



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

ANNÉE 2016 ET PROJECTIONS 2017

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

ANNÉE 2016 ET PROJECTIONS 2017

RAPPORT

Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Novembre 2017

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, Direction de la 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

MISE EN PAGE

Virginie Boué
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

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

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

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

Dépôt légal – 4^e trimestre 2017
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISSN : 2368-7126 (PDF)
ISBN : 978-2-550-79942-9 (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 Marc Fiset, de la direction de la vigie sanitaire du Ministère de la Santé et des Services sociaux pour la production de données sur la vigie rehaussée de la lymphogranulomatose vénérienne. Nous soulignons également la collaboration de nos collègues de la direction de la 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.

Table des matières

| | |
|--|-----|
| Liste des tableaux..... | V |
| Liste des figures..... | VII |
| Liste des sigles et acronymes | IX |
| Sommaire | 1 |
| 1 Introduction | 7 |
| 2 Notes méthodologiques | 9 |
| 3 Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : progression constante de l'incidence des cas déclarés..... | 13 |
| 4 Infection gonococcique : hausse importante du taux d'incidence chez les hommes, et progression de la résistance | 21 |
| 5 Syphilis infectieuse : trois cas de syphilis congénitale en 2016..... | 31 |
| 6 Lymphogranulomatose vénérienne : la recrudescence se poursuit | 43 |
| 7 Hépatite B | 49 |
| 8 Hépatite C | 55 |
| 9 Infection par le VIH..... | 61 |
| Annexe 1 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2016..... | 73 |
| Annexe 2 Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) », de 2012 à 2016..... | 79 |

Liste des tableaux

| | | |
|------------|---|----|
| Tableau 1 | Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2012, 2016 et projections pour 2017 | 5 |
| Tableau 2 | Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2016..... | 6 |
| Tableau 3 | Infections à <i>Chlamydia trachomatis</i> aux sites extragénitaux, Québec, 2016..... | 13 |
| Tableau 4 | Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p | 17 |
| Tableau 5 | Infections gonococciques aux sites extragénitaux, Québec, 2016..... | 21 |
| Tableau 6 | Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p | 27 |
| Tableau 7 | Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2012 à 2016..... | 35 |
| 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 2012 à 2017p | 39 |
| Tableau 9 | Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p | 47 |
| Tableau 10 | Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p..... | 52 |
| Tableau 11 | Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p | 58 |
| Tableau 12 | Infection par le VIH : nombre de cas selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2016..... | 65 |
| Tableau 13 | 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 2016 | 66 |
| Tableau 14 | Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2012 à 2016 | 69 |
| Tableau 15 | Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les hommes, Québec, 2016 | 75 |
| Tableau 16 | Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les femmes, Québec, 2016..... | 76 |
| Tableau 17 | Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2016 | 77 |
| Tableau 18 | Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contact (code L), Province, 2012 à 2016 | 83 |
| Tableau 19 | Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2016 | 83 |
| Tableau 20 | Nombre de bénéficiaires ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2012 à 2016 | 84 |
| Tableau 21 | Nombre d'ordonnances par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2012 à 2016..... | 84 |

| | | |
|------------|--|----|
| Tableau 22 | Nombre d'ordonnances selon la nature du cas (codes K : personne atteinte et L : cas contact) et le sexe, Province, 2012 à 2016 | 85 |
| Tableau 23 | Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2016 | 85 |
| Tableau 24 | Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2012 à 2016 | 86 |

Liste des figures

| | | |
|-----------|--|----|
| Figure 1 | Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1997 à 2017p..... | 15 |
| Figure 2 | Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2016 | 15 |
| Figure 3 | Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2007 à 2017p | 16 |
| Figure 4 | Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2007 à 2017p | 16 |
| Figure 5 | Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1997 à 2017p | 25 |
| Figure 6 | Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2016 | 25 |
| Figure 7 | Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2007 à 2017p | 26 |
| Figure 8 | Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2007 à 2017p | 26 |
| Figure 9 | Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1997 à 2017p | 36 |
| Figure 10 | Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1997 à 2017p | 36 |
| Figure 11 | Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2016..... | 37 |
| Figure 12 | Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2007 à 2017p | 38 |
| Figure 13 | Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2007 à 2017p..... | 38 |
| Figure 14 | Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2017p | 46 |
| Figure 15 | Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2016 (n = 462)..... | 46 |
| Figure 16 | Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1994 à 2017p | 50 |
| Figure 17 | Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2016 | 51 |
| Figure 18 | Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1997 à 2017p..... | 51 |
| Figure 19 | Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1997 à 2017p | 56 |
| Figure 20 | Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2016 | 56 |
| Figure 21 | Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2007 à 2017p | 57 |

| | | |
|-----------|--|----|
| Figure 22 | Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 à 54 ans, Québec, de 2007 à 2016..... | 68 |
| Figure 23 | Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 à 54 ans, Québec, de 2007 à 2016..... | 68 |

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 |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| NAM | Numéro d'assurance maladie |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| PVVIH | Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine |
| TAAN | Test d'amplification des acides nucléiques |
| UDI | Utilisateur de drogues par injection |
| VIH | Virus de l'immunodéficience humaine |
| VHB | Virus de l'hépatite B |
| VHC | Virus de l'hépatite C |

Sommaire

Principaux constats

- **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 et par l'augmentation du nombre de tests de détection effectués.
- Le taux d'incidence et le nombre de cas déclarés d'**infection gonococcique** ont plus que doublé entre 2012 et 2016. Cette hausse s'est accentuée en 2016 et en 2017 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 2016 est cinq fois plus élevé qu'en 2012. 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 des schémas thérapeutiques efficaces. Une première souche non sensible à la fois à la céfixime et à la ceftriaxone a été détectée en 2017 au Québec. Cette souche est également la première au Canada. Elle s'ajoute aux trois autres souches non sensibles à la céfixime observées au Québec à ce jour.
- 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 très fréquentes, particulièrement chez les jeunes, et force est de constater que l'épidémie se poursuit. En fait, une meilleure détection des cas permet probablement d'avoir un portrait de plus en plus juste de l'ampleur de cette épidémie.
- L'épidémie de **syphilis infectieuse**, initialement concentrée dans la région de Montréal, touche maintenant la plupart des régions du Québec. Une éclosion est d'ailleurs en cours au Nunavik depuis 2017. La hausse importante observée au cours des dernières années dans la province est très inquiétante. Cette hausse concerne surtout les hommes, mais une augmentation est également observée chez les femmes en 2017. La majorité de ces femmes résident à Montréal ou au Nunavik et sont en âge de procréer, ce qui augmente le risque de survenue de syphilis congénitale. Trois cas de syphilis congénitale ont d'ailleurs été déclarés en 2016 et au moins un autre en 2017.
- 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 entre 2014 et 2016. Le nombre de cas projetés pour l'année 2017 est légèrement inférieur à celui des cas enregistrés en 2016.
- 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 1 000 cas d'**hépatite C** (de stade aigu ou de stade non précisé) ont été déclarés en 2016. 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 personnes vivant avec le VIH (PVVIH), la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population, notamment les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI).
- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics de l'**infection par le VIH** tend à diminuer légèrement depuis quelques années; il semble toutefois stagner en 2014-2016. Chez les HARSAH âgés de 15 à 24 ans, la tendance à la hausse du nombre de cas observée entre 2009 et 2012 a été suivie d'une diminution en 2013 et 2014, puis d'une remontée en 2015 et 2016. De telles fluctuations doivent être interprétées avec prudence puisque le nombre de cas est relativement faible. La situation doit être surveillée attentivement dans ce groupe.

Populations particulièrement touchées

Cette année, le Portrait des ITSS ne comporte pas de chapitre dédié aux populations particulièrement touchées par les ITSS, le peu de nouvelles données répertoriées ne le justifiant pas.

Voici les quelques constats qui avaient été décrits de façon plus détaillée dans le Portrait des ITSS 2015 et projections 2016¹.

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 %).

¹ Blouin K, Venne S, Lambert G. Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec - Année 2015 (et projections 2016). Institut national de santé publique du Québec, Janvier 2017, 117 pages.
<https://www.inspq.qc.ca/publications/2201>

- La proportion de personnes ignorant qu'elles sont infectées par le VIH varie selon le groupe de population. Globalement, on estime qu'environ 20 % des 19 870 personnes vivant avec le VIH en 2014 au Québec ignoraient qu'elles étaient infectées.

Pistes d'action²

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*³ (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 services efficaces.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2015-2025 JOINDRE, DÉPISTER ET DÉTECTER, TRAITER Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique*. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001930/>

³ 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/>

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;
- 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.

En cohérence avec les actions clés proposées (joindre, dépister et détecter, traiter), des travaux sont actuellement en cours pour optimiser le programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec par l'ajout des indicateurs de la cascade de soins pour les PVVIH ainsi que d'un algorithme de récence des infections. Ces travaux sont en lien avec les récentes recommandations d'ONUSIDA à propos des nouvelles cibles à atteindre : 90-90-90⁴. 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.

⁴ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2014) 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic <http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/90-90-90>.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2012, 2016 et projections pour 2017

| Infections | Province de Québec | | | | | |
|---|--------------------|--------------|---------------|--------------|--------------------|--------------|
| | 2012 | | 2016 | | 2017p ^a | |
| | N | Tx | N | Tx | N | Tx |
| Bactériennes | | | | | | |
| Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> | 20 162 | 249,4 | 25 432 | 304,3 | 26 472 | 316,7 |
| ▪ < 1 an – Sexes réunis | 4 | 4,5 | 1 | 1,1 | 3 | 3,6 |
| ▪ 15-24 ans – Hommes | 3 381 | 657,4 | 4 327 | 895,2 | 4 523 | 956,0 |
| ▪ 15-24 ans – Femmes | 9 742 | 1 938,5 | 10 640 | 2 267,6 | 10 705 | 2 342,3 |
| Lymphogranulomatose vénérienne | 12 | 0,3 | 123 | 1,5 | 100 | 1,2 |
| Infection gonococcique | 2 225 | 27,5 | 4 774 | 57,1 | 5 963 | 70,8 |
| ▪ < 1 an – Sexes réunis | 0 | 0,0 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 |
| ▪ 15-24 ans – Hommes | 451 | 87,7 | 859 | 177,7 | 1 070 | 226,2 |
| ▪ 15-24 ans – Femmes | 466 | 92,7 | 472 | 100,6 | 613 | 134,2 |
| Syphilis infectieuse^b | 674 | 8,3 | 970 | 11,6 | 963 | 11,4 |
| ▪ 15-24 ans – Hommes | 148 | 28,8 | 88 | 18,2 | 125 | 26,4 |
| ▪ 15-24 ans – Femmes | 14 | 2,8 | 12 | 2,6 | 30 | 6,5 |
| Syphilis congénitale | 1 | 0,6 | 3 | 1,7 | 2 | 0,9 |
| Virales | | | | | | |
| Hépatite B^c | 916 | 11,3 | 889 | 10,6 | 967 | 11,5 |
| ▪ aiguë - Sexes réunis | 30 | 0,4 | 12 | 0,1 | 13 | 0,2 |
| ▪ < 1 an – Sexes réunis ^c | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Hépatite C^d | 1 301 | 16,1 | 1 053 | 12,6 | 995 | 11,8 |
| ▪ < 1 an – Sexes réunis | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 1,8 |
| Infection par le VIH^e | 323 | 4,0 | 294 | 3,5 | nd | nd |
| ▪ Transmission mère-enfant ^f | 2 | nd | 0 | nd | nd | nd |
| ▪ 15-24 ans – Hommes | 37 | 7,2 | 37 | 7,7 | nd | nd |
| ▪ 15-24 ans – Femmes | 8 | 1,6 | 8 | 1,7 | nd | nd |

^a Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

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

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

^e Nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif).

^f Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

Sources : Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO), Programme de surveillance du VIH au Québec (Institut national de santé publique du Québec).

Tableau 2 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2016

| Infection à <i>C. trachomatis</i> | | Infection gonococcique | | Syphilis infectieuse ^a | | Lymphogranulomatose vénérienne | | Hépatite B ^b | | Hépatite C ^c | | VIH | |
|-----------------------------------|--------------|------------------------|-------------|-----------------------------------|-------------|--------------------------------|------------|-------------------------|-------------|-------------------------|-------------|-----------|-----------------|
| RSS | Tx | RSS | Tx | RSS | Tx | RSS | Tx | RSS | Tx | RSS | Tx | RSS | Tx ^d |
| 17 | 4 599,4 | 17 | 2 149,4 | 6 | 30,0 | 6 | 4,4 | 6 | 24,3 | 7 | 20,1 | 6 | 8,7 |
| 18 | 1 837,8 | 18 | 256,2 | QC | 11,6 | QC | 1,5 | 7 | 14,7 | 6 | 18,4 | 18 | 5,6 |
| 9 | 356,6 | 6 | 135,7 | 2 | 9,3 | 16 | 1,0 | QC | 10,6 | 18 | 16,7 | QC | 3,5 |
| 15 | 342,5 | QC | 57,1 | 7 | 9,1 | 13 | 0,9 | 13 | 10,3 | 3 | 13,6 | 8 | 3,4 |
| 10 | 334,1 | 10 | 56,9 | 17 | 7,5 | 8 | 0,7 | 16 | 8,6 | 15 | 13,0 | 14 | 2,9 |
| 4 | 333,6 | 13 | 46,4 | 16 | 7,5 | 5 | 0,6 | 5 | 8,6 | 5 | 12,9 | 16 | 2,7 |
| 6 | 330,2 | 3 | 36,0 | 3 | 6,9 | 14 | 0,6 | 3 | 8,1 | QC | 12,6 | 13 | 2,1 |
| 3 | 314,0 | 16 | 33,3 | 14 | 5,5 | 3 | 0,5 | 18 | 5,6 | 13 | 11,7 | 1 | 2,0 |
| 8 | 311,4 | 7 | 30,5 | 15 | 5,3 | 12 | 0,5 | 4 | 4,7 | 4 | 11,7 | 3 | 2,0 |
| QC | 304,3 | 15 | 29,1 | 4 | 4,9 | 2 | 0,4 | 12 | 3,8 | 9 | 10,5 | 7 | 2,0 |
| 14 | 298,0 | 14 | 29,0 | 13 | 4,6 | 15 | 0,3 | 14 | 3,5 | 8 | 10,1 | 15 | 1,5 |
| 7 | 285,5 | 5 | 22,1 | 5 | 4,2 | 7 | 0,3 | 11 | 2,2 | 14 | 8,8 | 11 | 1,1 |
| 16 | 270,8 | 4 | 17,4 | 12 | 3,3 | 4 | 0,2 | 8 | 2,0 | 1 | 8,5 | 5 | 1,0 |
| 5 | 258,6 | 12 | 16,5 | 11 | 3,2 | 1 | 0,0 | 2 | 1,8 | 16 | 8,4 | 4 | 0,8 |
| 2 | 256,8 | 8 | 10,7 | 9 | 3,1 | 9 | 0,0 | 15 | 1,2 | 10 | 7,1 | 2 | 0,7 |
| 13 | 256,7 | 1 | 9,5 | 8 | 1,3 | 10 | 0,0 | 9 | 1,0 | 11 | 6,5 | 12 | 0,7 |
| 12 | 218,7 | 2 | 9,0 | 1 | 1,0 | 11 | 0,0 | 1 | 1,0 | 2 | 6,5 | 9 | 0,0 |
| 1 | 185,2 | 9 | 7,3 | 10 | 0,0 | 17 | 0,0 | 10 | 0,0 | 12 | 4,9 | 10 | 0,0 |
| 11 | 142,4 | 11 | 4,3 | 18 | 0,0 | 18 | 0,0 | 17 | 0,0 | 17 | 0,0 | 17 | 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 2016. Ce nombre inclut 21 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 2017.

EFFECTIFS DE POPULATION PAR RÉGION SOCIO-SANITAIRE, 2016

| RSS = Région socio-santair | Effectifs population | RSS = Région socio-santair | Effectifs population |
|---------------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
| 01 Bas-Saint-Laurent | 200 880 | 11 Gaspésie–Îles-de-la Madeleine | 92 727 |
| 02 Saguenay–Lac-Saint-Jean | 278 808 | 12 Chaudière-Appalaches | 425 203 |
| 03 Capitale-Nationale | 742 453 | 13 Laval | 435 222 |
| 04 Mauricie et Centre-du-Québec | 512 274 | 14 Lanaudière | 509 797 |
| 05 Estrie | 479 428 | 15 Laurentides | 602 314 |
| 06 Montréal | 2 006 956 | 16 Montérégie | 1 388 158 |
| 07 Outaouais | 393 740 | 17 Nunavik | 13 306 |
| 08 Abitibi-Témiscamingue | 148 985 | 18 Terres-Cries-de-la Baie-James | 17 956 |
| 09 Côte-Nord | 95 333 | | |
| 10 Nord-du-Québec | 14 067 | QC Province de Québec | 8 357 607 |

1 Introduction

Le présent portrait s'inscrit dans le cadre du *Programme national de santé publique*⁵. 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 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 publique⁶. 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 à *Chlamydia trachomatis* est devenue une maladie à déclaration obligatoire (MADO) en 1990, mais c'est seulement depuis avril 2002 que tous les tests positifs de détection de l'infection par le VIH font l'objet d'une collecte de renseignements épidémiologiques auprès du professionnel de la santé qui a demandé le test.

Bien que le chancre mou et le granulome inguinal soient également visés par la Loi, ces maladies à déclaration obligatoire ne font pas l'objet de sections particulières. Les derniers cas au Québec ont été déclarés en 2007 pour le chancre mou et en 2004 pour le granulome inguinal.

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode sont extraites du fichier des MADO tenu par le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ), lui-même rattaché à l'Institut national de santé publique du Québec.

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.

⁵ 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.

⁶ 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 et selon le sexe.

2.1 Détection et déclaration des cas

Les données présentées ici se rapportent aux cas d'ITSS qui ont été détectés et déclarés. Les ITSS étant fréquemment asymptomatiques, plusieurs cas restent non détectés et, *a fortiori*, non déclarés. Conséquemment, l'analyse des cas déclarés ne rend compte que d'une partie des infections contractées par la population québécoise et de la distribution de celles-ci. Comme les femmes ont plus régulièrement des contacts avec le système de santé, les occasions se révèlent plus nombreuses que l'infection soit dépistée chez elles et, de ce fait, que la proportion de cas féminins déclarés soit plus élevée que celle des cas masculins. De façon générale, la déclaration des cas (sa justesse par rapport à la situation réelle) est influencée par les facteurs suivants :

- l'accessibilité culturelle, géographique et financière au dépistage ainsi qu'au diagnostic;
- le recours au dépistage et au diagnostic;
- la sensibilité (proportion des personnes infectées dont l'infection est détectée par le test) et la spécificité (proportion des personnes non infectées qui sont reconnues comme telles par le test) des tests utilisés pour détecter l'infection;
- les critères nosologiques utilisés pour reconnaître un cas à des fins de surveillance épidémiologique;
- le nombre de ressources humaines affectées aux enquêtes et à la classification des cas déclarés selon les critères nosologiques en vigueur.

2.2 Cas anciens ou nouveaux

Par convention, les infections sont consignées dans le fichier des MADO à la période où elles ont été déclarées la première fois, mais elles ont pu être contractées 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 1990-2016

Pour les années CDC 1990 à 2016 (du 1^{er} janvier 1990 au 31 décembre 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 31 mai 2017.

Les données antérieures au 1^{er} janvier 1990 sont des données historiques tirées des rapports annuels antérieurs.

Pour une bonne comparaison entre les années, lors des années CDC de 53 semaines (1992, 1997, 2003, 2008, 2014), la moyenne du nombre de cas des semaines CDC 52 et 53 est ajoutée au nombre de cas des 51 premières semaines. Une exception est faite pour les données sur les sites

anatomiques où le nombre total de cas des 53 semaines CDC est présenté. Pour les années CDC de 52 semaines, le nombre total de cas déclarés est présenté.

Les chiffres rapportés peuvent fluctuer puisque le fichier des MADO est ouvert et dynamique. De plus, les processus complémentaires de validation entraînent parfois des changements ou des mises à jour de données.

