4	1	5	9	21
	Hommes	12	31	30	57	140	270
	Total	14	35	31	62	149	291
Ciprofloxacine 500 mg et azithromycine 1 g <i>autre choix gonorrhée si souche connue sensible</i>	Femmes	163	79	59	63	39	403
	Hommes	272	136	98	94	58	658
	Total	435	215	157	157	97	1 061
Ofloxacine 300 mg BID (14 comprimés) <i>autre choix chlamydia avant 2015</i>	Femmes	19	16	17	20	8	80
	Hommes	29	31	41	31	20	152
	Total	48	47	58	51	28	232
Amoxicilline 500 mg TID (21 comprimés) <i>autre choix chlamydia femme enceinte ou qui allaite</i>	Femmes	81	89	70	74	66	380
	Hommes	2	2	0	5	2	11
	Total	83	91	70	79	68	391
Doxycycline 100 mg BID (28 comprimés) <i>autre choix syphilis</i>	Femmes	798	891	1 013	1 007	1 091	4 800
	Hommes	198	278	328	324	378	1 506
	Total	996	1 169	1 341	1 331	1 469	6 306

Tableau 26 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2011 à 2015 (suite)

		2011	2012	2013	2014	2015	Total
Céfixime 400 mg et azithromycine 1 g	Femmes	3 055	1 325	446	192	118	5 136
	Hommes	6 559	2 489	718	377	184	10 327
	Total	9 614	3 814	1 164	569	302	15 463
iprofloxacine seule, toutes doses	Femmes	18	9	12	13	8	60
	Hommes	31	24	24	22	20	121
	Total	49	33	36	35	28	181
Céfixime seule, toutes doses	Femmes	200	228	180	194	213	1 015
	Hommes	321	330	301	276	289	1 517
	Total	521	558	481	470	502	2 532
Ceftriaxone seule, toutes doses	Femmes	22	33	55	74	90	274
	Hommes	36	123	233	311	183	886
	Total	58	156	288	385	273	1 160

Commentaires

Il est d'abord important de rappeler que la source d'information consultée est une banque administrative. Les limites habituelles à ce type de banque de données s'appliquent. Il est donc nécessaire d'être très prudents lors de l'interprétation de ces résultats. La qualité des données dépend de l'utilisation adéquate des outils de collecte et du degré de motivation des professionnels à transmettre des informations complètes. Par exemple, les codes servant à différencier les cas-index (code K - personne atteinte) des cas-contact (code L - cas contact ayant reçu un traitement épidémiologique) peuvent avoir été inversés par les médecins. Dans certains cas, des interprétations sont nécessaires. La base de données ne comprend pas de renseignements sur le diagnostic, ce qui limite l'identification de l'ITS traitée. Il reste également possible qu'un certain nombre de médicaments prescrits pour les ITS soit remboursé par un autre programme d'assurance médicaments (régime public ou assureur privé) et ne se retrouve donc pas dans le fichier du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS. L'analyse a toutefois permis de fournir certaines informations utiles.

Tout d'abord, 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 grande majorité de médecins.

Le nombre total de cas d'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique, de lymphogranulomatose vénérienne et de syphilis infectieuse déclarés au registre MADO en 2015 était de 29 219. La comparaison de ce nombre avec les combinaisons d'antibiotiques présentées au tableau 26 permet d'estimer approximativement le nombre de cas n'ayant pas fait l'objet d'une déclaration au registre des MADO. Ces cas ont vraisemblablement reçu un traitement syndromique, ou un traitement du partenaire, sans avoir reçu le résultat d'un test de laboratoire. Il est tout de même important de rappeler que cette estimation doit être interprétée avec précaution, car une ordonnance répétée ne correspond pas nécessairement à un deuxième épisode d'infection, une personne pouvant avoir reçu plus d'une ordonnance lors d'un seul épisode infectieux.

Les principales combinaisons de médicaments prescrites à une même date à un même bénéficiaire, identifiées comme traitements de premiers choix ou traitements alternatifs des ITS bactériennes ici hautement mentionnées, représentent un total de 48 179 ordonnances. Il y aurait donc vraisemblablement encore 1,6 fois plus de personnes traitées que de cas déclarés, cet estimé étant toutefois très approximatif.