2.4 Projections 2017

Les projections pour l'année 2017 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC, soit entre le 1er janvier et le 12 août 2017, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-unis pour l'année 2017 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du fichier des MADO le 18 septembre 2017 – sauf celles qui concernent la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne, dont l'extraction a été effectuée le 16 octobre 2017. Les projections doivent être interprétées avec prudence, en particulier si le rythme de déclaration change en cours d'année.

2.5 Calcul des taux

Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version 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 20 juin 2017. Mise à jour de l'indicateur le 29 mars 2017.

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

Numérateur

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

Chaque infection déclarée répondant aux critères des définitions nosologiques compte pour un cas. Pour des ITS comme l'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique, il n'est pas exceptionnel qu'une même personne soit infectée plus d'une fois au cours d'une même année (réinfection). Plusieurs études démontrent que le taux de réinfection à l'intérieur d'une même année est élevé pour les personnes atteintes d'infection à *Chlamydia trachomatis*^{7,8}. Ainsi, surtout pour ce

⁷ Götz, H.M., Hoebe, C.J.P.A., van Bergen, J.E.A.M., et collab., High yield in reinfections during a chlamydia screening programme when automatically sending testkits after 6 months to previously infected in 19th Biennial Conference Of The International Society For Sexually Transmitted Diseases Research, 2011, Sex Transm Dis.: Quebec City, Canada. p. A21-A22.

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

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.

2.6 Site anatomique de l'infection⁹

Les données relatives au site de l'infection doivent être interprétées avec prudence. Lorsque plusieurs sites se sont révélés positifs pour un même épisode, ils sont généralement inscrits distinctement dans le fichier (site 1, site 2, et ainsi de suite); les pratiques de saisie des données dans ce fichier peuvent différer selon les Directions de santé publique régionales. Par ailleurs, des erreurs de saisie surviennent, comme dans toute banque de données. Par exemple, en 2016, on retrouve 44 cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* et 3 cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MADDO est le col utérin. La standardisation de la saisie de cette variable est définitivement 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 obligatoire¹⁰.

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.

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

¹⁰ Groupe de travail Guide d'intervention ITS-MADO (2014) *Guide d'intervention - Infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 339 p.

3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : progression constante de l'incidence des cas déclarés

Une hausse constante de l'incidence des cas déclarés est observée depuis 1997. Cette hausse touche les hommes et les femmes de tous les groupes d'âge. Cette infection se retrouve dans toutes les régions du Québec.

3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2016

- L'infection à *Chlamydia trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 25 432 cas déclarés en 2016 (taux de 304,3 pour 100 000 personnes), dont 62 % sont des femmes.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 67 % des cas féminins et 45 % des cas masculins. Le taux d'incidence dans ce groupe d'âge (1 571,4 pour 100 000) est 11 fois plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (140,3 pour 100 000).
- Parmi les hommes, ceux âgés de 20 à 24 ans ont les taux les plus élevés (1 200,8 pour 100 000), suivis de ceux âgés de 25 à 29 ans (769,3 pour 100 000).
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont chez celles âgées de 15 à 24 ans (2 267,6 pour 100 000) et chez celles âgées de 25 à 29 ans (964,7 pour 100 000).
- Les infections aux sites extragénitaux (anus-rectum et pharynx) sont plus fréquentes chez les hommes (13 %) que chez les femmes (moins de 2 %) : le tableau ici-bas présente la répartition des cas pour les sites extragénitaux chez les hommes et les femmes.

Tableau 3 Infections à *Chlamydia trachomatis* aux sites extragénitaux, Québec, 2016

| Cas avec information disponible sur le site* | Hommes N = 8 630 | | Femmes N = 14 319 | |
|--|------------------|-------|-------------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Site anus-rectum** | 1 014 | 12 % | 125 | 0,9 % |
| Seulement Anus-rectum | 869 | 10 % | 39 | 0,3 % |
| Seulement Anus-rectum et pharynx | 64 | 0,7 % | 1 | 0 % |
| Site pharynx** | 193 | 2 % | 84 | 0,6 % |
| Seulement Pharynx | 107 | 1,2 % | 42 | 0,3 % |
| Sites extragénitaux** | 1 137 | 13 % | 199 | 1,4 % |
| Seulement sites extragénitaux | 1 040 | 12 % | 82 | 0,6 % |

* Hommes : 899 cas pour lesquels le site est manquant et 53 cas pour lesquels l'information est invalide (col utérin, vagin comme seuls sites rapportés), ont été exclus de l'analyse. Femmes : 1 446 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).

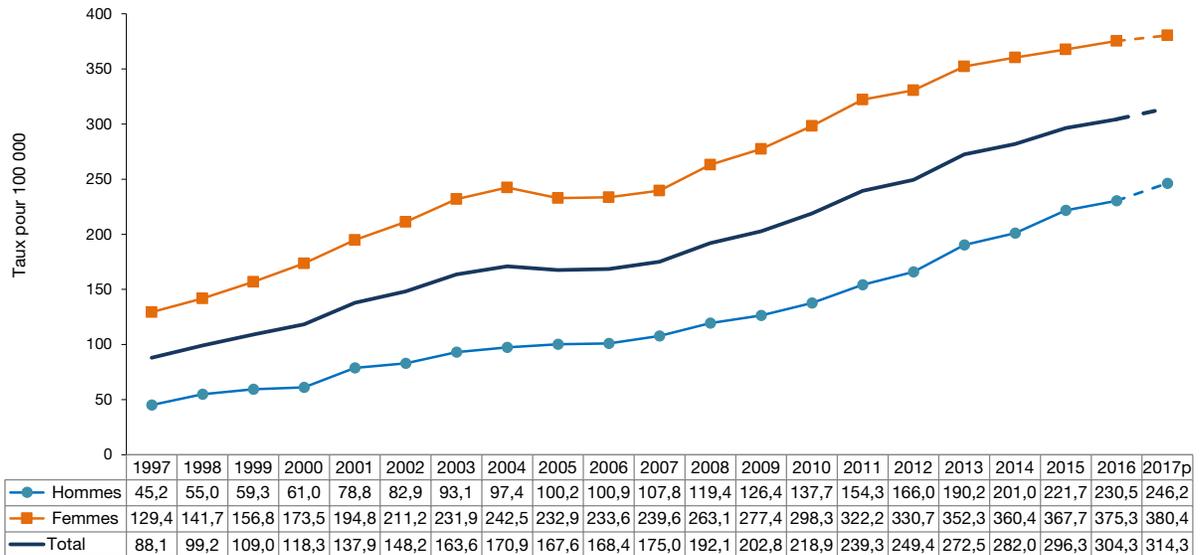
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont respectivement des taux quinze et six fois supérieurs à celui de la province. À l'exception du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ce sont la Côte-Nord, les Laurentides, le Nord-du-Québec, la Mauricie-Centre-du-Québec, Montréal et l'Abitibi-Témiscamingue qui enregistrent les taux les plus élevés. Les taux les plus faibles s'observent en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, dans le Bas-Saint-Laurent et en Chaudière-Appalaches.

- Dans la région de Montréal, la proportion de cas masculins dont le site d'infection est uniquement extragénital est de 22 % soit presque le double de celle du Québec (12 %).

3.2 Tendances des cinq dernières années (2012-2016)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a augmenté de 22 % entre 2012 et 2016; cette hausse a été plus marquée chez les hommes (+38,9 %) que chez les femmes (+13,5 %). La hausse a été de +2,7 % entre 2015 et 2016 et, selon les projections, les taux de 2017 seront supérieurs à ceux de 2016, 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 2012 et 2016, on observe des hausses des taux d'incidence de 17,0 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, de 29,9 % chez les femmes qui ont entre 25 et 29 ans, de 28,6 % chez celles qui ont entre 30 et 39 ans et de 49,4 % chez celles qui ont 40 ans ou plus.
 - Pour ce qui est des cas masculins, entre 2012 et 2016, on observe une hausse du taux d'incidence de 36,2 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, de 34,6 % chez les hommes de 25 à 29 ans, de 59,0 % chez ceux de 30 à 39 ans et de 76,5 % chez ceux qui ont 40 ans ou plus.
- Entre 2012 et 2016, le nombre de déclarations de cas d'infections à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes dont le seul site d'infection est le site rectal est passé de 304 à 869 soit une augmentation de 186 %.
- Entre 2012 et 2016, une hausse des taux d'incidence s'observe dans toutes les régions sociosanitaires du Québec sauf les régions de Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (-24,4 %) et Terres-Cries-de-la-Baie-James (-7,9 %). Les hausses les plus importantes sont observées dans les régions du Nunavik (+50,2 %), du Nord-du-Québec (+49,4 %) et de Chaudière-Appalaches (+37,6 %).

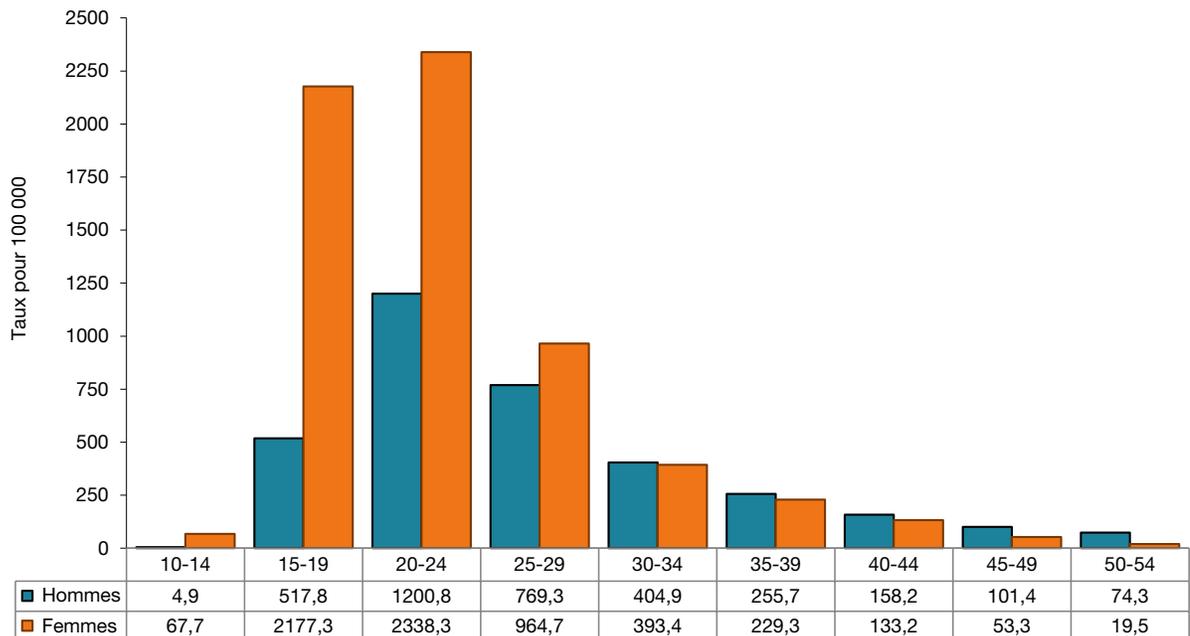
Figure 1 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1997 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

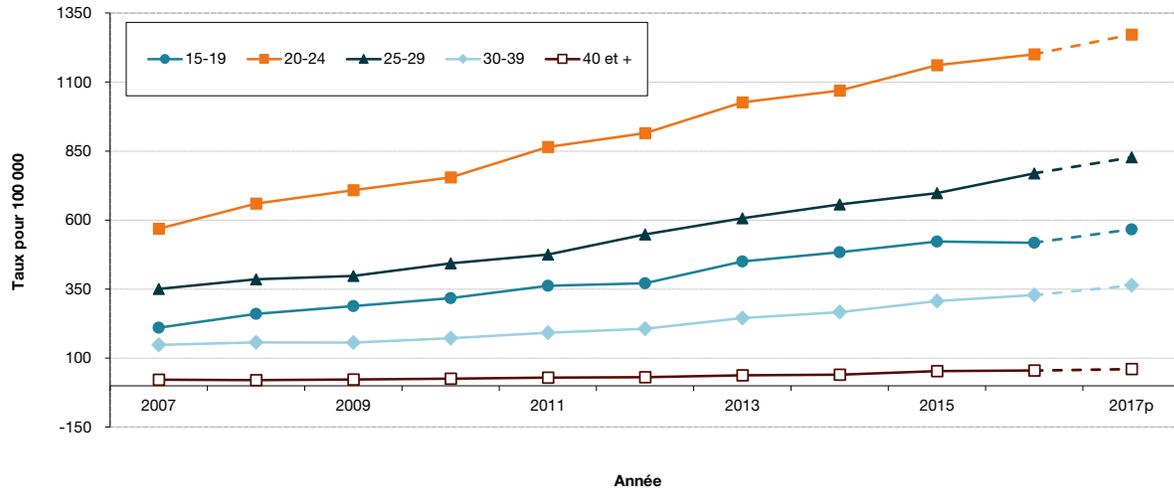
Figure 2 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2016



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

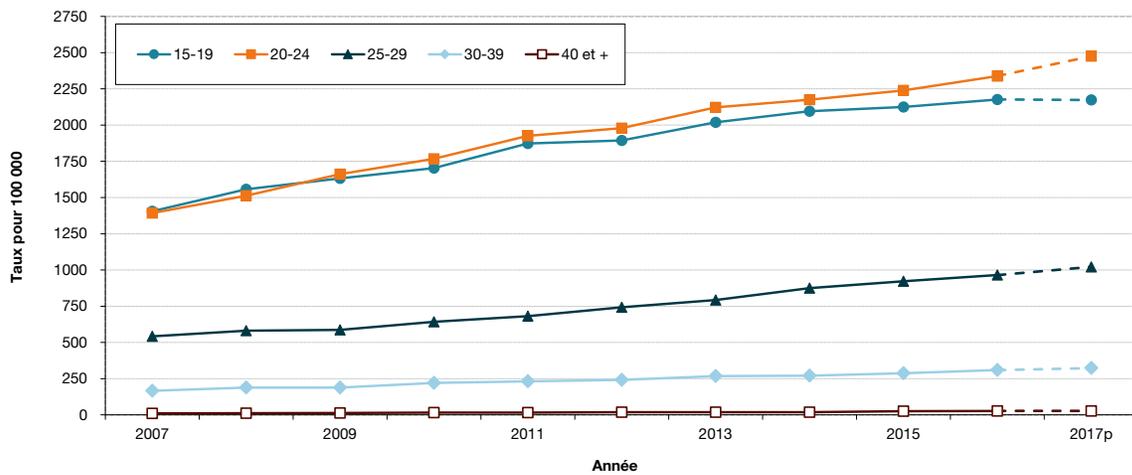
Figure 3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2007 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

Figure 4 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2007 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

Tableau 4 Infection à *Chlamydia trachomatis*: nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p

| Région | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Moyenne 2012-2016 | | 2017p | | Variation 2016-2012 | | | |
|-------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|----------------|-------------------|--------------|---------------|--------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | % N | Tx | % Tx |
| Bas-Saint-Laurent | 309 | 153,7 | 320 | 159,1 | 392 | 195,0 | 401 | 199,6 | 372 | 185,2 | 359 | 178,5 | 446 | 221,8 | 63 | 20,4 | 31,5 | 20,5 |
| Saguenay–Lac-Saint-Jean | 529 | 190,5 | 632 | 227,3 | 690 | 247,9 | 670 | 240,5 | 716 | 256,8 | 647 | 232,6 | 792 | 284,0 | 187 | 35,3 | 66,3 | 34,8 |
| Capitale-Nationale | 1 715 | 238,7 | 2 006 | 276,7 | 2 031 | 277,9 | 2 141 | 290,6 | 2 331 | 314,0 | 2 045 | 279,8 | 2 414 | 322,6 | 616 | 35,9 | 75,3 | 31,5 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 1 396 | 277,3 | 1 422 | 281,1 | 1 637 | 322,2 | 1 700 | 333,2 | 1 709 | 333,6 | 1 573 | 309,6 | 1 889 | 367,2 | 313 | 22,4 | 56,3 | 20,3 |
| Estrie | 1 057 | 227,1 | 1 228 | 261,6 | 1 184 | 250,4 | 1 269 | 266,5 | 1 240 | 258,6 | 1 196 | 253,0 | 1 554 | 321,8 | 183 | 17,3 | 31,6 | 13,9 |
| Montréal | 5 212 | 268,6 | 5 691 | 290,4 | 5 988 | 303,0 | 6 424 | 322,5 | 6 627 | 330,2 | 5 988 | 303,2 | 7 198 | 356,1 | 1 415 | 27,1 | 61,6 | 22,9 |
| Outaouais | 930 | 246,2 | 1 015 | 266,3 | 994 | 258,0 | 1 070 | 274,7 | 1 124 | 285,5 | 1 027 | 266,3 | 1 016 | 255,2 | 194 | 20,9 | 39,3 | 15,9 |
| Abitibi-Témiscamingue | 434 | 294,6 | 470 | 317,7 | 400 | 269,8 | 536 | 360,7 | 464 | 311,4 | 461 | 310,9 | 492 | 329,2 | 30 | 6,9 | 16,8 | 5,7 |
| Côte-Nord | 285 | 298,1 | 316 | 330,7 | 318 | 332,5 | 325 | 340,7 | 340 | 356,6 | 317 | 331,7 | 299 | 314,1 | 55 | 19,3 | 58,5 | 19,6 |
| Nord-du-Québec | 32 | 223,6 | 32 | 224,5 | 27 | 186,5 | 29 | 205,4 | 47 | 334,1 | 33 | 234,6 | 36 | 257,9 | 15 | 46,9 | 110,5 | 49,4 |
| Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | 177 | 188,4 | 131 | 140,4 | 138 | 148,3 | 152 | 163,7 | 132 | 142,4 | 146 | 156,7 | 138 | 149,1 | -45 | -25,4 | -46,1 | -24,4 |
| Chaudière-Appalaches | 662 | 159,0 | 734 | 175,3 | 701 | 166,5 | 806 | 190,5 | 930 | 218,7 | 767 | 182,2 | 909 | 212,8 | 268 | 40,5 | 59,7 | 37,6 |
| Laval | 932 | 226,1 | 971 | 232,7 | 924 | 218,1 | 1 085 | 252,7 | 1 117 | 256,7 | 1 006 | 237,5 | 1 235 | 280,0 | 185 | 19,8 | 30,5 | 13,5 |
| Lanaudière | 1 165 | 241,2 | 1 366 | 279,4 | 1 484 | 299,2 | 1 535 | 305,3 | 1 519 | 298,0 | 1 414 | 285,0 | 1 555 | 301,0 | 354 | 30,4 | 56,8 | 23,5 |
| Laurentides | 1 596 | 278,2 | 1 728 | 297,4 | 1 865 | 317,1 | 1 890 | 317,5 | 2 063 | 342,5 | 1 828 | 310,9 | 2 081 | 341,5 | 467 | 29,3 | 64,4 | 23,1 |
| Montérégie | 3 015 | 226,0 | 3 344 | 248,1 | 3 548 | 260,6 | 3 627 | 263,8 | 3 759 | 270,8 | 3 459 | 254,1 | 3 265 | 233,0 | 744 | 24,7 | 44,8 | 19,8 |
| Nunavik | 382 | 3 061,9 | 511 | 4 029,0 | 509 | 3 939,3 | 551 | 4 201,6 | 612 | 4 599,4 | 513 | 3 976,7 | 811 | 5 986,4 | 230 | 60,2 | 1 537,6 | 50,2 |
| Terres Cries de la Baie-James | 334 | 1 995,2 | 310 | 1 816,5 | 363 | 2 089,8 | 359 | 2 032,7 | 330 | 1 837,8 | 339 | 1 954,1 | 342 | 1 873,6 | -4 | -1,2 | -157,4 | -7,9 |
| Région non précisée | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | | |
| Province de Québec | 20 162 | 249,4 | 22 227 | 272,5 | 23 190 | 282,0 | 24 570 | 296,3 | 25 432 | 304,3 | 23 116 | 281,1 | 26 472 | 314,3 | 5 270 | 26,1 | 54,9 | 22,0 |

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Les chiffres en gras pour 2016 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2016 est inférieur ou égal à celui pour la période 2011 à 2015.

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 pouvant 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 22 % des cas déclarés entre 2012 et 2016, le nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* effectués au Québec^{11,12} a crû de 22 % entre l'année 2011-2012 (543 640 tests) et l'année 2015-2016 (664 523 tests). L'augmentation se poursuit en 2016-2017 avec 739 893 tests de détection, soit une augmentation de 11 % 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 51 % entre l'année 2011-2012 (171 445 tests) et l'année 2015-2016 (259 657 tests). L'augmentation se poursuit en 2016-2017 avec 292 677 tests de détection sur des spécimens urinaires soit une augmentation de 13 % par rapport à l'année précédente. Les TAAN sont donc de plus en plus souvent effectués sur des spécimens prélevés de façon moins invasive pour les personnes qui passent un test (p. ex. : spécimen urinaire). 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 usage¹³. 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, 61 702 tests de détection de *Chlamydia trachomatis* par TAAN sur des prélèvements provenant de sites extragénitaux ont été réalisés en 2016-2017¹⁴, ce qui correspond à 8 % de tous les tests de détection de cette infection.
- En 2016, 12 % 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, 702 cas d'infections uniquement extragénitales se sont ajoutés entre 2012 (338 cas) et 2016 (1 040 cas). Ces cas additionnels (702) représentent 24 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2012 et 2016 (2 921). Dans la région de

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 Andréanne Savard, en date du 13 juillet 2017. 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.

¹² La majorité (94 %) des TAAN effectués pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* détectent aussi le *Neisseria gonorrhoeae*.

¹³ 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.

¹⁴ 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 Andréanne Savard, en date du 13 juillet 2017. Il est difficile de comparer avec les années antérieures puisqu'il s'agit d'un code introduit seulement en 2014-2015 et que la saisie du nouveau code n'a possiblement pas été immédiatement intégrée de façon optimale dans tous les laboratoires.

Montréal, la croissance du nombre d'infections uniquement extragénitales (de 265 en 2012 à 659 en 2016, soit 394 de plus) représente 36 % de l'augmentation du nombre de cas masculins d'infection à *Chlamydia trachomatis* déclarés entre 2012 et 2016 (1 100). 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 ayant recours aux TAAN pour la détection des infections à *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae* utilisent des trousse détectant simultanément les deux infections. Cette pratique explique probablement la détection d'infections pharyngées à *Chlamydia trachomatis* puisqu'il n'est pas indiqué de dépister cette infection à ce site. Ces infections ont probablement été détectées lors de la recherche d'infection gonococcique au site pharyngé.

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

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 infection¹⁵. 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 2011¹⁶. Ces observations appuient l'hypothèse que les tendances observées à partir des cas déclarés ne reflètent pas nécessairement les tendances de l'incidence réelle de l'infection.

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

Dans le cadre de l'étude PIXEL, la première étude québécoise visant à estimer la prévalence de la chlamydie génitale au sein de la population générale des jeunes adultes, des participants âgés de 17 à 29 ans ont été recrutés au sein d'une diversité d'établissements scolaires et de milieux de travail localisés dans un total de neuf régions administratives.

Chez les hommes, la prévalence de *Chlamydia trachomatis* observée dans l'étude PIXEL serait près de trois fois plus élevée que le taux de cas déclarés au registre MADO du Québec; chez les femmes, elle ne serait que légèrement plus élevée. Pour cette comparaison, les jeunes âgés de 20 à 24 ans, sexuellement actifs ou non, recrutés dans l'étude PIXEL en milieux de formation ont été sélectionnés. La prévalence de *C. trachomatis* était de 2,9 % chez les hommes et de 2,5 % chez les femmes alors qu'en 2014, au moment de la collecte de l'étude PIXEL, le taux de cas déclarés d'infection à *C. trachomatis* au registre MADO parmi les 20 à 24 ans avait été respectivement de 1,06 % chez les hommes et de 2,17 % chez les femmes. Les données de déclaration MADO sous-estiment le fardeau réel de l'infection, en particulier chez les hommes, lesquels sont moins en contact avec le système de

¹⁵ 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).

¹⁶ 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).

santé et font donc moins souvent l'objet de tests de dépistage. Cette comparaison entre les données de l'étude PIXEL et celles du registre MADO a des limites, notamment en regard de la représentativité de l'échantillon populationnel recueilli dans l'étude PIXEL et de la nature des analyses effectuées (une prévalence « instantanée » dans l'étude PIXEL en comparaison avec une incidence cumulative annuelle de cas dans le registre MADO), mais elle contribue à apprécier l'éclairage qu'apportent les données du registre MADO, colligées et accessibles de manière continue, sur l'ampleur de l'infection dans la communauté.

Bien que notable, la prévalence rapportée par l'étude PIXEL dans la population des jeunes adultes pourrait être jugée moins dramatique que ne le laissait entendre la croissance explosive de cas déclarés. Tel que mentionné, le Québec ne dispose pas de données populationnelles périodiques permettant d'apprécier l'évolution de l'infection à *Chlamydia trachomatis*. Même si la hausse réelle de celle-ci est possiblement moindre que la hausse observée des cas déclarés, il demeure que la chlamydie est extrêmement fréquente, particulièrement chez les jeunes; jusqu'à 19 % des participantes à l'étude PIXEL sexuellement actives et âgées de 21-29 ans ont rapporté avoir reçu un diagnostic de *Chlamydia trachomatis* au cours de leur vie. Une détection intense et stable des cas permet probablement d'avoir un portrait de plus en plus juste de l'ampleur de la situation et aussi de contrôler celle-ci.

4 Infection gonococcique : hausse importante du taux d'incidence chez les hommes, et progression de la résistance

L'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique augmente constamment depuis la fin des années 1990. On retrouve 10 fois plus de cas en 2016 qu'en 1998.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2016

- En 2016, 4 774 cas ont été déclarés (taux de 57,1 pour 100 000 personnes), dont 79 % sont des hommes. Le rapport hommes/femmes est de 3,8 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentent 22,9 % des cas masculins et 47,4 % des cas féminins. Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes est de 1,8 pour 1.
- En ce qui concerne les cas masculins, les jeunes de 20 à 29 ans ont le taux d'incidence le plus élevé (272,8 pour 100 000), soit un taux quatre fois supérieur à celui des hommes de l'ensemble des autres groupes d'âge (lequel se situe à 62,8 pour 100 000). Le taux calculé pour les jeunes hommes de 15 à 19 ans est de 71,7 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 100,6 pour 100 000. Ce taux est sept fois plus élevé que le taux établi pour l'ensemble des femmes des autres groupes d'âge, qui est de 14,0 pour 100 000.
- Les infections uniquement à un site extragénital (anus-rectum ou pharynx) comptent pour 58 % des infections gonococciques chez les hommes et 11 % chez les femmes (voir tableau 5).

Tableau 5 Infections gonococciques aux sites extragénitaux, Québec, 2016

| Cas avec information disponible sur le site* | Hommes N = 3 611 | | Femmes N = 838 | |
|--|------------------|------|----------------|-------|
| | n | % | n | % |
| Site anus-rectum** | 1 239 | 34 % | 23 | 3 % |
| Seulement Anus-rectum | 751 | 21 % | 8 | 0,9 % |
| Seulement Anus-rectum et pharynx | 340 | 9 % | 1 | 0,1 % |
| Site pharynx** | 1 553 | 43 % | 127 | 15 % |
| Seulement Pharynx | 1 013 | 28 % | 83 | 10 % |
| Sites extragénitaux** | 2 399 | 66 % | 138 | 16 % |
| Seulement sites extragénitaux | 2 104 | 58 % | 92 | 11 % |

* Hommes : 140 cas pour lesquels le site est manquant et 1 où l'information est invalide (col utérin comme seul site rapporté); ces cas ont été exclus de l'analyse. Femmes : 158 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 (57 %) des cas ont été enregistrés dans la région de Montréal. Le taux d'incidence de cas déclarés dans cette région (135,7 pour 100 000 personnes) est quatre fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 32,3 pour 100 000 personnes établi pour le Québec excluant Montréal). Toutes les autres régions ont un taux inférieur à celui de la province.
- Dans la région de Montréal, le rapport hommes/femmes est de 7 pour 1, alors qu'il est de 1,5 pour 1 pour le reste de la province (excluant Montréal); quelques autres différences méritent d'être soulignées :
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les hommes (240,7 pour 100 000 personnes) est 5,6 fois plus élevé que celui du reste de la province (taux de 43,3 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
 - le taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes (33 pour 100 000 personnes) est 1,6 fois plus élevé que celui observé dans le reste de la province (taux de 20,7 pour 100 000 personnes établi pour le Québec, excluant Montréal);
 - une infection uniquement à des sites rectaux ou pharyngés a été rapportée dans 64 % (1 532/2 375) 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 32 % (391/1 236) 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 38 fois et 4 fois plus élevé que celui qui a été calculé pour l'ensemble du Québec.
- Les taux les plus faibles se trouvent dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Côte-Nord et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine. Ces régions ont des taux de moins de 10 pour 100 000.

4.2 Tendances des cinq dernières années (2012-2016)

- Le taux d'incidence des cas déclarés d'infection gonococcique a plus que doublé entre 2012 et 2016 (+107,5 %). La hausse a été nettement plus marquée chez les hommes (+154,9 %) que chez les femmes (+21,1 %). Ceci se traduit par un rapport hommes/femmes qui est passé de 1,8 en 2012 à 3,8 en 2016. Selon les projections, le taux de 2017 chez les hommes sera largement supérieur à celui de 2016 (hausse prévue de 25 %); cette augmentation touche tous les groupes d'âge. Chez les femmes, le taux projeté pour 2017 annonce aussi une hausse significative de l'ordre de 22 %.
- Entre 2012 et 2016, 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 74,4 % pour les hommes de 15 à 19 ans et les taux d'incidence ont plus que doublé dans tous les autres groupes d'âge soit des hausses de 103,4 % (20 à 24 ans) à 411 % (50 à 54 ans).
- Chez les hommes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 235 en 2012 à 1 239 en 2016, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 223 à 1 553 au cours de la même période. Entre 2012 et 2016, le nombre de déclarations de cas d'infection gonococcique uniquement extragénitale (site anus-rectum ou pharynx, sans autre site avec résultat positif) chez les hommes est passé de 392 à 2 104 soit une augmentation de 436 %.

- Entre 2012 et 2016, 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 8,5 % chez celles âgées de 15 à 24 ans. La hausse est de 89,5 % chez les femmes âgées de 30 à 39 ans et de 95 % chez celles de 40 ans et plus (de 50 cas à 102 cas).
- Chez les femmes, le nombre annuel de cas déclarés d'infections rectales est passé de 4 en 2012 à 23 en 2016, alors que le nombre d'infections pharyngées est passé de 25 à 127 au cours de la même période. Entre 2012 et 2016, le nombre de déclarations de cas d'infection gonococcique uniquement extragénitale (site anus-rectum ou pharynx, sans autre site avec résultat positif) chez les femmes est passé de 26 à 92 soit une augmentation de 254 %.
- Au cours de la période 2012-2016, des hausses significatives du taux d'incidence des cas déclarés ont été observées dans 13 régions du Québec.

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 2016¹⁷, le LSPQ est en mesure de présenter des analyses de sensibilité pour 1 260 souches, dont environ 85 % avaient été isolées chez des hommes. Les constats suivants se dégagent des analyses réalisées pour l'année 2016:

- 60 % des souches analysées au LSPQ étaient résistantes à la **ciprofloxacine**¹⁸; cette proportion a été relativement stable au cours des dernières années (variations entre 32 % et 60 %);
- une souche (isolée chez une femme) était non sensible¹⁹ à la **céfixime** (CMI 0,5 mg/L) selon les critères du Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI); de plus, selon les critères définis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), trois souches isolées chez deux hommes et une femme démontraient une sensibilité réduite à la céfixime. Enfin, 1,4 % des souches (1,1 % des souches isolées chez des hommes et 3,3 % des souches isolées chez des femmes) avaient des profils s'approchant des critères de sensibilité réduite de l'OMS;
- toutes les souches analysées en 2016 étaient sensibles à la **ceftriaxone**, mais quatre souches (0,3 %), dont trois isolées chez des hommes, présentaient une sensibilité réduite. Cette proportion était de moins de 1 % entre 2010 et 2013, de 3,9 % en 2014 et de 3,6 % en 2015;
- on a compté 251 souches (19,9 %) résistantes à l'**azithromycine** en 2016 dont la majorité (189 soit 75 %) avait été isolée chez des hommes de la région de Montréal et de la Montérégie, 40 autres souches ont été isolées chez des hommes de 10 autres régions alors que 22 souches avaient été isolées chez des femmes de 7 régions différentes. Ainsi la proportion de souches résistantes à l'azithromycine est de 21 % parmi les souches isolées chez les hommes et de 12 % parmi les souches isolées chez des femmes;

¹⁷ Lefebvre, B., Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : Rapport 2016 [Québec], Laboratoire de santé publique du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2016, (communication personnelle Brigitte Lefebvre, septembre 2017, rapport non finalisé

¹⁸ Cet antibiotique n'est plus recommandé comme traitement de premier choix au Québec

¹⁹ Le terme «non sensible» s'applique lorsque les critères d'interprétation des antibiogrammes pour les catégories «intermédiaire» et «résistante» ne sont pas définis

- Une première souche de *Neisseria gonorrhoeae* non sensible à la ceftriaxone et à la céfixime a été détectée au Québec en 2017²⁰. Il s'agit de la première souche canadienne non sensible à ces deux céphalosporines de 3^e génération. De plus, cette souche était résistante à la ciprofloxacine et à la tétracycline, mais sensible à l'azithromycine.

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. De plus, un réseau de cliniques sentinelles a été mis en place dans trois régions du Québec (Montréal, Montérégie et Nunavik) et vise entre autres à compléter la vigie des échecs de traitement et des données ont pu être recueillies pour l'année 2016.

Des critères ont été définis afin de discriminer, dans la mesure du possible, les échecs de traitement d'une réinfection due à une nouvelle exposition.

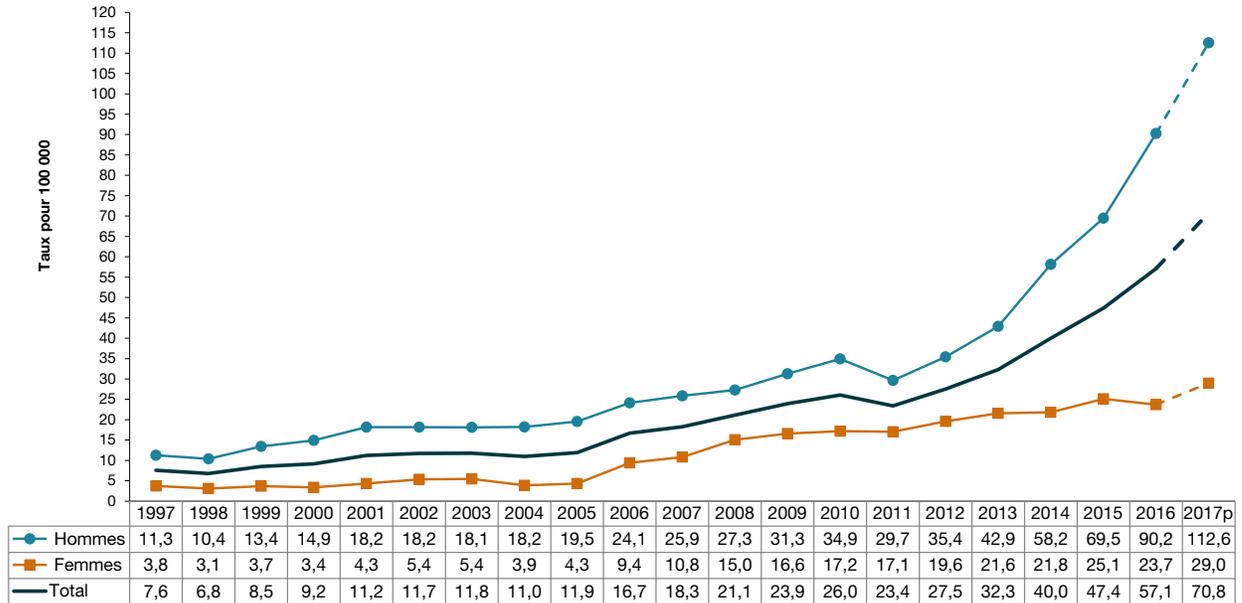
Au cours de l'année 2016, neuf cas (six dans le cadre de la vigie et trois au sein du réseau sentinelle) ont été retenus comme cas d'échec au traitement.

Sommaire des caractéristiques des neuf cas d'échecs de traitement retenus en 2016 :

- les cas ont été rapportés par six régions (un à quatre chacune);
- on retrouve deux femmes et sept hommes;
- parmi les cas masculins, tous sont des HARSAH;
- tous les cas avaient un site d'infection au pharynx sauf un cas féminin où le seul site d'infection détecté était le col de l'utérus;
- tous les cas ont eu un prélèvement pour culture en plus de prélèvements pour TAAN soit à la visite initiale ou lors du suivi. Des résultats positifs à la culture ont été obtenus pour cinq cas et des profils de sensibilité ont été documentés pour ces cas : une résistance à un antibiotique utilisé pour le traitement a été démontrée pour deux cas (résistance à l'azithromycine chez un patient traité initialement en monothérapie avec azithromycine et un cas de résistance à l'azithromycine chez un patient traité avec ceftriaxone et azithromycine). Par ailleurs, toutes les souches étaient sensibles à la céfixime et à la ceftriaxone, alors que quatre sur cinq étaient résistantes à la ciprofloxacine.