Annexe 3

Indicateurs de comportements associés aux ITSS parmi diverses populations québécoises

Tableau 27 **PIXEL : Enquête sur la santé sexuelle des jeunes adultes québécois - volet des jeunes recrutés en milieu scolaire, 2013-2014⁶⁸**

	N = 2 931 (H = 1 216; F = 1 715)			
	H 17-20 ans (800) %	H 21-29 ans (416) %	F 17-20 ans (1 142) %	F 21-29 ans (573) %
Parmi l'ensemble des répondants				
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales une fois ou plus au cours de la vie	75,5	89,2	82,5	94,9
Première relation sexuelle orale « donnée » avant l'âge de 14 ans	5,1	5,5	5,9	8,9
Première relation sexuelle vaginale avant l'âge de 14 ans	5,3	6,8	4,6	8,8
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles				
Première relation sexuelle orale « donnée » avant l'âge de 14 ans	6,9	6,6	7,2	9,4
Première relation sexuelle vaginale avant l'âge de 14 ans	7,1	7,6	5,6	9,3
Relations sexuelles avec une personne du même sexe au cours de la vie	7,0	12,2	12,5	28,7
Sept partenaires sexuels ou plus au cours de la vie	18,0	44,8	19,1	47,8
Nombre moyen de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois	(2,5)	(3,5)	(2,5)	(2,8)
Relation sexuelle avec un(e) « Ex-partenaire de couple » ou plus au cours des 12 derniers mois (personne avec qui le (la) répondant(e) a déjà été en couple, un ex-chum, une ex-blonde)	27,5	23,7	21,3	22,4
Relation sexuelle avec un(e) partenaire « d'un soir » ou plus au cours des 12 derniers mois (personne avec qui le (la) répondant(e) n'a eu qu'une seule relation sexuelle, « one night »)	34,9	37,3	20,6	19,3
Relation sexuelle avec un « nouveau » partenaire ou plus au cours des 12 derniers mois (personne avec qui le (la) répondant(e) n'avait jamais eu de relation sexuelle au préalable)	67,8	54,7	56,9	46,5
Relations sexuelles avec des partenaires différents, s'étant chevauchées dans le temps (c.à.d. relation sexuelle avec un partenaire A, puis avec un partenaire B puis avec le même partenaire A) une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	20,0	20,5	22,9	18,5
Relations sexuelles « en groupe » une fois ou plus au cours des 12 derniers mois (3 personnes ou plus ayant eu des relations sexuelles ensemble au même moment)	5,3	7,5	2,6	5,9
Être allé(e) à un « sex party » une fois ou plus au cours des 12 derniers mois (party pendant lequel les personnes ont des relations sexuelles en présence d'autres personnes)	2,6	3,6	1,2	1,1
Argent reçu en échange d'un contact sexuel (attouchement, pénétration orale, vaginale ou anale) une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	1,2	2,5	1,1	2,3

⁶⁸ G. Lambert et collab., *PIXEL : Portrait de la santé sexuelle des jeunes adultes au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, Rapport document de travail, 2015

Tableau 27 PIXEL : Enquête sur la santé sexuelle des jeunes adultes québécois - volet des jeunes recrutés en milieu scolaire, 2013-2014 (suite)

	N = 2 931 (H = 1 216; F = 1 715)			
	H 17-20 ans (800) %	H 21-29 ans (416) %	F 17-20 ans (1 142) %	F 21-29 ans (573) %
Relations sexuelles sous l'influence de marijuana la moitié des fois ou plus au cours des 12 derniers mois	14,5	18,4	8,1	9,3
Relations sexuelles sous l'influence d'une drogue autre que la marijuana (ex. : ecstasy, cocaïne, mescaline, etc.) quelques fois ou plus au cours des 12 derniers mois	12,8	15,5	9,9	9,6
Utilisation du condom lors de « la plupart » ou de « toutes » les relations vaginales avec des partenaires « <u>de couple</u> » au cours des 12 derniers mois	40,8	31,3	36,6	25,5
Utilisation du condom lors de « la plupart » ou de « toutes » les relations vaginales avec des partenaires <u>autres que « de couple »</u> au cours des 12 derniers mois	57,8	53,7	53,4	54,7
Utilisation d'une méthode contraceptive régulière ET d'un condom lors de la dernière relation sexuelle (double protection)	NSP	NSP	20,5	13,7
Certains des obstacles rapportés dans l'utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale avec un(e) partenaire autre qu'un(e) partenaire « de couple » :	(n = 134)	(n = 90)	(n = 175)	(n = 110)
- Vous croyiez que ce ou cette partenaire aurait un condom	12,0	27,0	48,3	42,9
- Ce ou cette partenaire voulait une relation sexuelle sans condom	30,5	26,2	33,3	30,1
- Vous aviez confiance que ce ou cette partenaire n'avait pas d'ITS et n'avait pas d'autres partenaires sexuels que vous	51,6	55,6	56,6	62,5
- Vous ou votre partenaire avait de la difficulté à avoir une érection avec le condom	13,4	12,4	11,5	10,6
Utilisation d'une contraception orale d'urgence (COU) une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	NSP	NSP	21,0	23,3
Recours à une interruption volontaire de grossesse (IGV) une fois ou plus au cours de la vie	NSP	NSP	3,2	17,1
Test de détection des ITSS une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	9,2	15	30,0	39
Test de détection des ITSS une fois ou plus au cours de la vie	17,8	40,2	49,1	75,2
Antécédent d'une ITSS ou plus au cours des 12 derniers mois ; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un (e) infirmier (ère)	1,9	9,5	5,4	13,8
Antécédent d'une ITSS ou plus à vie; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un (e) infirmier (ère)	3,0	14,2	8,7	28,5
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles et ayant cherché à passer un test de détection des ITSS au cours des 12 derniers mois,				
Certains des obstacles rapportés :				
- J'avais honte d'aller passer des tests pour les ITSS	14,9	9,4	13,9	13,5
- Je me sentais mal à l'aise d'avoir à discuter de mes activités sexuelles avec une infirmière ou un médecin	21,3	5,8	20,9	13,8
- Je ne savais pas où aller pour passer des tests	28,1	18,6	12,6	11,6
Parmi l'ensemble des participants				
Avoir été obligé d'avoir une relation sexuelle avec pénétration orale, vaginale ou anale une fois ou plus à vie	4,1	5,3	11,2	19,2