²⁰ Pour plus d'informations, consulter le bulletin Flash vigie de mars 2016 : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol12_no2.pdf

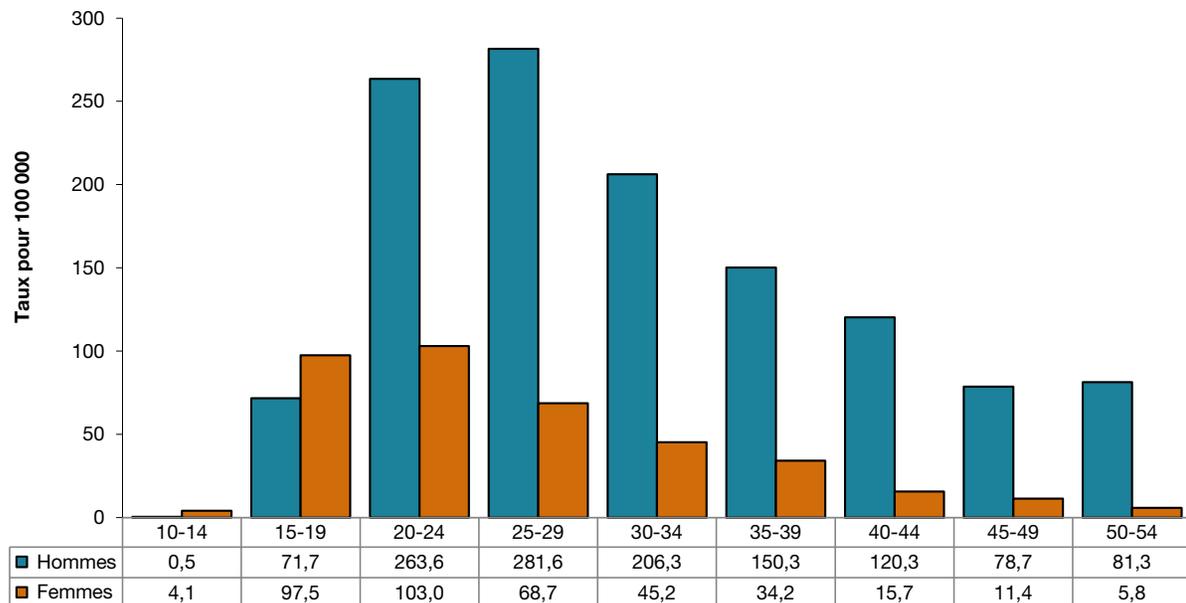
Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1997 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

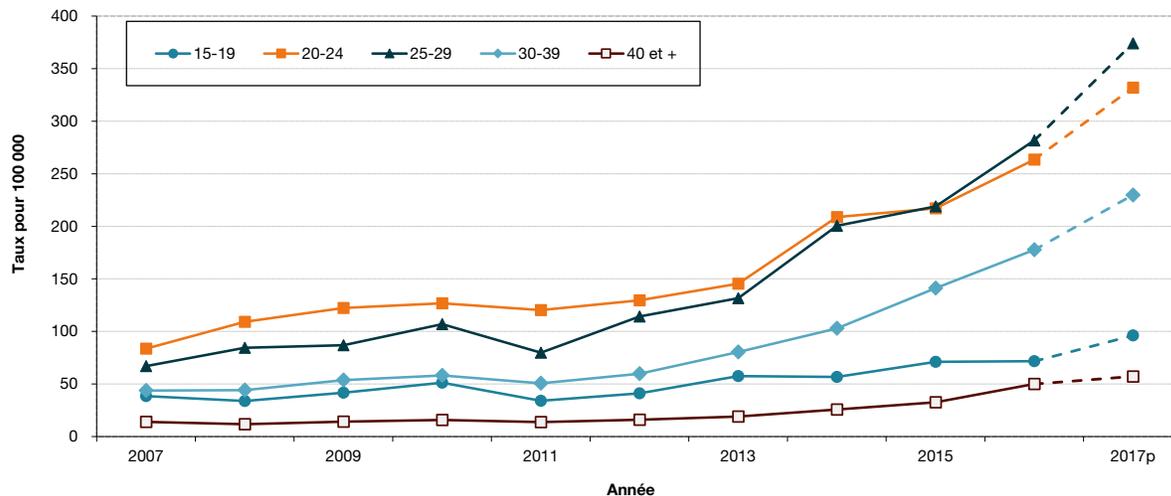
Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2016



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

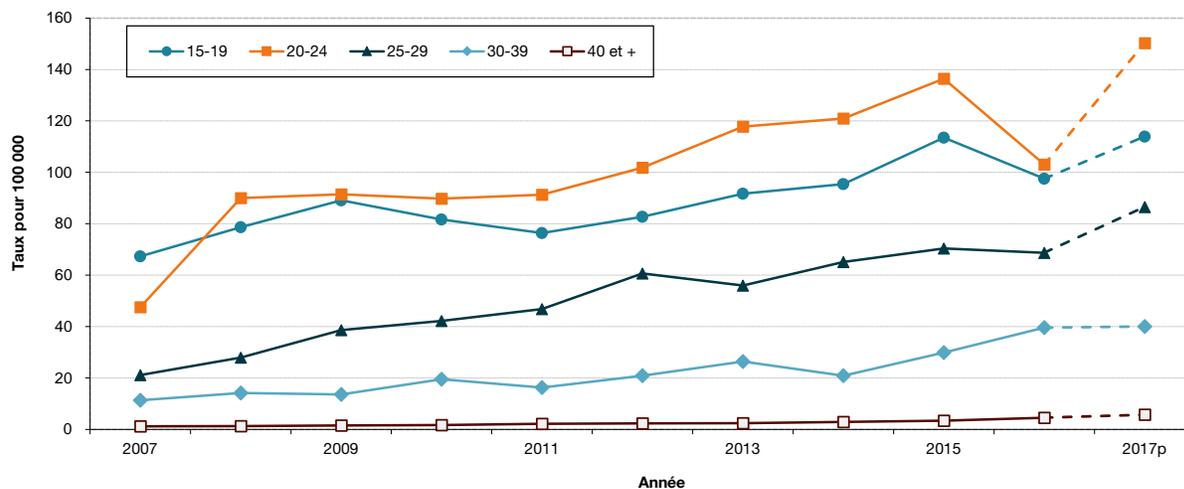
Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2007 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2007 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

Tableau 6 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p

| Région | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Moyenne 2012-2016 | | 2017p | | Variation 2016-2012 | | | |
|-------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|----------------|-------------------|-------------|--------------|-------------|---------------------|--------------|-------------|--------------|
| | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | % N | Tx | % Tx |
| Bas-Saint-Laurent | 16 | 8,0 | 6 | 3,0 | 10 | 5,0 | 14 | 7,0 | 19 | 9,5 | 13 | 6,5 | 15 | 7,4 | 3 | 18,8 | 1,5 | 18,9 |
| Saguenay-Lac-Saint-Jean | 17 | 6,1 | 17 | 6,1 | 22 | 7,9 | 24 | 8,6 | 25 | 9,0 | 21 | 7,5 | 46 | 16,5 | 8 | 47,1 | 2,8 | 46,5 |
| Capitale-Nationale | 165 | 23,0 | 115 | 15,9 | 176 | 24,0 | 152 | 20,6 | 267 | 36,0 | 175 | 23,9 | 419 | 56,0 | 102 | 61,8 | 13,0 | 56,6 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 40 | 7,9 | 38 | 7,5 | 86 | 16,9 | 94 | 18,4 | 89 | 17,4 | 69 | 13,7 | 136 | 26,5 | 49 | 122,5 | 9,4 | 118,7 |
| Estrie | 36 | 7,7 | 41 | 8,7 | 56 | 11,8 | 63 | 13,2 | 106 | 22,1 | 60 | 12,8 | 232 | 48,0 | 70 | 194,4 | 14,4 | 185,9 |
| Montréal | 1 076 | 55,5 | 1 366 | 69,7 | 1 725 | 87,3 | 2 213 | 111,1 | 2 724 | 135,7 | 1 821 | 92,2 | 3 469 | 171,6 | 1 648 | 153,2 | 80,3 | 144,7 |
| Outaouais | 59 | 15,6 | 62 | 16,3 | 90 | 23,2 | 90 | 23,1 | 120 | 30,5 | 84 | 21,8 | 197 | 49,6 | 61 | 103,4 | 14,9 | 95,1 |
| Abitibi-Témiscamingue | 32 | 21,7 | 24 | 16,2 | 23 | 15,5 | 25 | 16,8 | 16 | 10,7 | 24 | 16,2 | 33 | 22,0 | -16 | -50,0 | -11,0 | -50,6 |
| Côte-Nord | 1 | 1,0 | 4 | 4,2 | 7 | 7,3 | 10 | 10,5 | 7 | 7,3 | 6 | 6,1 | 7 | 6,9 | 6 | 600,0 | 6,3 | 602,0 |
| Nord-du-Québec | 4 | 28,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 7,1 | 8 | 56,9 | 3 | 18,3 | 5 | 35,2 | 4 | 100,0 | 28,9 | 103,4 |
| Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 4 | 4,3 | 7 | 7,5 | 7 | 7,5 | 6 | 6,5 | 4 | 4,3 | 6 | 6,0 | 8 | 8,9 | 0 | 0,0 | 0,1 | 1,3 |
| Chaudière-Appalaches | 15 | 3,6 | 14 | 3,3 | 26 | 6,2 | 33 | 7,8 | 70 | 16,5 | 32 | 7,5 | 79 | 18,5 | 55 | 366,7 | 12,9 | 357,0 |
| Laval | 84 | 20,4 | 130 | 31,2 | 127 | 29,9 | 145 | 33,8 | 202 | 46,4 | 138 | 32,5 | 187 | 42,5 | 118 | 140,5 | 26,0 | 127,7 |
| Lanaudière | 70 | 14,5 | 98 | 20,0 | 158 | 31,9 | 150 | 29,8 | 148 | 29,0 | 125 | 25,2 | 199 | 38,5 | 78 | 111,4 | 14,5 | 100,3 |
| Laurentides | 86 | 15,0 | 121 | 20,8 | 153 | 25,9 | 174 | 29,2 | 175 | 29,1 | 142 | 24,1 | 232 | 38,0 | 89 | 103,5 | 14,1 | 93,8 |
| Montréal | 207 | 15,5 | 261 | 19,4 | 400 | 29,3 | 445 | 32,4 | 462 | 33,3 | 355 | 26,1 | 393 | 28,0 | 255 | 123,2 | 17,8 | 114,5 |
| Nunavik | 256 | 2 051,9 | 286 | 2 255,0 | 189 | 1 458,9 | 248 | 1 891,1 | 286 | 2 149,4 | 253 | 1 960,5 | 278 | 2 052,1 | 30 | 11,7 | 97,5 | 4,7 |
| Terres Cries de la Baie-James | 57 | 340,5 | 44 | 257,8 | 40 | 230,3 | 43 | 243,5 | 46 | 256,2 | 46 | 265,0 | 28 | 153,1 | -11 | -19,3 | -84,3 | -24,8 |
| Région non précisée | 0 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0,0 | |
| Province de Québec | 2 225 | 27,5 | 2 635 | 32,3 | 3 292 | 40,0 | 3 930 | 47,4 | 4 774 | 57,1 | 3 371 | 41,0 | 5 963 | 70,8 | 2 549 | 114,6 | 29,6 | 107,5 |

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Les chiffres en gras pour 2016 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2016 est inférieur ou égal à celui pour la période 2011 à 2015.

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 107,5 % des cas déclarés d'infection gonococcique entre 2012 et 2016, le nombre total d'analyses pour la recherche de *Neisseria gonorrhoeae* (cultures et TAAN) a augmenté de 45 % entre 2011-2012 (476 505 recherches de *N. gonorrhoeae*) et 2015-2016 (690 091 recherches de *N. gonorrhoeae*)²¹. 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 2011-2012 (336 642 recherches de NG par TAAN) et 2015-2016 (614 685 recherches de NG par TAAN). Le grand nombre de recherche de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN s'explique en partie par le fait que la majorité des tests de détection de l'infection à *Chlamydia trachomatis* sont des tests TAAN détectant simultanément le *Neisseria gonorrhoeae*. Parallèlement à la hausse du nombre de recherches par TAAN, le nombre de cultures a diminué de 46 %, passant de 139 863 cultures en 2011-2012 à 75 406 en 2015-2016. La sensibilité de la recherche par TAAN étant beaucoup plus élevée que la culture, cette évolution des pratiques augmente la capacité de détecter des cas.
- En 2016, 2 104 cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes sont des infections extragénitales sans mention d'autres sites d'infection par rapport à 392 en 2012. Le nombre de cas d'infection uniquement extragénitale qui se sont ajoutés entre 2012 et 2016 (1 712 cas) représente 73,4 % de l'augmentation du nombre de cas chez les hommes entre 2012 et 2016 (2 331). Ces cas n'auraient pas été détectés avant l'utilisation élargie des TAAN à partir de ces sites : de 20 872 recherches de *Neisseria gonorrhoeae* à partir de spécimens extragénitaux en 2014-2015, on en compte 36 432 en 2015-2016 et 61 638 en 2016-2017. La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales pourrait donc expliquer une bonne partie de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes. À titre indicatif, 61 638 tests de détection de *Neisseria gonorrhoeae* par TAAN sur des prélèvements provenant de sites extragénitaux ont été réalisés en 2016-2017²², ce qui correspond à 8 % de tous les tests de détection de cette infection.
- Chez les femmes, l'augmentation du nombre de cas d'infection gonococcique exclusivement extragénitale (92 en 2016 et 26 en 2012) représente 33 % de l'augmentation du nombre de cas entre 2012 et 2016 (66/199).

En résumé, surtout 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

²¹ 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.

²² Programme de biologie médicale, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, *Communication personnelle de Kim Aubin, 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.

auparavant peuvent maintenant l'être, ce qui nous permet d'avoir un portrait plus juste de la fréquence de l'infection, notamment chez les hommes.

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

4.4.2 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 2016, mais il est raisonnable de penser que les HARSAH sont encore particulièrement touchés par l'infection gonococcique en s'appuyant sur le fait que 34 % 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. : infections rectales à *Chlamydia trachomatis*, syphilis, LGV), incite à une mobilisation accrue pour la prévention des ITSS auprès des HARSAH.

4.4.3 LA RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES ET LES ÉCHECS DE TRAITEMENT

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 des guides pharmacologiques sur le traitement des ITSS et plusieurs mises à jour ont été effectuées²³, incluant les recommandations sur le traitement de l'infection gonococcique. La progression de la résistance à l'azithromycine et l'émergence de non-sensibilité aux céphalosporines de troisième génération 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, une proportion de moins en moins importante de cas d'infection gonococcique est détectée par culture : en 2015²⁴, 26 % des cas d'infection gonococcique ont été détectés par culture, comparativement à 74 % en 2005.

Tel que le recommande l'OMS²⁵, 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.

²³ 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).

²⁴ 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, 2015, [communication personnelle rapport non finalisé] (http://www.inspq.qc.ca/lspq/surveillance_epidemiologique/labovigilance.asp?Page=6a).

²⁵ 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).

En effet, la surveillance de la résistance aux antibiotiques ne permet pas à elle seule de prédire la survenue d'échecs de traitement :

- il n'y a pas de corrélation absolue entre le profil de sensibilité mesuré en laboratoire (basé sur la concentration minimale requise pour empêcher la croissance du pathogène) et la réponse clinique du patient. Il peut arriver que des infections persistent malgré le traitement même si la souche a été classée comme sensible et inversement que l'infection disparaisse même si une souche a été identifiée comme non sensible.

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 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.

Par ailleurs, les activités de vigie et surveillance des échecs de traitement ont permis de documenter neuf échecs de traitement au cours de l'année 2016. Ces observations sous-estiment largement la réalité puisque 1) les tests de contrôle ne sont pas effectués pour tous les cas même s'il est recommandé de le faire. Ainsi, au sein du réseau sentinelle, un test de contrôle a été effectué pour 62 % des cas chez les hommes et 31 % des cas chez les femmes, 2) tous les cas où une réinfection ne peut être raisonnablement exclue ne sont pas retenus comme échec de traitement même si l'histoire est compatible avec un échec de traitement (ex. : persistance de symptômes après le traitement ou absence d'information sur l'exposition entre le traitement et le test de contrôle).

5 Syphilis infectieuse : trois cas de syphilis congénitale en 2016

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

5.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2016

- Au total, 970 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2016 (taux de 11,6 pour 100 000 personnes); parmi ceux-ci, 22 % étaient des cas de syphilis primaire, 31 % des cas de syphilis secondaire et 47 % des cas de syphilis latente précoce.
- La presque totalité des cas (96 %) concerne des hommes.
- Parmi les cas masculins, 9,5 % sont âgés de 15 à 24 ans, 39,6 % ont entre 25 et 39 ans, et 50,9 % ont 40 ans ou plus. Les taux les plus élevés correspondent aux hommes de 25 à 29 ans (43,4 pour 100 000), suivis de ceux de 30 à 34 ans (42,9 pour 100 000), et de 50 à 54 ans (42,7 pour 100 000).
- On compte 41 femmes, dont 83 % (34/41) sont en âge de procréer (entre 15 et 49 ans).
- Avec 62 % des cas du Québec, la région de Montréal continue, en 2016, d'afficher le plus haut taux d'incidence (30,0 pour 100 000 personnes). On retrouve des cas de syphilis infectieuse dans 15 autres régions du Québec. En excluant la région de Montréal, le taux d'incidence de syphilis infectieuse du reste du Québec pour l'année 2016 est de 5,8 pour 100 000.

5.2 Constats préliminaires pour 2017

- **Augmentation chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans** : chez les hommes, les projections pour l'année 2017 indiquent des taux légèrement inférieurs ou similaires à ceux de 2016 pour pratiquement tous les groupes d'âge sauf pour les jeunes hommes de 20 à 24 ans où une augmentation de 44 % s'annonce. On comptait 77 cas au sein de ce groupe d'âge en 2016 (taux de 28,8 pour 100 000) et, selon les projections, ce nombre sera de 109 en 2017 (taux de 41,4 pour 100 000).
- **Augmentation chez les femmes** : chez les femmes, les projections pour l'année 2017 indiquent un nombre de 79 cas déclarés (taux de 1,9/100 000) par rapport à une moyenne de 31 cas par année au cours des cinq dernières années. Il s'agirait, et de loin, du plus grand nombre de cas déclarés pour une année chez les femmes depuis 1984 et correspondrait à une hausse de 90 % du taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes en une seule année. La hausse du nombre de cas chez les femmes est observée essentiellement à Montréal et au Nunavik (éclosion en cours, voir le paragraphe suivant). Même en excluant les cas féminins de l'éclosion qui est observée au Nunavik, une hausse de 37 % du nombre de cas féminin est prévue et toucherait essentiellement la région de Montréal. Selon les projections pour 2017, 91 % des cas féminins de 2017 seraient chez des femmes en âge de procréer (entre 15 ans et 49 ans) et plus spécifiquement, 58 % seraient âgés entre 15 et 29 ans.

- **Écllosion au Nunavik** : depuis le début de l'année 2017, la région du Nunavik est touchée par une écllosion de syphilis. Cette région généralement épargnée par cette infection (aucun cas déclaré entre 2012 et 2015 et un premier cas précurseur de l'écllosion à la fin de 2016) comptait déjà 29 cas (12 hommes et 17 femmes) en date du 26 octobre 2017. Tous les cas masculins sont survenus chez des hommes âgés entre 25 et 44 ans, et les cas féminins sont survenus chez des femmes âgées de 15 à 44 ans.

5.3 Syphilis congénitale

Au Québec, trois cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2016 alors que cinq cas ont été déclarés entre 2000 et 2015.

Un des nouveau-nés présentait dès la naissance des manifestations de syphilis congénitale telles qu'hépatosplénomégalie massive, thrombopénie, canal artériel et sténose valvulaire pulmonaire. La mère n'avait pas eu de suivi prénatal et le dépistage de la syphilis a été réalisé lorsqu'elle s'est présentée dans un centre hospitalier pour travail prématuré.

Un autre n'avait aucune manifestation clinique, biochimique ou radiologique, mais un dépistage sur sang veineux à la naissance s'est avéré positif. La mère avait eu un dépistage prénatal positif en début de grossesse, mais n'avait pas été traitée à ce moment. Un dépistage a été répété chez la mère deux semaines avant l'accouchement et le traitement a alors commencé, mais n'a pu être complété avant l'accouchement.

Le troisième cas a présenté une ostéomyélite à l'âge de 6 mois; la syphilis a été diagnostiquée ultérieurement (tests tréponémiques positifs). La mère avait eu un dépistage prénatal négatif en début de grossesse. Le dépistage n'a pas été répété en cours de grossesse puisque la femme n'a signalé ni symptômes évocateurs de syphilis ni nouveau partenaire. L'accouchement s'est déroulé normalement, et le bébé semblait en bonne santé. Un dépistage des ITSS effectué chez la mère quelques mois après la naissance a permis de détecter une infection à *C. trachomatis* et une syphilis. C'est à la suite de ce résultat que l'enfant a été dépisté pour la syphilis.

Enfin, un autre cas de syphilis congénitale a été déclaré au début de 2017. Le nouveau-né n'avait aucune manifestation clinique, biochimique ou radiologique, mais un dépistage sur sang veineux à la naissance s'est avéré positif. La mère n'avait pas eu de suivi prénatal et le diagnostic de syphilis a été établi lorsque la mère s'est présentée à l'hôpital pour rupture prématurée des membranes.

5.4 Tendances des cinq dernières années (2012-2016)

- Une hausse du taux d'incidence de cas déclarés de 39,2 % est observée entre 2012 et 2016. 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 2016 est le plus élevé depuis 1984.
- Chez les hommes, une hausse globale (+39,8 %) du taux d'incidence des cas déclarés a été observée entre 2012 et 2016, mais les variations diffèrent selon les groupes d'âge. Les augmentations sont observées essentiellement chez les hommes de 30 à 39 ans (+56,8 %) et chez ceux de 40 ans et plus (+86,2 %). Par ailleurs, une diminution d'incidence est observée chez les jeunes de 15 à 24 ans (-36,7 %) entre 2012 et 2016.

- Chez les femmes, de 2012 à 2016, le nombre annuel de cas fluctue et se situe entre 24 (2015) et 41 cas (en 2016). La proportion des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) fluctue entre 83 % (2016) et 100 % (2013). Considérant le nombre de cas qui fluctue d'année en année dans chaque groupe d'âge, il n'est pas possible de dégager des tendances à l'intérieur des groupes d'âge.
- Des hausses significatives du taux d'incidence des cas déclarés entre 2012 et 2016 sont observées dans six régions du Québec. Les plus fortes augmentations concernent les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (+332 %), de l'Outaouais (475,6 %) et de Montréal (+57,6 %). Pour les deux premières régions, il s'agit d'un nombre de cas relativement faible (moins de 20 cas dans chacune des deux régions en 2016).