Tableau 28 Étude « Sexe, drogue et autres questions de santé »⁶⁹ sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement auprès des jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec, 2008-2009

	Volet des répondants âgés entre 14 et 17 ans (N = 578)	
	Gars (n = 335) %	Filles (n = 243) %
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales une fois ou plus au cours de la vie	88,7	89,3
Parmi les répondants ayant déjà eu des relations sexuelles		
Première relation sexuelle vaginale avant l'âge de 14 ans	66,0	65,6
Nombre moyen de partenaires de relations sexuelles vaginales au cours de la vie	(10,4)	(9,5)
Relations sexuelles avec une personne du même sexe une fois ou plus à vie	5,0	31,8
Recherche de partenaires sexuels sur Internet une fois ou plus au cours de l'année précédant l'admission en centre jeunesse	11,7	8,2
Relations sexuelles « en groupe » une fois ou plus à vie	43,2	38,4
Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus à vie	4,7	16,1
Biens autres que de l'argent (drogue, cadeaux, endroit où dormir, etc.) reçus en échange de relations sexuelles une fois ou plus à vie	6,1	22,6
Relations sexuelles sous l'influence d'alcool ou de drogue la moitié des fois ou plus à vie	47,8	42,9
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale avec un partenaire autre qu'un(e) partenaire habituel(le)	65,5	60,0
Utilisation du condom <u>et</u> d'une autre méthode contraceptive lors de la dernière relation sexuelle vaginale avec un(e) partenaire autre qu'un(e) partenaire habituel(le)	22,6	29,2
Utilisation d'une contraception d'urgence (pilule du lendemain) une fois ou plus à vie	---	48,1
Test de détection de l'infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> une fois ou plus à vie	28,9	61,1
Grossesse une fois ou plus à vie	---	27,9
Antécédent d'une ITSS ou plus à vie; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un (e) infirmier (ère)	3,4	17,6
Parmi l'ensemble des répondants		
Consommation de cannabis trois ou plus par semaine au cours de l'année précédant l'admission en centre jeunesse	68,7	55,1
Consommation de cocaïne une fois ou plus au cours de l'année précédant l'admission en centre jeunesse	34,6	36,8
Injection de drogue une fois ou plus à vie	1,5	6,2
Problème évident de consommation d'alcool et ou de drogue nécessitant une intervention spécialisée (niveau rouge selon la grille de dépistage DEP-ADO)	63,1	58,4

⁶⁹ G. LAMBERT et collab., *Sexe, drogue et autres questions de santé : Étude sur les habitudes de vie et les comportements associés aux infections transmissibles sexuellement chez les jeunes hébergés dans les centres jeunesse du Québec*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec, 2012, 85 p.

Tableau 29 Surveillance des ITSS et des comportements associés auprès des jeunes de la rue⁷⁰ de Montréal, 2011-2012⁷¹

	N = 182 (H = 128; F = 54)	
	Groupe	%
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	98,4 100,0
Parmi les participants ayant déjà eu une relation sexuelle		
Âge moyen à la première relation sexuelle	Hommes Femmes	(14,1) (14,3)
Relations sexuelles avec une personne du même sexe une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	27,2 57,4
<i>Parmi les hommes ayant eu des relations sexuelles avec des femmes :</i> - Six partenaires sexuels(les) féminines ou plus au cours de la vie	Hommes	76,3
<i>Parmi les femmes ayant eu des relations sexuelles avec des hommes :</i> - Six partenaires sexuels masculins ou plus au cours de la vie	Femmes	72,2
Forcé d'avoir une relation sexuelle orale, vaginale ou anale une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	17,7 64,8
Argent ou cadeau reçu en échange d'activités sexuelles incluant la prostitution ou les massages une fois ou plus au cours de la vie	Tous	19,7
Utilisation du condom lors de la dernière relation sexuelle vaginale	Hommes Femmes	49,6 53,9
<i>Parmi les participants ayant eu des relations sexuelles au cours des 3 derniers mois :</i> - Diagnostic d'une ITSS ou plus au cours de ces 3 mois	Tous	8,7
Grossesse une fois ou plus au cours de la vie	Femmes	37,0
Test de détection d'une ITSS (ou plus) une fois ou plus au cours de la vie	Tous	76,7
Relations sexuelles sous l'influence de drogue une fois ou plus au cours des relations sexuelles des 3 derniers mois	Tous	67,3
Consommation d'alcool 4 à 6 fois par semaine <u>ou</u> tous les jours au cours des 12 derniers mois	Tous	25,7
Consommation de marijuana une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Tous	88,8
Consommation d'Ecstasy une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Tous	58,6
Consommation de cocaïne une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Tous	56,9
Consommation de Dilaudid une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Tous	19,5
Consommation d'une ou de drogues non injectées tous les jours au cours des 12 derniers mois	Tous	48,9
Partage de matériel ayant pu être utilisé par d'autre pour la consommation de drogues non injectées une fois ou plus au cours des 3 derniers mois	Tous	34,1
Injection de drogue une fois ou plus au cours de la vie	Tous	24,2
<i>Parmi l'ensemble des participants ayant consommé des drogues, injectables ou non-injectables :</i> - Surdose de drogue une fois ou plus au cours de la vie	Tous	46,8
Parmi les participants s'étant injectés des drogues une fois ou plus au cours de la vie		
Âge moyen à la première injection	Tous	(17,6 ans)
Injection de drogues une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Tous	81,8
Injection de drogues tous les jours au cours du dernier mois	Tous	38,7
<i>Parmi les personnes s'étant injectées des drogues au cours des 3 derniers mois :</i> - Partage de matériel ayant pu être utilisé par d'autre pour l'injection de drogues une fois ou plus au cours des 3 derniers mois	Tous	40,0

⁷⁰ Jeunes âgés entre 16 et 24 ans

⁷¹ P. Leclerc et collab, *Surveillance des ITSS et de comportements associés auprès des jeunes de la rue de Montréal*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2013, 49 p.

Tableau 30 Étude ARGUS⁷², Hommes québécois⁷³ ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation, 2008-2009

	N = 1 873 %
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales avec une femme au cours des six derniers mois	16,8
Relations sexuelles orales ou anales avec un homme au cours des six derniers mois	92,4
Parmi les répondants ayant eu des relations sexuelles avec un homme au cours des six derniers mois	
Relations sexuelles avec six partenaires ou plus au cours des six derniers mois	44,4
Relations sexuelles avec un partenaire « d'un soir » une fois ou plus au cours des six derniers mois	68,9
Relations sexuelles avec six partenaires « d'un soir » ou plus au cours des six derniers mois	32,4
Relations sexuelles « en groupe » une fois ou plus au cours des six derniers mois	33,0
Relations <i>anales</i> avec six partenaires masculins ou plus au cours des six derniers mois	21,3
Rencontre d'un nouveau partenaire sexuel dans un sauna une fois ou plus au cours des six derniers mois	41,6
Rencontre d'un nouveau partenaire sexuel dans des « sex clubs » ou dans des bars avec « backroom » au moins une fois au cours des six derniers mois	17,8
Rencontre d'un partenaire sexuel recruté sur Internet une fois ou plus au cours des six derniers mois	35,0
Argent donné en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	6,2
Argent reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois	5,2
Relations sexuelles sous l'influence de drogues récréatives la moitié des fois ou plus au cours des six derniers mois	13,4
<i>Parmi les répondants non infectés par le VIH ou ne sachant pas leur statut VIH :</i> - Relation <i>anale</i> sans condom une fois ou plus avec un partenaire sexuel considéré comme « à risque » (partenaire « d'un soir », partenaire occasionnel ou habituel infecté par le VIH, partenaire occasionnel ou habituel dont on ne connaît pas s'il est infecté ou non)	31,5
Ensemble des répondants	
Discrimination (sous forme d'insultes, de harcèlement, de rejet ou de violence physique) subie une fois ou plus au cours des six derniers mois à cause de l'orientation sexuelle ou des activités sexuelles	22,7
Consommation de cocaïne par voie nasale (priser) une fois ou plus au cours des six derniers mois	22,0
Injection de drogues (autres que des stéroïdes) une fois ou plus au cours des six derniers mois	3,4
Vaccination contre l'hépatite B (deux doses de vaccin reçues ou plus)	50,4

⁷² G. Lambert, et collab., *ARGUS 2008-2009 : Enquête sur l'infection par le VIH, les hépatites virales et les infections transmissibles sexuellement et par le sang ainsi que sur les comportements à risque associés chez les hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes : Rapport synthèse*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Agence de la santé publique du Canada, 2012.