5.5 Vigie rehaussée chez les femmes et les jeunes

Dans le contexte de la hausse importante prévue chez les femmes et chez les jeunes hommes de 20 à 24 ans, il peut être pertinent de revoir les résultats de démarches de vigie rehaussée antérieurement réalisées au Québec, bien qu'il soit impossible d'affirmer qu'ils s'appliquent à la situation actuelle.

Une démarche de vigie rehaussée avait été réalisée chez les femmes en 2010-2011 (N = 51). Le facteur de risque rapporté le plus souvent par les femmes était une relation sexuelle récente avec un partenaire à risque²⁶ au regard d'une infection transmissible sexuellement, facteur qui concernait environ la moitié des femmes (51 %), suivi par un antécédent d'ITSS (33 %). Une proportion significative (36 %) ne rapportait aucun facteur de risque pour elles-mêmes ou leurs partenaires.

Une démarche de vigie rehaussée a aussi été réalisée chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2012-2013.

Chez les jeunes hommes (N = 148) :

- La proportion d'HARSAH était de 92 %, tant chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans que 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 et 44 % ont rapporté avoir eu des partenaires anonymes.
- Une proportion de 12 % des cas masculins rapportaient un lien avec le travail du sexe²⁷.
- 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. Les drogues consommées étaient surtout les amphétamines, l'ecstasy et la cocaïne. Trois cas étaient des utilisateurs de drogues par injection.
- Le groupe d'amis ou la famille constituait le principal contexte de rencontres pour 48 % des cas masculins. Parmi les hommes de 15-19 ans, les autres lieux de rencontres importants étaient 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

²⁶ 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.

²⁷ Avoir donné ou reçu de l'argent, de la drogue ou d'autres biens en échange de relations sexuelles.

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 %).

Quelques constats ont pu être dégagés chez les quelques cas survenus chez de jeunes femmes (n = 18) :

- De multiples partenaires étaient rapportés par 28 % des cas féminins.
- Le groupe d'amis ou la famille constituait le principal contexte de rencontres pour 86 % des cas féminins.

5.6 Syphilis non infectieuses et sans précisions

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 a fluctué entre 167 cas en 2013 et 202 cas en 2015, mais s'élève à 285 cas en 2016 ce qui est nettement supérieur à ce qui était observé au cours des années précédentes.

Le nombre de cas déclarés de neurosyphilis était relativement stable entre 2012 et 2014 avec une moyenne annuelle de 19 cas, mais est plus élevé en 2015 et 2016 avec respectivement 32 et 35 cas.

De 2012 à 2015, le nombre de cas de syphilis sans précision a fluctué entre 84 cas en 2012 et 95 cas en 2015, mais s'élève à 190 cas en 2016 ce qui est nettement supérieur à ce qui était observé au cours des années précédentes.

De 2012 à 2016, la proportion des jeunes de 15 à 24 ans parmi les cas de syphilis latente tardive a fluctué entre 6 % (2016) et 10 % (2013). Pour ce qui est des syphilis sans précision, au cours de la même période cette proportion fluctue entre 6 % (2013 et 2014) et 11 % (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 16 cas de syphilis tertiaire (excluant la neurosyphilis) déclarés entre 2012 et 2016 dont 56 % (9/16, 5 hommes 4 femmes) concernaient des personnes âgées de 65 ans ou plus. La moyenne d'âge des autres cas de syphilis tertiaire est de 47 ans (6 hommes et 1 femme).

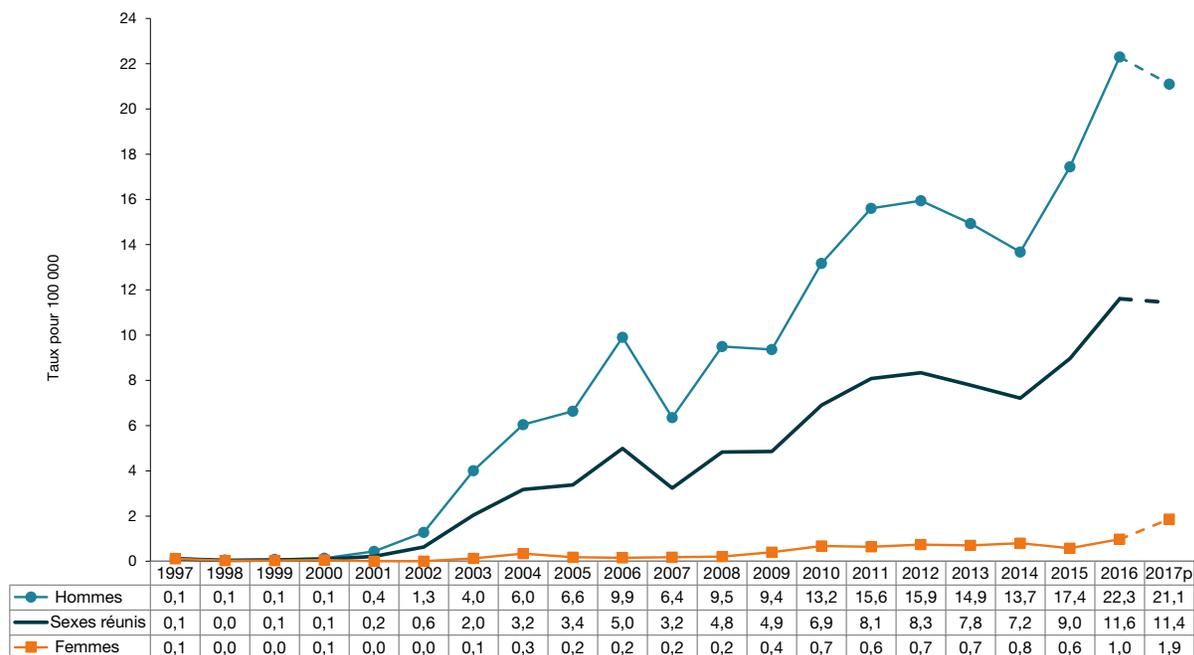
Ainsi, parallèlement à l'augmentation de 39,2 % du taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse, une augmentation de 80 % du nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuses ou sans précisions est observée.

Tableau 7 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2012 à 2016

| Hommes | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Syphilis latente tardive | 96 | 99 | 131 | 146 | 199 |
| Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans | 9 (9 %) | 9 (9 %) | 12 (9 %) | 10 (7 %) | 12 (6 %) |
| Neurosyphilis | 11 | 15 | 20 | 29 | 35 |
| Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis) | 3 | 1 | 5 | 0 | 2 |
| Syphilis sans précision | 64 | 79 | 82 | 72 | 163 |
| Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans | 7 (11 %) | 5 (6 %) | 4 (5 %) | 8 (11 %) | 13 (8 %) |
| Femmes | | | | | |
| Syphilis latente tardive | 90 | 68 | 67 | 56 | 84 |
| Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans | 7 (8 %) | 8 (12 %) | 3 (4 %) | 9 (16 %) | 6 (7 %) |
| Neurosyphilis | 3 | 6 | 2 | 3 | 0 |
| Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis) | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| Syphilis sans précision | 19 | 22 | 29 | 23 | 25 |
| Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans | 1 (5 %) | 1 (5 %) | 2 (7 %) | 3 (13 %) | 1 (4 %) |
| Sexes réunis | | | | | |
| Syphilis latente tardive | 186 | 167 | 199 | 202 | 285 |
| Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans | 16 (9 %) | 17 (10 %) | 16 (8 %) | 19 (9 %) | 18 (6 %) |
| Neurosyphilis | 14 | 21 | 22 | 32 | 35 |
| Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis) | 3 | 3 | 5 | 0 | 5 |
| Syphilis sans précision | 84 | 106 | 112 | 96 | 190 |
| Nombre et (%) des cas âgés de 15 à 24 ans | 8 (10 %) | 6 (6 %) | 7 (6 %) | 11 (11 %) | 14 (7 %) |
| Total syphilis non-infectieuses et sans précisions | 287 | 299 | 340 | 331 | 516 |

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 1997 à 2017p

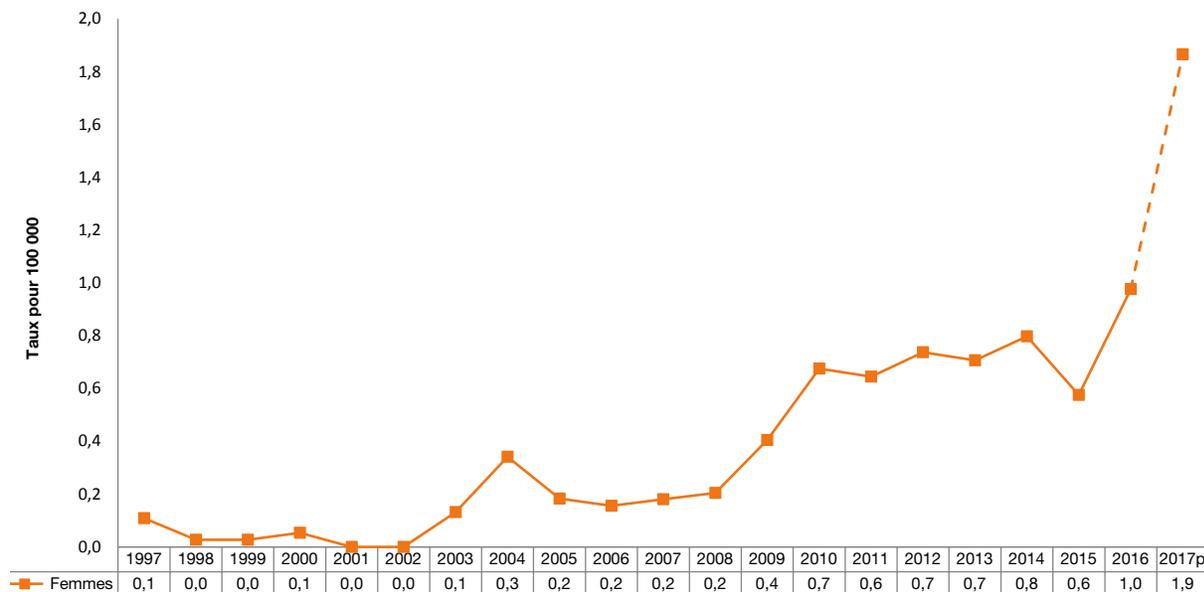


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Figure 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 1997 à 2017p

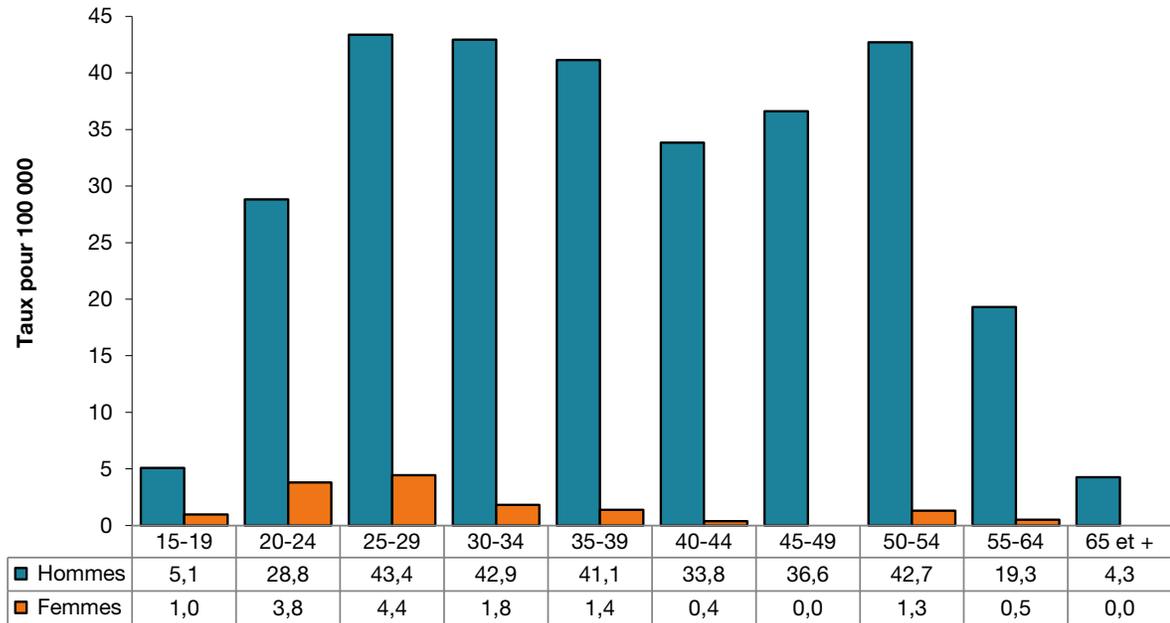


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

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

Figure 11 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2016

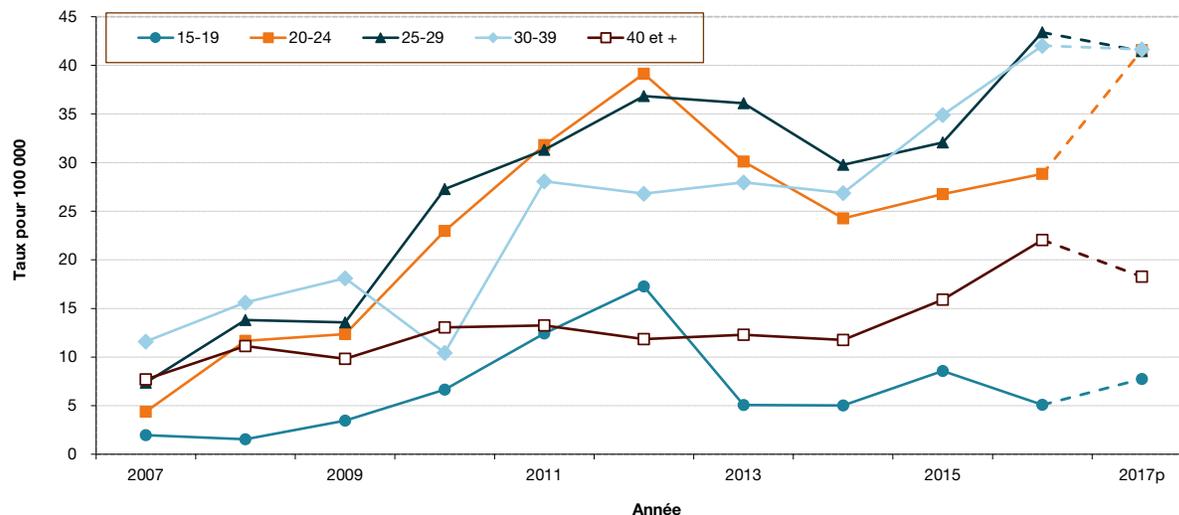


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

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

Figure 12 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2007 à 2017p

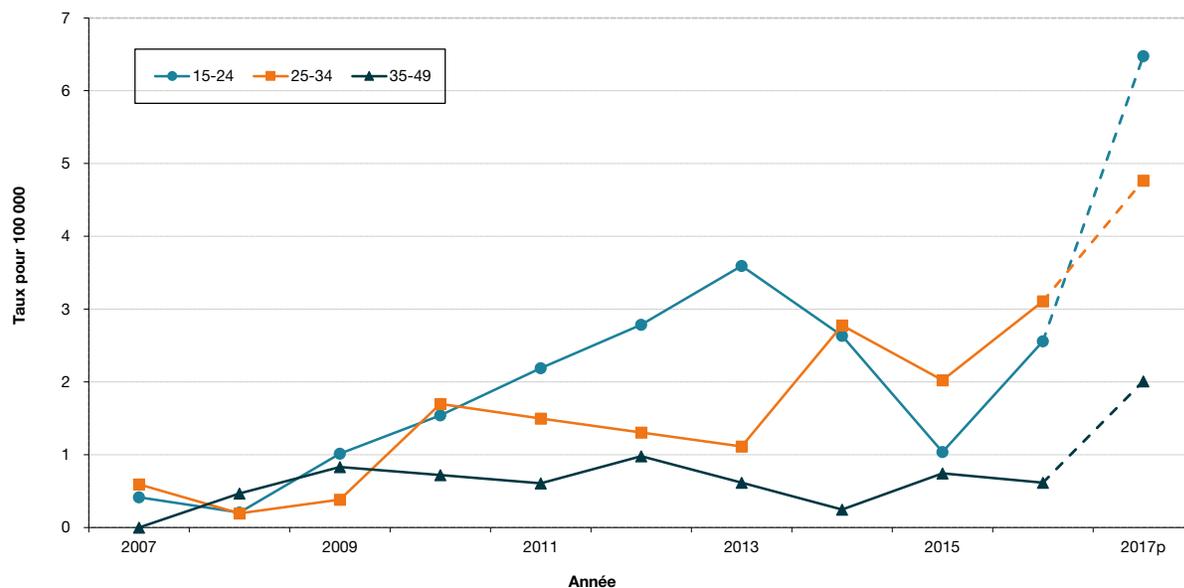


Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

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

Figure 13 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2007 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

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

Tableau 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 2012 à 2017p

| Région | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Moyenne 2012-2016 | | 2017p | | Variation 2016-2012 | | | |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------------|------------|------------|-------------|---------------------|-------------|------------|-------------|
| | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | % N | Tx | % Tx |
| Bas-Saint-Laurent | 2 | 1,0 | 5 | 2,5 | 4 | 2,0 | 6 | 3,0 | 2 | 1,0 | 4 | 1,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Saguenay–Lac-Saint-Jean | 6 | 2,2 | 7 | 2,5 | 3 | 1,1 | 16 | 5,7 | 26 | 9,3 | 12 | 4,2 | 23 | 8,2 | 20 | 333,3 | 7,2 | 331,7 |
| Capitale-Nationale | 61 | 8,5 | 54 | 7,4 | 70 | 9,6 | 70 | 9,5 | 51 | 6,9 | 61 | 8,4 | 74 | 9,9 | -10 | -16,4 | -1,6 | -19,1 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 28 | 5,6 | 10 | 2,0 | 14 | 2,8 | 19 | 3,7 | 25 | 4,9 | 19 | 3,8 | 33 | 6,4 | -3 | -10,7 | -0,7 | -12,3 |
| Estrie | 20 | 4,3 | 8 | 1,7 | 17 | 3,6 | 27 | 5,7 | 20 | 4,2 | 18 | 3,9 | 44 | 9,2 | 0 | 0,0 | -0,1 | -2,9 |
| Montréal | 370 | 19,1 | 401 | 20,5 | 343 | 17,3 | 433 | 21,7 | 603 | 30,0 | 430 | 21,8 | 511 | 25,3 | 233 | 63,0 | 11,0 | 57,6 |
| Outaouais | 6 | 1,6 | 13 | 3,4 | 16 | 4,2 | 11 | 2,8 | 36 | 9,1 | 16 | 4,3 | 36 | 9,1 | 30 | 500,0 | 7,6 | 475,6 |
| Abitibi-Témiscamingue | 5 | 3,4 | 7 | 4,7 | 10 | 6,7 | 2 | 1,3 | 2 | 1,3 | 5 | 3,5 | 3 | 2,2 | -3 | -60,0 | -2,1 | -60,4 |
| Côte-Nord | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 3 | 3,1 | 1 | 1,0 | 0 | 0,0 | 3 | ND | 3,1 | ND |
| Nord-du-Québec | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | ND | 0,0 | ND |
| Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | 3 | 3,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,1 | 3 | 3,2 | 1 | 1,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 1,3 |
| Chaudière-Appalaches | 13 | 3,1 | 12 | 2,9 | 15 | 3,6 | 18 | 4,3 | 14 | 3,3 | 14 | 3,4 | 15 | 3,5 | 1 | 7,7 | 0,2 | 5,5 |
| Laval | 17 | 4,1 | 9 | 2,2 | 10 | 2,2 | 15 | 3,5 | 20 | 4,6 | 14 | 3,3 | 23 | 5,2 | 3 | 17,6 | 0,5 | 11,4 |
| Lanaudière | 22 | 4,6 | 25 | 5,1 | 22 | 4,4 | 29 | 5,8 | 28 | 5,5 | 25 | 5,1 | 28 | 5,4 | 6 | 27,3 | 0,9 | 20,6 |
| Laurentides | 32 | 5,6 | 25 | 4,3 | 17 | 2,9 | 26 | 4,4 | 32 | 5,3 | 26 | 4,5 | 35 | 5,7 | 0 | 0,0 | -0,3 | -4,7 |
| Montérégie | 89 | 6,7 | 54 | 4,0 | 52 | 3,8 | 70 | 5,1 | 104 | 7,5 | 74 | 5,4 | 97 | 6,9 | 15 | 16,9 | 0,8 | 12,3 |
| Nunavik | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 7,5 | 0 | 1,6 | 41 | 303,6 | 1 | ND | 7,5 | 0,0 |
| Terres Cries de la Baie-James | 0 | 0,0 | 4 | 23,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,6 | 0 | 0,0 | 0 | ND | 0,0 | 0,0 |
| Région non précisée | | | | | 0 | | | | | | 0 | | 0 | | 0 | | | 0,0 |
| Province de Québec | 674 | 8,3 | 635 | 7,8 | 593 | 7,2 | 743 | 9,0 | 970 | 11,6 | 723 | 8,8 | 963 | 11,4 | 296 | 43,9 | 3,3 | 39,2 |

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Les chiffres en gras pour 2016 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2016 est inférieur ou égal à celui pour la période 2011 à 2015.