⁷³ Personnes âgées de 18 ans ou plus, dont 75 % résidaient sur le territoire de l'île de Montréal.

Tableau 30 Étude ARGUS, Hommes québécois ayant des relations sexuelles avec des hommes recrutés dans une quarantaine de lieux de socialisation, 2008-2009 (suite)

<i>Parmi les répondants non infectés par le VIH ou ne sachant pas leur statut VIH :</i> - Prise d'une prophylaxie post-exposition sexuelle une fois ou plus au cours de la vie	5,5
Antécédent d'une infection gonococcique au cours des 12 derniers mois; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un (e) infirmier (ère)	5,4
Antécédent d'au moins une ITSS autre que l'infection par le VIH au cours de la vie; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un (e) infirmier (ère)	42,3
Test de détection de la syphilis une fois ou plus au cours des douze derniers mois	42,8
<i>Parmi les personnes ne se sachant pas déjà infectées par le VIH :</i> - Test de détection du VIH une fois ou plus au cours des douze derniers mois	59,3
<i>Parmi les hommes infectés par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude :</i> - Ignorance de son infection	14,5

Tableau 31 Réseau SurvUDI⁷⁴ : surveillance des maladies infectieuses chez les personnes utilisatrices de drogue par injection⁷⁵, 1995-2015 (au 31 mars 2015)

	N = 14 137 participants 26 859 questionnaires (H = 10 461; F = 3 394)	
	Groupe (dénominateur)	%
Comportements sexuels		
<i>Parmi les personnes sexuellement actives au cours des six derniers mois :</i>	Période 2003-2015	
- Utilisation d'un condom « toujours » au cours des relations hétérosexuelles vaginales ou anales avec un(e) partenaire « occasionnel(le) » au cours des six derniers mois	Hommes (1 680) Femmes (407)	52,6 46,9
Argent, drogues, biens ou autres choses reçus en échange de faveurs sexuelles une fois ou plus au cours des six derniers mois.	Période 2003-2015 Hommes (5 274) Femmes (1 681)	4,4 28,9
Consommation de drogue		
Injection de cocaïne une fois ou plus au cours des six derniers mois	Période 2009-2015 (3 369) 24 ans ou moins (328) 25 ans ou plus (3 041)	70,7 63,1 71,6
Injection d'héroïne une fois ou plus au cours des six derniers mois	Période 2009-2015 (3 369) 24 ans ou moins (328) 25 ans ou plus (3 041)	33,6 57,0 31,1
Injection de médicaments opioïdes (prescrits et non prescrits) au cours des six derniers mois	Période 2009-2015 (3 362) 24 ans ou moins (327) 25 ans ou plus (3 035)	63,1 79,8 61,3
Consommation de médicaments opioïdes (non prescrits) autrement que par injection au cours des six derniers mois	Période 2009-2015 (3 370)	31,0
Injection de drogues quotidiennement au cours du dernier mois	Période 2009-2015 (6 971) UDI milieu urbain (6 043) UDI m.semi-urbain (928)	34,1 35,9 22,3
Injection de drogues avec une seringue empruntée une fois ou plus au cours des six derniers mois	Période 2003-2015 (6 923) UDI milieu urbain (6 002) UDI m.semi-urbain (921)	21,4 20,3 28,6
- Parmi les personnes ayant rapporté avoir fumé ou inhalé des drogues :	-	-
- Inhalation de drogue avec du matériel déjà utilisé par quelqu'un d'autre	Période 2003-2015 (6 516)	- 67,2
Dépistage et prise en charge médicale		
Test de dépistage du VIH au cours de la dernière année	Période 2003-2015 (5 311)	71,5
Test de dépistage du VHC au cours de la dernière année	Période 2003-2015 (2 322)	70,4
<i>Parmi les personnes infectées par le VIH, selon les résultats des tests faits au moment de l'entrevue :</i>	Période 2003-2005 (299)	25,7
- Ignorance de son infection par le VIH	Période 2013-2015 (190)	11,0
<i>Parmi les personnes infectées par le VHC, selon les résultats des tests faits au moment de l'entrevue :</i>	Période 2003-2005 (1 117)	28,8
- Ignorance de son infection par le VHC	Période 2013-2015 (927)	20,1

⁷⁴ P. Leclerc, et collab., *Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2015 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2015*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016.

⁷⁵ Personnes recrutées principalement dans des programmes qui donnent accès à du matériel d'injection stérile et qui se sont injecté des drogues dans les six mois précédents.

Tableau 31 Réseau SurvUDI : surveillance des maladies infectieuses chez les personnes utilisatrices de drogue par injection, 1995-2015 (au 31 mars 2015) (suite)

<i>Parmi les personnes infectées par le VIH mais non par le VHC, et se sachant infectées par le VIH :</i> - Prise d'une médication contre le VIH au moment de la participation à l'étude	Période 2003-2015 (111)	71,2
<i>Parmi les personnes infectées par le VHC mais non par le VIH, et se sachant infectées par le VHC :</i> - Prise d'une médication contre le VHC au moins une fois dans sa vie - Prise d'une médication contre le VHC au moment de la participation à l'étude	Période 2005-2015 (2 227)	15,5
	Période 2005-2015 (2 631)	1,9

Tableau 32 Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées⁷⁶ dans les établissements provinciaux du Québec⁷⁷, 2014-2015

	N = 1 579 (H = 1 321 ; F = 258)	
	Groupe	%
Nombre moyen d'incarcérations depuis l'âge de 18 ans	Hommes Femmes	(7,0) (4,1)
Temps moyen total en détention à vie (en mois)	Hommes Femmes	(60,3) (19,4)
Hors détention		
Tatouage une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	54 69
<i>Parmi les participants ayant eu un tatouage à vie :</i> - Utilisation de matériel de tatouage non stérile une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	6,2 7,1
Relations sexuelles avec une personne du même sexe une fois ou plus au cours de la vie	Hommes	7,0
Argent reçu en échange de relations sexuelles anales ou vaginales une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	0,9 28,9
Usage du condom		
Consommation de cocaïne/héroïne par voie nasale ou crack fumé une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	80,5 78,5
<i>Parmi les personnes ayant déjà consommé de cocaïne/héroïne par voie nasale ou fumé du crack une fois ou plus au cours de la vie :</i> - Partage de matériel une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	72,2 76,6
Injection de drogues une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	19,8 28,6
<i>Parmi les personnes ayant consommé de la drogue par injection au cours des 6 derniers mois avant l'incarcération</i> - Injection de drogues avec une seringue déjà utilisée par d'autres une fois ou plus durant cette période	Hommes Femmes	21,6 32,3
En détention		
Tatouage une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	37,2 3,9
<i>Parmi les participants ayant eu un tatouage à vie :</i> - Utilisation de matériel de tatouage non stérile une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	12,6 55,5
Argent reçu en échange de relations sexuelles anales ou vaginales une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	0,5 0,4
Consommation de cocaïne/héroïne par voie nasale ou crack fumé une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	10,6 7,3

⁷⁶ Personnes détenues dans sept établissements de compétence provinciale situés en milieu urbain (4) et semi-urbain (3).

⁷⁷ Courtemanche Y, Poulin C, Serhir B, et collab. *Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les établissements de détention provinciaux au Québec: Axe santé des populations et pratiques optimales en santé*, Centre de recherche du CHU de Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec. ISBN : 978-2-9810983-8-2. 2016.

Courtemanche Y., *Étude de prévalence du virus de l'immunodéficience humaine et du virus de l'hépatite C chez les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux du Québec*. Mémoire de maîtrise en épidémiologie sous la direction du Dr Michel Alary, Université Laval, 2016.

Tableau 32 Étude de prévalence du VIH et du VHC chez les personnes incarcérées dans les établissements provinciaux du Québec, 2014-2015 (suite)

<i>Parmi les personnes ayant déjà consommé de cocaïne/héroïne par voie nasale ou fumé du crack une fois ou plus au cours de la vie :</i> - Partage de matériel une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	38,5 50,0
Injection de drogues une fois ou plus au cours de la vie	Hommes Femmes	2,2 1,2
<i>Parmi les personnes ayant consommé de la drogue par injection au cours des 6 derniers mois avant l'incarcération :</i> - Injection de drogues avec une seringue déjà utilisée par d'autres une fois ou plus durant cette période	Hommes Femmes	44,8 25,0
<i>Parmi les personnes se sachant infectés par le VIH :</i> - Prise d'une médication contre le VIH au moment de la participation à l'étude	Non UDI UDI Total	100,0 75,0 76,5
<i>Parmi les personnes se sachant infectés par le VHC :</i> - Prise d'une médication contre le VHC au moment de la participation à l'étude	Non UDI UDI Total	0,0 3,0 2,6
En détention OU hors détention		
Vaccination contre l'hépatite B (au moins une dose à vie)	Hommes Femmes	59,9 61,7
Test de détection du virus de l'hépatite C une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	64,8 62,8
Test de détection du VIH une fois ou plus à vie	Hommes Femmes	68,5 74,0
<i>Parmi les personnes infectées par le VHC selon le résultat du test fait au moment de l'étude :</i> - Ignorance de son infection	Non UDI UDI Total	26,7 9,8 12,3
<i>Parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude :</i> - Ignorance de son infection	Non UDI UDI Total	85,7 10,5 30,8