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

5.7 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.

Dans l'ensemble de la population, la diminution du taux d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse observée en 2013 et 2014 ne s'est pas poursuivie. Bien au contraire, le taux d'incidence en 2016 est le plus élevé jamais rapporté au cours des 30 dernières années.

L'augmentation des cas déclarés de syphilis infectieuse chez les jeunes de 15 à 24 ans, commencée entre 2008 et 2009, semblait avoir atteint son point culminant en 2012. Une compilation à l'échelle provinciale des renseignements recueillis lors des enquêtes afin de mieux comprendre la situation et intervenir de façon appropriée, une mobilisation de l'ensemble du réseau de santé par des alertes à la vigilance, une intensification des interventions préventives auprès des personnes infectées et auprès de leurs partenaires ainsi que la collaboration des cliniciens de première ligne sont tous des éléments qui avaient été mis en place pour contrôler la propagation. L'analyse des facteurs de risque indiquait toutefois que le potentiel de propagation était bien présent et la hausse qui se dessine en 2017 chez les jeunes hommes de 20-24 ans en témoigne. Cette tendance devra être suivie de près.

L'augmentation importante du nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes en âge de procréer qui s'annonce pour 2017 est très préoccupante, notamment dans le contexte où trois cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2016 et un quatrième cas au début de 2017.

En parallèle à l'augmentation de syphilis infectieuses entre 2012 et 2016, un nombre accru de syphilis non infectieuses (latente tardive et, dans une moindre mesure neurosyphilis) et de syphilis sans précisions²⁸ a été déclaré. Ce constat s'ajoute à l'ampleur du problème de la progression de la syphilis infectieuse au Québec.

Par ailleurs, depuis quelques années, en lien avec l'augmentation de la syphilis infectieuse observée dans plusieurs pays, dont les États-Unis, une préoccupation au sujet de la syphilis oculaire est soulevée²⁹. Ce syndrome n'est pas capté par les activités de vigie. Une étude rétrospective (2000-2015) de dossiers où une sérologie positive de syphilis était inscrite a été réalisée dans deux centres hospitaliers de Montréal offrant des soins tertiaires en ophtalmologie³⁰. Parmi 4 680 patients avec sérologie positive pour la syphilis identifiés au cours de cette période de 16 ans, 115 (2,5 %) ont présenté une pathologie compatible avec la syphilis oculaire. L'étude a permis d'appuyer qu'une atteinte oculaire peut être observée dans tous les stades de syphilis et de rappeler que la syphilis oculaire devrait être investiguée et traitée comme une neurosyphilis.

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

²⁸ Les cas qui ne répondent pas à tous les critères exigés des définitions nosologiques des stades spécifiques sont classés sans précisions; il est raisonnable de croire que certains sont en réalité des cas de syphilis infectieuse.

²⁹ CDC. Ocular Syphilis – Eight Jurisdictions, United States, 2014–2015 MMWR November 4, 2016: 1185–88 et CDC Clinical Advisory: Ocular Syphilis in the United States Updates March 24, 2014 consulté en ligne le 23 octobre 2017 <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6543a2.htm>

³⁰ Vadeboncoeur J, Rabia Y, Aubin MJ, Labbé AC, Jaworsky L, Serhir B, Fortin C. Ocular Syphilis : Case series (2000-2015) from Twu Tertiary Care Centers in Montréal. ID Week, San Diego, 5 octobre 2017. url: <https://idsa.confex.com/idsa/2017/webprogram/Paper62825.html>

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. 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.

L'accès au suivi prénatal, le dépistage prénatal systématique de la syphilis, la répétition du dépistage si des facteurs de risque sont présents au cours de la grossesse, le diagnostic en présence de manifestations cliniques compatibles avec la syphilis et le traitement précoce de l'infection chez la mère sont des actions nécessaires pour prévenir la syphilis congénitale. Les femmes qui n'ont pas de facteur de risque et qui ne connaissent pas les facteurs de risque de leurs partenaires sexuels ne sont pas rejointes par le dépistage ciblé de la syphilis. La notification et l'intervention préventive auprès des femmes qui ont été exposées à un partenaire masculin atteint de syphilis constituent parfois la seule opportunité pour ces femmes de bénéficier d'un traitement épidémiologique et d'un dépistage.

L'intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels (IPPAP) est une stratégie démontrée efficace pour le contrôle de la syphilis infectieuse^{31, 32, 33}. Il est ainsi attendu que les cliniciens qui détectent et traitent ces cas discutent avec leurs patients de l'importance d'aviser leurs partenaires afin qu'ils soient dépistés et traités et qu'ils les soutiennent dans cette démarche. Une intervention plus intense et soutenue par un professionnel spécifiquement formé à cet effet a démontré une efficacité additionnelle et c'est pourquoi les professionnels de santé publique offrent généralement un soutien pour cette intervention. La collaboration entre les cliniciens de première ligne et les professionnels de santé publique est une condition essentielle à la lutte contre la syphilis. Toutefois, la fréquence de cas avec partenaires anonymes est l'une des limites importantes de cette intervention.

Par ailleurs, les informations récentes mettent en évidence que cette infection devrait être considérée non seulement lors de présentation clinique classique, mais aussi en présence de symptômes moins spécifiques comme une atteinte oculaire, particulièrement en présence de facteurs de risque de la syphilis. Inversement, en présence de syphilis, l'atteinte oculaire doit être recherchée.

³¹ 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.

³² Golden, M.R., E. Fazelid et N. Low. *Partner Notification for Sexually Transmitted Infections Including HIV Infection : An Evidence Based Assessment, Sexually Transmitted Diseases*, 4^e édition, New York, McGraw-Hill, 2008, Chap. 54, p. 965-984.

³³ Hogben, M., Paffel, J., Broussard, D., et collab. (2005) Syphilis partner notification with men who have sex with men : a review and commentary. *Sex Transm Dis*, 32(10 Suppl), S43-7.

6 Lymphogranulomatose vénérienne : la recrudescence se poursuit

La LGV était très rare au Québec jusqu'à la survenue d'une éclosion en 2005 et 2006. Entre 2007 et 2012, une moyenne de neuf cas par année a été déclarée, témoignant probablement d'une transmission locale limitée. Une recrudescence est observée depuis l'été 2013. Cette infection touche presque exclusivement les HARSAH.

6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2016

- On recense 123 cas masculins en 2016, ce qui équivaut à un taux de 3,0 cas pour 100 000 hommes. Un cas a été déclaré chez une personne transsexuelle (homme-femme). Aucun cas féminin n'a été déclaré en 2016.
- Le génotype L2b prédomine et compte pour 94 % des cas.
- La répartition selon le groupe d'âge parmi les cas masculins est la suivante : 6 cas (5 %) ont entre 15 et 24 ans, 37 (30 %) entre 25 et 34 ans, 34 (28 %) entre 35 et 44 ans et 46 (37 %) ont 45 ans ou plus.
- Parmi les cas déclarés en 2016, 88/123 (71 %) ont été enregistrés dans la région de Montréal et les 36 autres l'ont été dans 11 autres régions soit celles de la Capitale Nationale (4 cas), de Mauricie-Centre-du-Québec (1 cas), Estrie (3 cas), Outaouais (1 cas), Abitibi-Témiscamingue (1 cas), Chaudière-Appalaches (2 cas), de Laval (4 cas), de Lanaudière (3 cas), des Laurentides (2 cas) et de la Montérégie (14 cas).

6.2 Caractéristiques de l'ensemble des cas déclarés de LGV entre 2005 et 2016³⁴

- Entre 2005 et la fin de 2015, 465 cas de LGV ont été déclarés et validés, dont 461 sont des hommes.
- On retrouve 2 cas féminins : le premier cas en 2008 (20-24 ans, Lanaudière) et le deuxième en 2012 (25-29 ans Laurentides). Seul le cas de 2012 est un cas confirmé, de génotype L2b. On compte aussi une personne transsexuelle et une personne pour laquelle le sexe n'est pas précisé. Un cas féminin déclaré en 2014 n'est pas validé, car il ne répond pas aux critères des définitions nosologiques.
- 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 27 % des cas, et enfin ceux de 15 à 24 ans pour 7 %.
- La région de Montréal regroupe 82 % des cas déclarés entre 2005 et 2016. Au cours de cette période, dix autres régions ont déclaré entre un et 32 cas (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, 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.

³⁴ Fiset M, Venne S. Bureau de surveillance et de vigie. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2016. Portrait épidémiologique. 2017 (inédit à paraître).

6.3 Vigie rehaussée des cas de 2013 à 2016

Depuis l'émergence de la LGV au Québec, il est demandé aux régions d'acheminer les questionnaires d'enquête épidémiologique à la Direction de la vigie sanitaire du MSSS dans le cadre d'une vigie rehaussée sur la situation épidémiologique de cette infection. Une analyse détaillée a été effectuée pour les cas masculins survenus entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2016 et enregistrés au fichier MADDO en date du 1^{er} mai 2017 (338 cas). L'analyse a été réalisée à partir des formulaires d'enquête reçus pour ces cas soit 98 % des cas.

Nous présentons ici quelques faits saillants de cette analyse dont l'ensemble des résultats sont présentés dans le document «Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2016. Portrait épidémiologique»³⁵. Les proportions présentées ont été établies à partir des cas masculins déclarés entre le 1 janvier 2013 et le 31 décembre 2016 et pour lesquels une information valide était disponible :

- **Sexe des partenaires** : 98 % des hommes concernés avaient des relations exclusivement avec des hommes; 2 % des cas avaient des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, et un cas avait exclusivement des partenaires de sexe féminin;
- **Antécédents d'ITSS** : des antécédents d'ITSS sont rapportés chez presque tous les cas déclarés (97 %). L'antécédent d'infection par le VIH est le plus souvent rapporté (83 %) suivi de près par les antécédents de syphilis (81 %) et d'infection gonococcique (78 %). Les antécédents d'hépatites B et d'hépatite C sont beaucoup moins souvent rapportés (respectivement 11 % et 10 %), mais l'information est connue seulement pour le tiers des cas.
- **Manifestations cliniques** : 73 % rapportaient des signes et symptômes associés à la LGV (rectite, lymphadénopathie inguinale, ulcération/papule), 4 % rapportaient des symptômes non spécifiques (ex. malaise, asthénie) et 23 % ne rapportaient aucun symptôme;
- **Raison de consultation**: la majorité des cas (73 %) a été détectée dans un contexte de consultation pour symptômes; selon les informations disponibles, quelques cas (4 %) auraient été détectés parce qu'ils étaient des contacts de cas connus de LGV et 23 % dans un contexte de dépistage (probablement dépistage d'infection rectale à *Chlamydia trachomatis*).
- **Partenaires sexuels** : une histoire de relations sexuelles avec une personne résidant à l'extérieur du Québec est mentionnée pour 27 % des cas. Au cours de l'année précédant l'épisode, la moitié (49 %) avaient eu plus de dix partenaires et 84 % avaient eu des partenaires anonymes. Les contextes de rencontre les plus souvent mentionnés sont internet (77 %), les saunas (73 %) et les clubs/bars (35 %). Le travail du sexe est rapporté par 10 cas (5 %).
- **Consommation de drogues** : la consommation de drogues au cours des douze derniers mois est rapportée pour un peu plus de la moitié des cas déclarés pour l'ensemble de la période 2013-2016 (57 %); les drogues les plus souvent rapportées sont la méthamphétamine en cristaux (« crystal meth »), l'ecstasy, le « hasch/pot », les « poppers » et la cocaïne.
- **Réinfections potentielles** : les 338 cas déclarés en 2013-2016 sont survenus chez 303 personnes. Plus d'un épisode a été déclaré pour 35 personnes : 26 ont eu deux épisodes et 9 trois épisodes.

³⁵ Fiset M, Venne S. Bureau de surveillance et de vigie. Lymphogranulomatose vénérienne. Québec, 1^{er} janvier 2005 au 31 décembre 2016. Portrait épidémiologique. 2017 (inédit à paraître).

6.4 Tendances

Au Québec, un total de 10 cas de LGV a été déclaré entre 1990 et 2004; 25 cas l'ont été en 2005 et 44 en 2006 (période d'émergence). Entre 2007 et 2012, une période d'accalmie a été observée, le nombre de cas fluctuant entre 2 (2009) et 13 (2011) par année, pour une moyenne de 9 cas annuellement (période d'incidence à bas bruit). À partir du printemps 2013 (période de résurgence), le nombre de cas déclarés a augmenté, atteignant un total de 49 en 2013, 62 en 2014, 106 en 2015 et 123 en 2016. Selon les projections, le nombre de cas déclaré en 2017 sera possiblement légèrement inférieur à celui de 2016. La moyenne d'âge est stable depuis 2005; toutefois, en période de résurgence (2013-2016), 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.

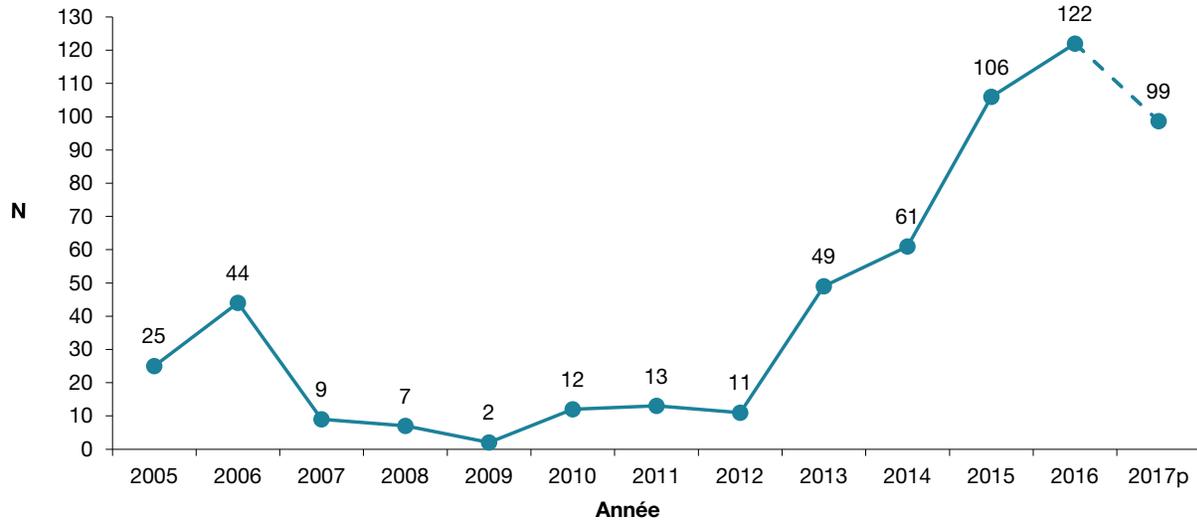
La comparaison des caractéristiques des cas déclarés lors de l'émergence en 2005-2006, la période d'incidence à bas bruit (2007-2012), et la période de résurgence (2013-2016) a permis de dégager les constats suivants :

- La proportion de cas rapportant des relations sexuelles avec un partenaire résidant hors de la province est plus faible en période de résurgence (27 %) 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 2013-2015 et ceux déclarés en 2016 a permis de mettre en évidence les constats suivants :

- La proportion de cas asymptomatique est plus élevée en 2016 (32 %) qu'en 2013-2015 (18 %).
- La proportion de cas rapportant une infection par le VIH est la même en 2016 qu'en 2013-2015 (83 %).
- La proportion de cas pour lesquels la raison de consultation est le dépistage ou à cause d'un contact d'un cas connu de LGV est passée de 23 % en 2013-2015 à 33 % en 2016.

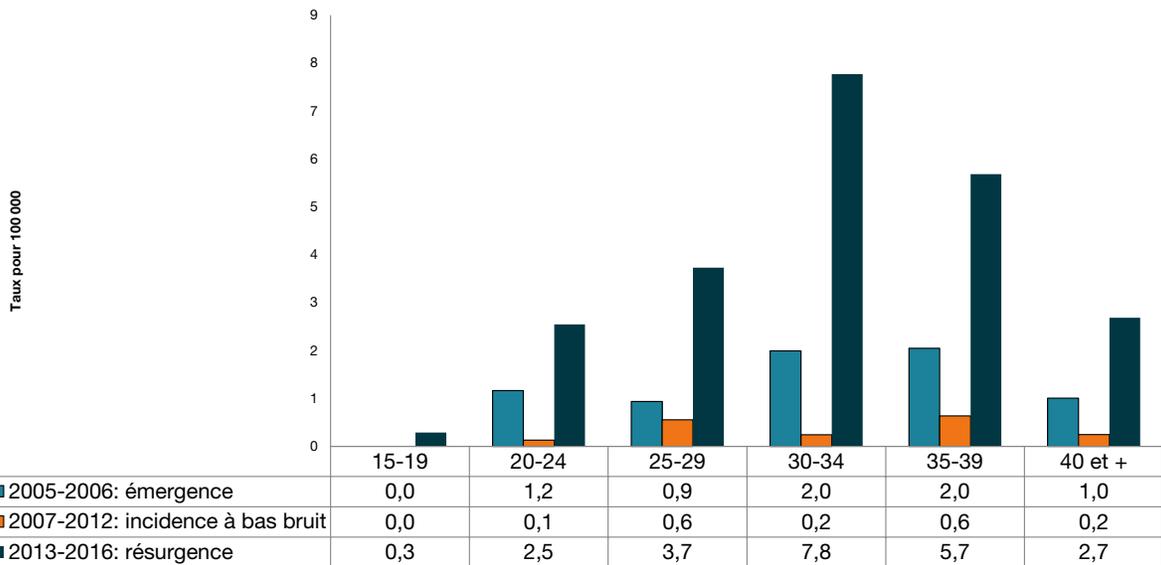
Figure 14 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2016 (n = 462)



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 2012 à 2017p

| Région | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Moyenne 2012-2016 | | 2017p | | Variation 2016-2012 | | | |
|-------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|------------|------------|------------|---------------------|--------------|------------|--------------|
| | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | % N | Tx | % Tx |
| Bas-Saint-Laurent | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 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 | 0,0 | 0 | ND | 0,4 | ND |
| Capitale-Nationale | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 2 | 0,3 | 0 | 0,0 | 4 | 0,5 | 1 | 0,2 | 5 | 0,7 | 4 | ND | 0,5 | ND |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | ND | 0,2 | ND |
| Estrie | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 | 3 | 0,6 | 1 | 0,2 | 7 | 1,4 | 3 | ND | 0,6 | ND |
| Montréal | 10 | 0,5 | 43 | 2,2 | 55 | 2,8 | 89 | 4,5 | 88 | 4,4 | 57 | 2,9 | 79 | 3,9 | 78 | 780,0 | 3,9 | 750,8 |
| Outaouais | 0 | 0,0 | 2 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,3 | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 | 1 | ND | 0,3 | ND |
| Abitibi-Témiscamingue | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,7 | 0 | 0,1 | 0 | 0,0 | 1 | ND | 0,7 | ND |
| Côte-Nord | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | ND | 0,0 | ND |
| Nord-du-Québec | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | ND | 0,0 | ND |
| Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | ND | 0,0 | ND |
| Chaudière-Appalaches | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 | 2 | 0,5 | 2 | 0,5 | 1 | 0,3 | 3 | 0,8 | 2 | ND | 0,5 | ND |
| Laval | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 | 4 | 0,9 | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 | 4 | ND | 0,9 | ND |
| Lanaudière | 1 | 0,2 | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 | 1 | 0,2 | 3 | 0,6 | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 | 2 | 200,0 | 0,4 | 184,2 |
| Laurentides | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 | 2 | 0,3 | 2 | 0,3 | 2 | 0,3 | 1 | 0,2 | 7 | 1,1 | 1 | 100,0 | 0,2 | 90,5 |
| Montérégie | 0 | 0,0 | 1 | 0,1 | 1 | 0,1 | 11 | 0,8 | 14 | 1,0 | 5 | 0,4 | 0 | 0,0 | 14 | ND | 1,0 | ND |
| Nunavik | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | ND | 0,0 | ND |
| Terres Cries de la Baie-James | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | ND | 0,0 | ND |
| Région non précisée | 0 | | 0 | | 0 | 0,0 | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0,0 | |
| Province de Québec | 12 | 0,1 | 49 | 0,6 | 62 | 0,8 | 106 | 1,3 | 123 | 1,5 | 70 | 0,9 | 100 | 1,2 | 111 | 925,0 | 1,3 | 891,5 |

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Les chiffres en gras pour 2016 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2016 est inférieur ou égal à celui pour la période 2011 à 2015.

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. 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.

Les cas déclarés durant la période de résurgence (2013-2016) présentent notamment les caractéristiques suivantes : forte proportion de PVVIH, ayant déjà eu un épisode ou plus de LGV, ayant de multiples partenaires, des partenaires anonymes et recrutant leurs partenaires dans les saunas ou par l'intermédiaire de sites Internet. Ainsi, la LGV semble concentrée actuellement dans 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 pour contribuer au contrôle de cette infection, notamment :

- une recherche systématique des génotypes LGV pour tous les cas de chlamydie rectale, en vigueur depuis le printemps 2016;
- diminution des délais de résultats pour favoriser un traitement approprié précoce : le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) est maintenant en mesure de réaliser la recherche de génotype LGV par un TAAN multiplexe (analyse auparavant réalisée au laboratoire national de microbiologie de Winnipeg);
- des précisions sur la détection et le traitement des personnes atteintes de LGV et sur la conduite auprès des partenaires de personnes atteintes de LGV. Un outil clinique *Recrudescence de la lymphogranulomatose vénérienne au Québec : Détection et traitement* pour soutenir l'intervention clinique a été diffusée par le MSSS en octobre 2017. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001956/>

7 Hépatite B

Les cas déclarés d'hépatite B comprennent les cas aigus et chroniques ainsi que les cas dont le stade n'a pu être précisé. L'incidence annuelle de cas déclarés a diminué de 60 % depuis l'introduction en 1994 du programme de vaccination universel en milieu scolaire jusqu'en 2016.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2016

- En 2016, 889 cas d'hépatite B de stade aigu, chronique ou non précisé ont été déclarés, ce qui équivaut à un taux de 10,6 cas pour 100 000 personnes (12,1 pour 100 000 chez les hommes et 9,1 pour 100 000 chez les femmes). Plus spécifiquement :
 - 12 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,1 pour 100 000), soit 8 hommes (âgés entre 25 et 64 ans) et 4 femmes (âgés entre 35 et 64 ans).
 - 877 cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé ont été rapportés (taux global de 10,5 pour 100 000), soit 497 hommes (taux de 12,0 pour 100 000), 378 femmes (taux de 9,0 pour 100 000) et deux 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 (29,7 pour 100 000), de 35 à 39 ans (26,9 pour 100 000) et de 40 à 44 ans (29,4 pour 100 000). Les personnes âgées de 30 à 44 ans comptent pour la moitié (49,5 %) des cas masculins.
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés sont observés chez les personnes âgées de 25 à 29 ans (21,4 pour 100 000), de 30 à 34 ans (32,2 pour 100 000) et de 35 à 39 ans (20,4 pour 100 000), lesquelles comptent pour 55 % 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 24,3 pour 100 000; 487 cas), Outaouais (14,7 pour 100 000; 58 cas), Laval (10,3 pour 100 000; 45 cas), Montérégie (8,6 pour 100 000; 119 cas) et Estrie (8,6 pour 100 000; 41 cas). Dans les autres régions, les taux de cas déclarés varient de 0 (Nunavik) à 8,1 pour 100 000 (Capitale-Nationale; 60 cas).

7.2 Tendances

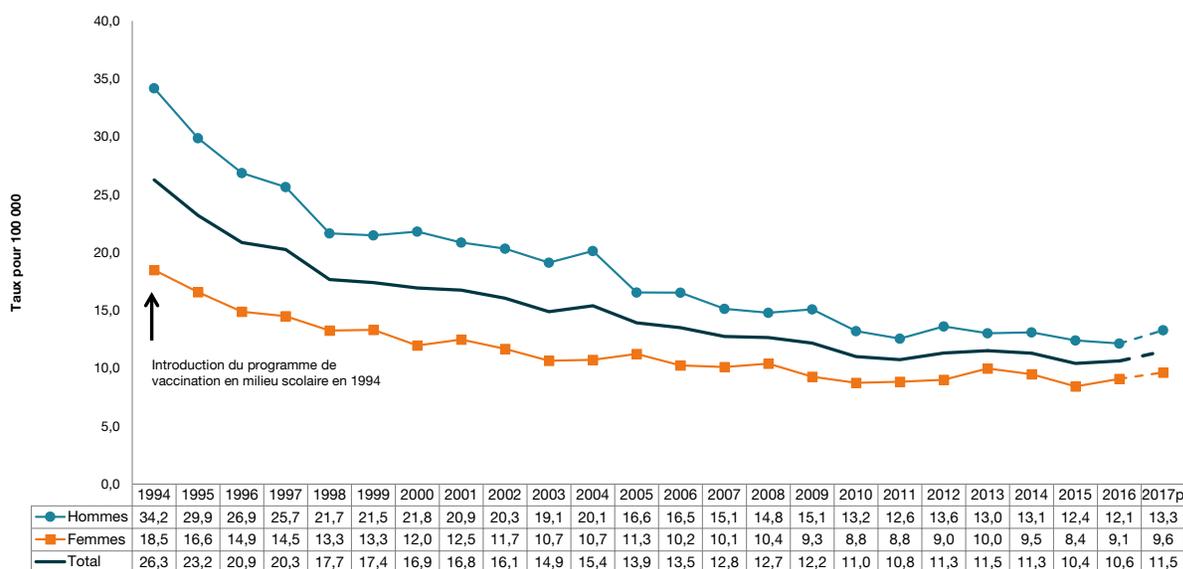
- Le taux de cas déclarés d'hépatite B de stade aigu, chronique ou non précisé a progressivement diminué de 59 % entre 1994 et 2011. Depuis 2011, le taux est plutôt stable; il le demeurera en 2017 avec un taux projeté de 11,5 cas pour 100 000.
- Entre 1995 et 1999 (soit la période des cinq premières 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 cas en 1992, le nombre annuel de cas aigus a chuté à 12 en 2016; il serait de 13 en 2017 selon les projections disponibles.

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 2016 chez des enfants de moins d'un an (le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré au fichier des MADO en 2009), ni chez des enfants de un à 14 ans.

Aucun cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé n'a été déclaré chez des enfants de moins d'un an en 2016 (ni au cours des trois années précédentes; un total de cinq cas avait été rapporté entre 2009 et 2012 dans ce groupe d'âge). En 2016, 16 cas ont été rapportés chez des enfants âgés entre un 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 2010-2015).

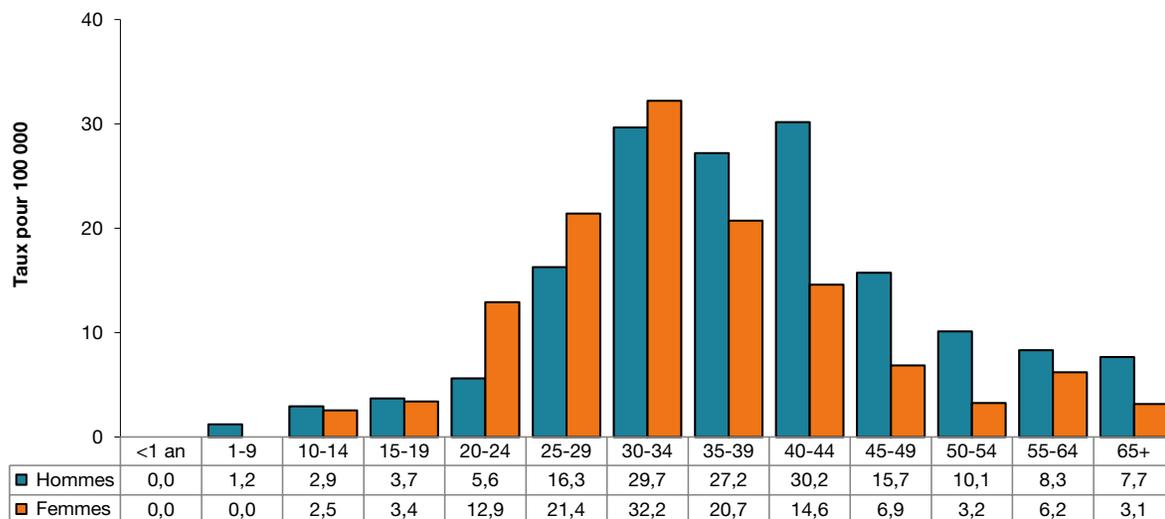
Figure 16 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 1994 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

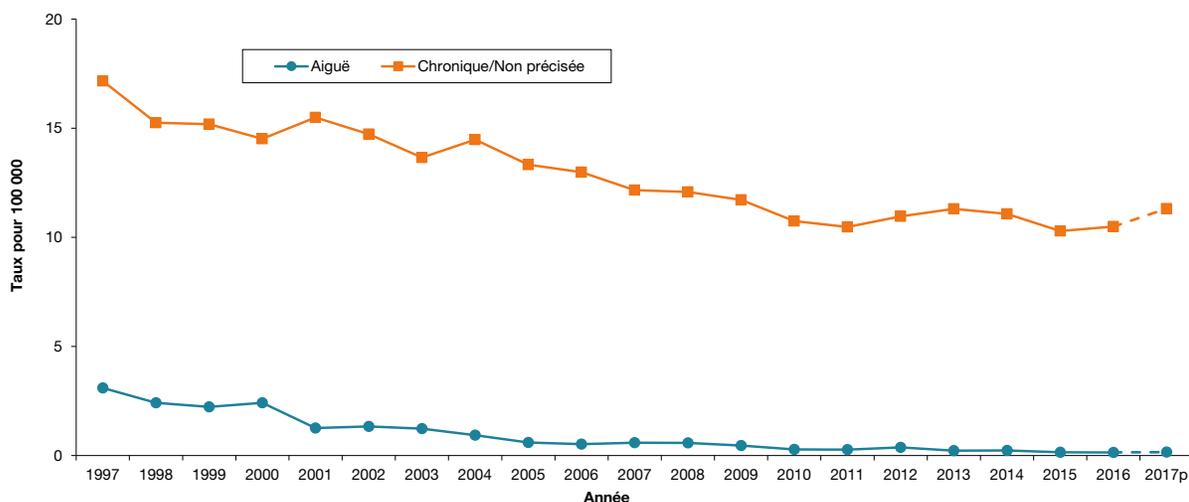
Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

Figure 17 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2016



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

Figure 18 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, Québec, de 1997 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.
Données extraites du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO).

Tableau 10 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p

| Région | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Moyenne 2012-2016 | | 2017p | | Variation 2016-2012 | | | |
|-------------------------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------------|-------------|------------|-------------|---------------------|-------------|-------------|-------------|
| | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | % N | Tx | % Tx |
| Bas-Saint-Laurent | 4 | 2,0 | 9 | 4,5 | 7 | 3,5 | 2 | 1,0 | 2 | 1,0 | 5 | 2,4 | 10 | 4,9 | -2 | -50,0 | -1,0 | -50,0 |
| Saguenay-Lac-Saint-Jean | 13 | 4,7 | 3 | 1,1 | 8 | 2,9 | 12 | 4,3 | 5 | 1,8 | 8 | 2,9 | 5 | 1,8 | -8 | -61,5 | -2,9 | -61,7 |
| Capitale-Nationale | 66 | 9,2 | 64 | 8,8 | 56 | 7,7 | 68 | 9,2 | 60 | 8,1 | 63 | 8,6 | 54 | 7,3 | -6 | -9,1 | -1,1 | -12,0 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 22 | 4,4 | 14 | 2,8 | 17 | 3,3 | 23 | 4,5 | 24 | 4,7 | 20 | 3,9 | 16 | 3,2 | 2 | 9,1 | 0,3 | 7,2 |
| Estrie | 24 | 5,2 | 36 | 7,7 | 29 | 6,1 | 34 | 7,1 | 41 | 8,6 | 33 | 6,9 | 76 | 15,7 | 17 | 70,8 | 3,4 | 65,9 |
| Montréal | 512 | 26,4 | 552 | 28,2 | 563 | 28,5 | 499 | 25,0 | 487 | 24,3 | 523 | 26,5 | 552 | 27,3 | -25 | -4,9 | -2,1 | -8,0 |
| Outaouais | 45 | 11,9 | 45 | 11,8 | 41 | 10,6 | 32 | 8,2 | 58 | 14,7 | 44 | 11,5 | 64 | 16,1 | 13 | 28,9 | 2,8 | 23,6 |
| Abitibi-Témiscamingue | 6 | 4,1 | 7 | 4,7 | 6 | 4,0 | 3 | 2,0 | 3 | 2,0 | 5 | 3,4 | 3 | 2,2 | -3 | -50,0 | -2,1 | -50,6 |
| Côte-Nord | 2 | 2,1 | 2 | 2,1 | 3 | 3,1 | 0 | 0,0 | 1 | 1,0 | 2 | 1,7 | 5 | 5,2 | -1 | -50,0 | -1,0 | -49,9 |
| Nord-du-Québec | 3 | 21,0 | 1 | 7,0 | 0 | 0,0 | 2 | 14,2 | 0 | 0,0 | 1 | 8,5 | 0 | 0,0 | -3 | -100,0 | -21,0 | -100,0 |
| Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 1 | 1,1 | 1 | 1,1 | 2 | 2,1 | 3 | 3,2 | 2 | 2,2 | 2 | 1,9 | 2 | 1,8 | 1 | 100,0 | 1,1 | 102,6 |
| Chaudière-Appalaches | 6 | 1,4 | 11 | 2,6 | 12 | 2,9 | 10 | 2,4 | 16 | 3,8 | 11 | 2,6 | 18 | 4,2 | 10 | 166,7 | 2,3 | 161,1 |
| Laval | 43 | 10,4 | 46 | 11,0 | 46 | 10,9 | 50 | 11,6 | 45 | 10,3 | 46 | 10,9 | 35 | 7,8 | 2 | 4,7 | -0,1 | -0,9 |
| Lanaudière | 15 | 3,1 | 19 | 3,9 | 17 | 3,4 | 16 | 3,2 | 18 | 3,5 | 17 | 3,4 | 16 | 3,2 | 3 | 20,0 | 0,4 | 13,7 |
| Laurentides | 24 | 4,2 | 19 | 3,3 | 19 | 3,2 | 22 | 3,7 | 7 | 1,2 | 18 | 3,1 | 5 | 0,8 | -17 | -70,8 | -3,0 | -72,2 |
| Montérégie | 129 | 9,7 | 110 | 8,2 | 104 | 7,6 | 88 | 6,4 | 119 | 8,6 | 110 | 8,1 | 105 | 7,5 | -10 | -7,8 | -1,1 | -11,3 |
| Nunavik | 1 | 8,0 | 1 | 7,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 3,1 | 0 | 0,0 | -1 | -100,0 | -8,0 | -100,0 |
| Terres Cries de la Baie-James | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 5,7 | 1 | 5,6 | 0 | 2,3 | 0 | 0,0 | 1 | ND | 5,6 | ND |
| Région non précisée | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | | 0,0 | |
| Province de Québec | 916 | 11,3 | 940 | 11,5 | 930 | 11,3 | 865 | 10,4 | 889 | 10,6 | 908 | 11,0 | 967 | 11,5 | -27 | -2,9 | -0,7 | -6,1 |

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

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

Les chiffres en gras pour 2016 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2016 est inférieur ou égal à celui pour la période 2011 à 2015.

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 :

- 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 %. À l'échelle provinciale, la couverture vaccinale s'élève à 83,4 % et varie de 65 % à 92 % selon la région de fréquentation scolaire. En 2016-2017, la couverture est sensiblement la même que celle des huit saisons précédentes, reflétant une certaine stagnation³⁶.
- Les programmes ciblés d'offre de vaccination aux personnes plus susceptibles de contracter l'infection (et n'ayant pas pu bénéficier du programme de vaccination en milieu scolaire) ne les rejoignent pas toutes. Ces personnes chez qui la vaccination est indiquée et gratuite³⁷ incluent notamment : les personnes qui ont des contacts sexuels ou qui vivent avec un porteur du virus de l'hépatite B (VHB) ou avec un cas d'hépatite B aiguë (cela inclut les services de garde en milieu familial), les HARSAH, les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, les personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement (et leurs partenaires sexuels), les UDI, les utilisateurs de drogues dures par inhalation (ex. : crack, cocaïne) qui partagent leur matériel de consommation (ex. : paille, cuillère) et les détenus des établissements correctionnels. Par ailleurs, la vaccination est recommandée aux personnes qui prévoient séjourner en région où l'hépatite B est considérée comme endémique ainsi qu'à celles qui courent un risque professionnel d'être exposées au sang et aux produits sanguins. 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 chroniques et non précisés 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'éclotions d'hépatite B demeure encore possible. 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,

³⁶ Flash Vigie, Vigie Intervention, Vol 12, no 6, septembre 2017.

http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/flashvigie/FlashVigie_vol12_no6.pdf

³⁷ Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Édition 6. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000105/>

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, année du début de la saisie des cas au registre MADO, un peu plus de 40 000 cas d'hépatite C ont été déclarés au Québec. Une baisse annuelle constante est observée depuis une décennie. Le nombre de cas confirmés d'hépatite C aiguë est faible (quatre cas en 2016); 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 UDI.

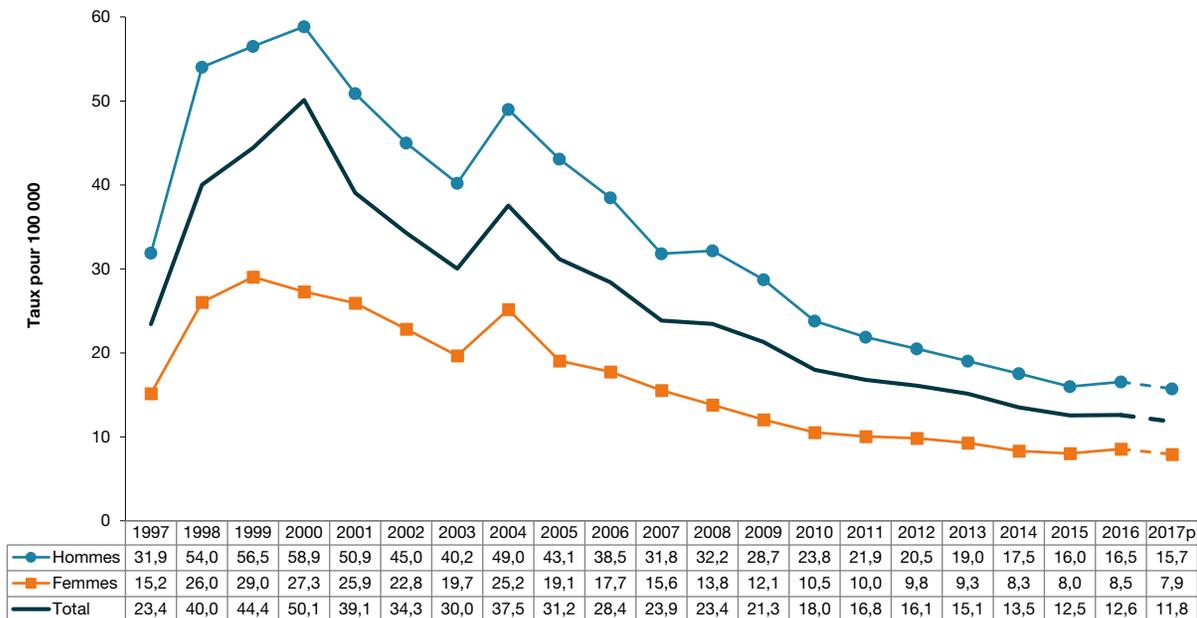
8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2016

- Un total de 1 053 cas d'hépatite C aiguë ou de stade non précisé a été déclaré en 2016, ce qui équivaut à un taux de 12,6 cas pour 100 000 personnes (16,5 pour 100 000 chez les hommes et 8,5 pour 100 000 chez les femmes).
- Les hommes représentent 65 % de l'ensemble des cas déclarés. Les hommes âgés de 30 à 44 ans et ceux âgés de 45 à 64 ans constituent respectivement 24 % et 55 % des cas masculins. Les taux de cas déclarés les plus élevés se retrouvent chez les hommes âgés de 45 à 49 ans (30,4 cas pour 100 000 personnes), de 50 à 54 ans (37,6) et de 55 à 64 ans (29,8).
- Parmi les femmes, les taux les plus élevés se retrouvent chez les personnes âgées de 45 à 49 ans (16,7 cas pour 100 000), de 30 à 34 ans (13,8 pour 100 000) et de 50 à 64 ans (12,7 pour 100 000).
- Hommes et femmes réunis, les personnes âgées de moins de 20 ans comptent pour 0,8 % de tous les cas déclarés en 2016.
- Les régions de l'Outaouais (20,1 cas pour 100 000), de Montréal (18,4) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (16,7 soit 3 cas) ont des taux supérieurs à celui de la province. Les taux de la plupart des autres gravitent autour du taux provincial alors que ceux des régions du Saguenay-Lac St-Jean (6,5), de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (6,5) et de Chaudière-Appalaches (4,9) se situent en deçà.
- En ce qui a trait spécifiquement à l'hépatite C aiguë, quatre cas ont été déclarés en 2016 (deux hommes et deux femmes). Trois d'entre eux concernaient des personnes âgées entre 25 et 34 ans.

8.2 Tendances

- Le taux de cas déclarés d'hépatite C a diminué progressivement de 74 % entre 2000 et 2016. En 2000, l'hépatite C avait atteint un pic de 3 687 cas, soit un taux de 50,1 cas par 100 000. Pour la période de 2012 à 2016, la diminution s'établit à 19 %; elle s'observe tant chez les femmes (-10,3 %) que chez les hommes (-16,3 %). Selon les projections disponibles, 995 cas seront déclarés en 2017 pour un taux de 11,8 par 100 000.
- Au cours des années 2010 à 2015, le nombre moyen de cas d'hépatite C aiguë déclarés annuellement a été de 16, en 2016, il a été de 4. Selon les projections disponibles, aucun cas ne sera déclaré en 2017.

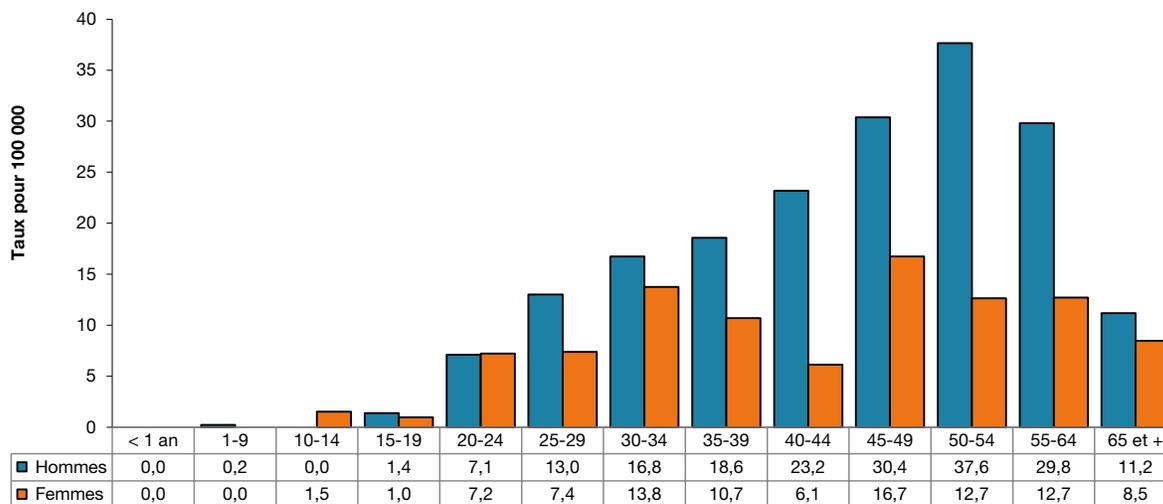
Figure 19 Hépatite C: taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 1997 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Données du Fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO)

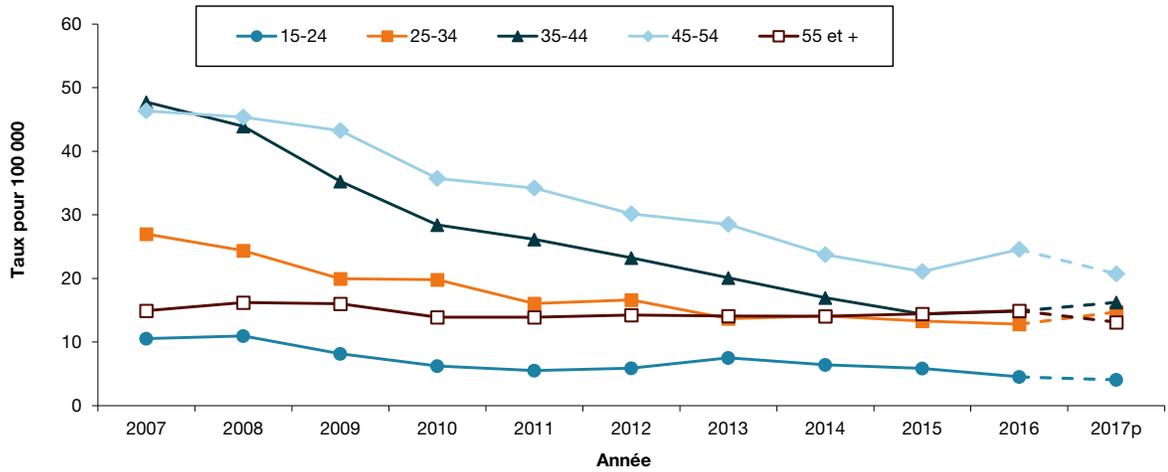
Figure 20 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2016



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

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

Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2007 à 2017p



Notes : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Pour 2017, il s'agit du taux projeté à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année.

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

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

Tableau 11 Hépatite C (aiguë et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2012 à 2017p

| Région | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Moyenne 2012-2016 | | 2017p | | Variation 2016-2012 | | | |
|-------------------------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------------|-------------|------------|-------------|---------------------|--------------|-------------|--------------|
| | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | Tx | N | % N | Tx | % Tx |
| Bas-Saint-Laurent | 10 | 5,0 | 13 | 6,5 | 6 | 3,0 | 13 | 6,5 | 17 | 8,5 | 12 | 5,9 | 7 | 3,3 | 7 | 70,0 | 3,5 | 70,1 |
| Saguenay–Lac-Saint-Jean | 26 | 9,4 | 21 | 7,6 | 19 | 6,6 | 23 | 8,3 | 18 | 6,5 | 21 | 7,7 | 15 | 5,3 | -8 | -30,8 | -2,9 | -31,0 |
| Capitale-Nationale | 126 | 17,5 | 96 | 13,2 | 87 | 11,8 | 81 | 11,0 | 101 | 13,6 | 98 | 13,4 | 105 | 14,1 | -25 | -19,8 | -3,9 | -22,4 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 73 | 14,5 | 73 | 14,4 | 51 | 9,9 | 56 | 11,0 | 60 | 11,7 | 63 | 12,3 | 49 | 9,6 | -13 | -17,8 | -2,8 | -19,2 |
| Estrie | 58 | 12,5 | 55 | 11,7 | 44 | 9,3 | 58 | 12,2 | 62 | 12,9 | 55 | 11,7 | 77 | 16,0 | 4 | 6,9 | 0,5 | 3,8 |
| Montréal | 490 | 25,3 | 469 | 23,9 | 417 | 21,1 | 363 | 18,2 | 369 | 18,4 | 422 | 21,3 | 377 | 18,6 | -121 | -24,7 | -6,9 | -27,2 |
| Outaouais | 71 | 18,8 | 62 | 16,3 | 47 | 12,2 | 58 | 14,9 | 79 | 20,1 | 63 | 16,4 | 53 | 13,2 | 8 | 11,3 | 1,3 | 6,7 |
| Abitibi-Témiscamingue | 27 | 18,3 | 15 | 10,1 | 24 | 15,8 | 19 | 12,8 | 15 | 10,1 | 20 | 13,4 | 12 | 7,7 | -12 | -44,4 | -8,3 | -45,1 |
| Côte-Nord | 10 | 10,5 | 7 | 7,3 | 9 | 9,4 | 11 | 11,5 | 10 | 10,5 | 9 | 9,8 | 15 | 15,5 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 |
| Nord-du-Québec | 5 | 34,9 | 5 | 35,1 | 2 | 14,1 | 2 | 14,2 | 1 | 7,1 | 3 | 21,1 | 2 | 11,7 | -4 | -80,0 | -27,8 | -79,7 |
| Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine | 8 | 8,5 | 4 | 4,3 | 9 | 9,1 | 10 | 10,8 | 6 | 6,5 | 7 | 7,8 | 5 | 5,3 | -2 | -25,0 | -2,0 | -24,0 |
| Chaudière-Appalaches | 18 | 4,3 | 28 | 6,7 | 23 | 5,5 | 30 | 7,1 | 21 | 4,9 | 24 | 5,7 | 18 | 4,2 | 3 | 16,7 | 0,6 | 14,3 |
| Laval | 32 | 7,8 | 40 | 9,6 | 50 | 11,8 | 43 | 10,0 | 51 | 11,7 | 43 | 10,2 | 23 | 5,2 | 19 | 59,4 | 4,0 | 50,9 |
| Lanaudière | 39 | 8,1 | 34 | 7,0 | 58 | 11,7 | 45 | 8,9 | 45 | 8,8 | 44 | 8,9 | 53 | 10,2 | 6 | 15,4 | 0,8 | 9,3 |
| Laurentides | 162 | 28,2 | 175 | 30,1 | 134 | 22,8 | 103 | 17,3 | 78 | 13,0 | 130 | 22,2 | 43 | 7,0 | -84 | -51,9 | -15,3 | -54,1 |
| Montérégie | 142 | 10,6 | 135 | 10,0 | 134 | 9,8 | 123 | 8,9 | 117 | 8,4 | 130 | 9,6 | 140 | 10,0 | -25 | -17,6 | -2,2 | -20,8 |
| Nunavik | 2 | 16,0 | 2 | 15,8 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 6,2 | 2 | 12,1 | -2 | -100,0 | -16,0 | -100,0 |
| Terres Cries de la Baie-James | 2 | 11,9 | 1 | 5,9 | 1 | 5,8 | 2 | 11,3 | 3 | 16,7 | 2 | 10,4 | 2 | 9,0 | 1 | 50,0 | 4,8 | 39,8 |
| Région non précisée | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | | 0,0 | |
| Province de Québec | 1 301 | 16,1 | 1 235 | 15,1 | 1112 | 13,5 | 1 040 | 12,5 | 1 053 | 12,6 | 1 148 | 14,0 | 995 | 11,8 | -248 | -19,1 | -3,5 | -21,7 |

Notes : Taux pour 100 000 personnes. Le nombre de cas est une projection à partir du nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC.

Les chiffres en gras pour 2016 indiquent une différence statistiquement significative; l'hypothèse nulle testée est que le taux de l'année 2016 est inférieur ou égal à celui pour la période 2011 à 2015.

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 (donc une moins bonne sensibilité). 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.

Les deux catégories d'exposition suivantes ont été rapportées le plus fréquemment chez les cas d'hépatite C déclarés dans la région de Montréal entre le 30 septembre 2013 et le 31 janvier 2016^{38,39} : injection de drogues à vie (49 %) et inhalation de drogues à vie sauf la marijuana (44 %). Un peu plus des deux tiers (68 %) de ces cas montréalais déclarés en 2013-2016 avaient eu une évaluation médicale préliminaire ou reçu des soins avancés au moment de l'enquête épidémiologique. Par ailleurs, 9 % des patients n'avaient pas été informés du résultat positif de leur test; les personnes ayant utilisé des drogues injectables au cours des 12 mois précédents le test étaient plus à risque de ne pas avoir été informées du résultat de celui-ci (13 % vs 6 %).

Parmi les participants à l'étude SurvUDI ayant des anticorps contre l'hépatite C, 82,7 % des personnes recrutées en 2014-2016 étaient au courant de leur statut sérologique (contre 71 % des personnes recrutées en 2003-2005); et le quart (26 %) des participants en 2015 avaient déjà suivi un traitement contre l'hépatite C dans leur vie⁴⁰.

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 vie 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.

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 PVIH, 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.

³⁸ Joséphine Aho, et collaborateurs, Évaluation de la surveillance de l'hépatite C à Montréal, 2002-2016, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-sud-de-l'île-de Montréal, août 2017.

³⁹ 938 cas ont été confirmés; un questionnaire complété a été obtenu pour 580 de ceux-ci, les données manquantes ou inconnues sont exclues du dénominateur, les catégories d'exposition ne sont pas mutuellement exclusives

⁴⁰ Leclerc P, Roy É, Morissette C, Alary M, Parent R, Blouin K. Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogue par injection - Épidémiologie du VIH de 1995 à 2016 - Épidémiologie du VHC de 2003 à 2016. Institut national de santé publique du Québec, version de travail - à paraître

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 annuellement à ce sujet, seuls les éléments principaux sont rapportés ici. Au total, 9 979 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés dans le cadre du programme entre avril 2002 et décembre 2016. Parmi ceux-ci, on compte 5 200 nouveaux diagnostics⁴¹, 4 368 anciens diagnostics et 411 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 2016⁴²

- En 2016, 622 infections par le VIH ont été enregistrées : 294 nouveaux diagnostics, 322 anciens diagnostics et 6 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 2016, 82 cas sans NAM (60 anciens diagnostics, 21 nouveaux diagnostics et un diagnostic non classé dans l'une ou l'autre de ces catégories) ont été enregistrés et sont inclus dans les données.
- Les hommes représentent 83,0 % des nouveaux diagnostics.
 - Parmi les nouveaux diagnostics chez les hommes (n = 244), 15,2 % ont entre 15 et 24 ans, 25,8 % ont entre 25 et 34 ans, 22,5 % ont entre 35 à 44 ans, 16,8 % ont entre 45 et 54 ans et 19,7 % ont 55 ans ou plus.
 - Quant aux nouveaux diagnostics chez les femmes (n = 50), 16,0 % ont entre 15 à 24 ans, 36,0 % ont entre 25 et 34 ans, 12,0 % ont entre 35 et 44 ans, 16,0 % ont entre 45 et 54 ans et 20,0 % ont 55 ans ou plus.
 - En 2016, l'âge médian des nouveaux diagnostics est de 34,0 ans chez les femmes et de 38,0 ans chez les hommes.
 - En 2016, pour l'ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s'établit à 3,5 cas pour 100 000 personnes. La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur (8,7 cas pour 100 000 personnes). Les taux des autres régions sont inférieurs à la moyenne provinciale en 2016 à l'exception des Terres-Cries-de-la-Baie-James, où un seul cas a été enregistré.
 - Globalement, pour les nouveaux diagnostics, un tiers (35,3 %) avait un taux de CD4 \geq 500/ml, 41,3 % entre 200 à 499 CD4/ml et 23,1 % moins de 200 CD4/ml.

⁴¹ 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.

⁴² Bitera, R. et collab. *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2016*, 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, 2017, 29 p. Données fournies avant publication par R. Bitera août 2017.

9.1.1 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS ENREGISTRÉS EN 2016

Les cas de VIH sont catégorisés de façon mutuellement exclusive selon une hiérarchie, c'est-à-dire que la catégorie d'exposition est attribuée selon un ordre de priorité. Un bon exemple pour illustrer la façon d'interpréter les catégories d'exposition concerne les HARSAH également originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique. Dans ce cas particulier, la procédure hiérarchisée de classification mène à l'attribution de la catégorie d'exposition HARSAH, ce qui représente bien le mode de transmission, mais cause une perte d'information sur l'origine de pays fortement endémiques pour le VIH. Pour davantage d'informations sur l'attribution de la catégorie d'exposition, consulter le rapport du Programme de surveillance du VIH au Québec⁴³.

Les quatre catégories principales d'exposition dans lesquelles se rangent les nouveaux diagnostics enregistrés en 2016 demeurent les mêmes qu'auparavant. Ce sont :

- Les **HARSAH**, lesquels représentent 79,5 % des cas masculins (cette dernière proportion s'élevant à 81,1 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI). En 2016, on enregistrait 194 nouveaux diagnostics chez les HARSAH. Ils se répartissent comme suit : 16,0 % étaient âgés de 15 à 24 ans, 27,8 % de 25 à 34 ans, 23,2 % de 35 à 44 ans, 14,9 % avaient entre 45 et 54 ans et 18,0 % avaient 55 ans ou plus.
- Les **personnes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique**⁴⁴, lesquelles représentent 16,7 % de l'ensemble des cas de nouveaux diagnostics, soit 7,0 % des cas masculins et 64,0 % des cas féminins. Il s'agit de la catégorie d'exposition la plus fréquente chez les femmes. Pour 61,9 % (13/21) des nouveaux diagnostics sans NAM enregistrés en 2016, la catégorie d'exposition retenue est l'origine de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique (3/11 cas masculins et 10/10 cas féminins). Pour les huit autres cas masculins, sept sont HARSAH et un est hétérosexuel avec partenaires sans risque identifié. Une grande majorité des nouveaux diagnostics sans NAM chez les hommes (81,8 %, 9/11) concerne des hommes originaires de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique.
- Les **personnes hétérosexuelles originaires du Canada ou d'autres pays où l'infection n'est pas fortement endémique**, lesquelles représentent 13,6 % des cas de nouveaux diagnostics (10,3 % des cas masculins et 30,0 % 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 2,0 % des nouveaux diagnostics enregistrés en 2016 (1,6 % des cas masculins et 4,0 % des cas féminins). Chez les hommes, la proportion s'élève à 3,3 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi UDI. En 2016, six nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez les UDI, soit quatre hommes et deux femmes (excluant les HARSAH-UDI).

⁴³ Bitera, R. et collab., *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2016, 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, 2017, 29 p. Données fournies avant publication par R. Bitera août 2017.

⁴⁴ Pays qui affichent un taux important d'infection par le VIH et où le mode de transmission prédominant est le contact hétérosexuel.

9.1.2 TRANSMISSION VERTICALE

Depuis avril 2002, un total de 41 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. En 2016, un seul cas a été enregistré chez un enfant né dans un pays où l'infection par le VIH est fortement endémique.

9.2 Tendances

Les tendances des nombres annuels de nouveaux diagnostics doivent être interprétées avec prudence puisque le nombre de cas fluctue d'année en année. Les cas sans NAM sont enregistrés depuis avril 2012, mais ils n'étaient pas comptabilisés auparavant (113 cas en 2012, 98 en 2013, 68 en 2014, 78 en 2015 et 82 en 2016). 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 2007 et 2011, on observe une moyenne de 339 nouveaux diagnostics de VIH par année. La moyenne est de 