Tableau 33 Étude de surveillance de seconde génération auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones⁷⁸, 2013-2014

	N = 1 602 (MASS = 1 106; MCAR = 497)⁷⁹			
	MASS H (668)	MASS F (437)	MCAR H (231)	MCAR F (266)
	%	%	%	%
Parmi l'ensemble des répondants				
Relations sexuelles orales, vaginales ou anales une fois ou plus au cours de la vie	90,6	82,0	94,5	91,2
Orientation sexuelle hétérosexuelle	97,5	97,9	97,4	92,8
Voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH au cours des 5 dernières années	38,6	38,0	29,9	34,7
<i>Parmi ces voyageurs dans un pays à forte endémicité :</i>				
- Relations sexuelles avec pénétration vaginale ou anale au cours d'un voyage avec un partenaire vivant dans un pays à forte endémicité pour le VIH	42,8	19,9	38,2	18,9
- Utilisation du condom lors de « toutes » les relations vaginales au cours d'un voyage dans un pays à forte endémicité pour le VIH avec un partenaire y habitant	47,1	15,6	69,2	35,3
Injection de drogue une fois ou plus au cours de la vie	0,4	0,2	0,4	0,0
Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles				
Plus d'un partenaire sexuel au cours des 12 dernier mois	42,8	13,0	65,2	27,8
Plusieurs partenaires « occasionnel » au cours des 12 derniers mois	23,4	3,2	41,2	12,8
<i>Parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles vaginales ou anales avec un partenaire « occasionnel » ou plus au cours des 12 derniers mois :</i>				
- Utilisation du condom lors de « toutes » les relations vaginales ou anales avec des partenaires « occasionnels » au cours des 12 derniers mois	64,9	48,8	52,1	40,7
<i>Parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles vaginales ou anales au cours des 12 derniers mois :</i>				
- Réception d'argent, de drogues ou d'autres biens reçu en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	1,2	0,4	6,8	1,6
- Utilisation d'alcool pendant une relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	25,2	9,9	62,8	40,1
- Utilisation de marijuana/haschich pendant une relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	10,9	2,6	54,5	28,9
- Utilisation de cocaïne/crack/freebase pendant une relation sexuelle avec pénétration vaginale ou anale une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	0,2	0,0	3,2	2,1

⁷⁸ A. Fall, et collab., *Surveillance de seconde génération du VIH auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones*, Montréal, Canada, Direction de la santé publique, Agence de santé et de services sociaux de Montréal, 2014, 124 p.

⁷⁹ Montréalais originaires d'Afrique sub-saharienne (MASS) et des Caraïbes anglophones (MCAR) âgés entre 15 et 49 ans.

Tableau 33 Étude de surveillance de seconde génération auprès des communautés montréalaises originaires d’Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones, 2013-2014 (suite)

Parmi l'ensemble des répondants				
Antécédent d'une infection gonococcique à vie ; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un (e) infirmier (ère)	1,8	1,6	5,7	4,2
Antécédent d'une syphilis à vie; diagnostic reçu d'un médecin ou d'un (e) infirmier (ère)	1,4	1,0	1,3	1,2
Test de détection du VIH à vie	78,7	83,1	52,4	68,9
Test de détection du VIH au cours des 2 dernières années	66,3	69,9	68,6	68,9
<i>Parmi les personnes infectées par le VIH selon le résultat du test fait au moment de l'étude :</i>				
- Ignorance de son infection	75,0 (6/8)	50,0 (5/10)	100 (2/2)	100 (2/2)
<i>Parmi les personnes se sachant infectées par le VIH :</i>				
- Prise d'une médication contre le VIH au moment de la participation à l'étude	85,7 (6/7)		NSP	

Tableau 34 Étude⁸⁰ de surveillance biologique et comportementale chez les québécois d'origine haïtienne⁸¹, 2007

	N total = 773 (H = 352; F = 427)	
	Groupe	%
Répondants recrutés dans les cliniques médicales	N = 623 (H = 232; F = 391)	
<i>Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles à vie :</i>		
- Relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	54 33
- Relations sexuelles avec au moins un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	40 19
<i>Parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois :</i>		
- Utilisation d'un condom « toujours ou la plupart des fois (90-100 %) » au cours des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	49 34
<i>Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration à vie :</i>		
- Test de détection du VIH à vie	Hommes Femmes	61 70
Jeunes recrutés dans les organismes communautaires	N = 150 (H = 120; F = 36)	
<i>Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles à vie :</i>		
- Relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	88 62
- Relations sexuelles avec au moins un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	76 44
<i>Parmi les personnes ayant eu des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois :</i>		
- Utilisation d'un condom « toujours ou la plupart des fois (90-100 %) » au cours des relations sexuelles avec un(e) partenaire occasionnel(le) au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	53 50
<i>Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles avec pénétration à vie :</i>		
- Test de détection du VIH à vie	Hommes Femmes	23 65

⁸⁰ A. Adrien, et collab., *Les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les québécois d'origine haïtienne : surveillance biologique et comportementale – 2^e édition*. Direction de la santé publique, Régie de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2010, 85 p.

⁸¹ Québécois d'origine haïtienne âgés entre 15 et 49 ans qui, à Montréal, consultent un médecin généraliste ou participent à des activités d'un organisme communautaire.

Tableau 35 Étude⁸² sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des Premières Nations⁸³, 2009-2010

	Groupe	%
Jeunes âgés de 12 à 18 ans fréquentant des écoles secondaires	N = 179 (G = 75, F = 104)	
Relations sexuelles au cours des 12 derniers mois	12-14 ans 15-17 ans 18-20 ans	11,3 51,7 75,7
<i>Parmi les jeunes sexuellement actifs au cours des 12 derniers mois :</i>		
- Relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Garçons Filles	46,4 44,9
- Relations sexuelles sous l'influence de drogue (consommation de drogue avant une relation sexuelle) au cours des 12 derniers mois	<i>Une fois ou plus</i> Garçons Filles	21,2 17,7
<i>La « plupart du temps » ou « toujours »</i>	Garçons Filles	9,8 2,1
- Utilisation d'un condom « toujours » lors des relations sexuelles des 12 derniers mois	Garçons Filles 12-14 ans 15-17 ans 18-20 ans	57,8 43,1 44,4 45,9 69,2
<i>Parmi les jeunes ayant déjà eu des relations sexuelles :</i>		
- Argent ou drogues reçus en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie	Garçons Filles	Un garçon Une fille
Tatouage ou « perçage » d'une partie du corps au cours des 12 derniers mois	Garçons Filles	16 42
Consommation de drogue une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Garçons Filles	34,3 36,3
<i>Test de détection à vie</i>		
	Test de détection d'une ITSS Test de détection du VIH	19,7 19,7
Antécédent d'une ITSS ou plus au cours de la vie	Garçons Filles	6,7 22,4
Adultes âgés de 18 et plus	N = 935 (H = 440; F = 493)	
Relations sexuelles au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	93 90
<i>Parmi les personnes sexuellement actives au cours des 12 derniers mois</i>		
- Relations sexuelles avec plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois	Hommes Femmes	30,3 15,9

⁸² Laghdir et collab. *Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des Premières Nations : Région du Québec, [Wendake (Québec)]*, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2011, 155 p.

⁸³ Personnes résidant dans 10 communautés des Premières Nations de la région de Québec.

Tableau 35 Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes et les adultes des Premières Nations, 2009-2010 (suite)

Relations sexuelles sous l'influence de drogue (consommation de drogue avant une relation sexuelle) au cours des 12 derniers mois <i>Une fois ou plus</i> <i>La « plupart du temps » ou « toujours »</i>	Hommes	33,6
	Femmes	22,0
	Hommes	6,8
	Femmes	4,0
Utilisation d'un condom « toujours » lors des relations sexuelles des 12 derniers mois (les personnes mariées ou en union libre ayant eu un seul partenaire au cours des 12 derniers mois ont été exclues du dénominateur)	Hommes	22,2
	Femmes	17,4
Argent ou drogues reçus en échange de relations sexuelles une fois ou plus au cours de la vie	Hommes	4,1
	Femmes	2,5
Tatouage ou « perçage » d'une partie du corps au cours des 12 derniers mois	Hommes	6,6
	Femmes	12,6
Consommation de drogue une fois ou plus au cours des 12 derniers mois	Hommes	25,5
	Femmes	19,9
Test de détection d'une ITS une fois ou plus au cours de la vie	Hommes	36,3
	Femmes	50,9
Test de détection du VIH une fois ou plus au cours de la vie	Hommes	38,4
	Femmes	49,2
Antécédent d'une ITSS ou plus au cours de la vie	Hommes	43,4
	Femmes	55,3

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca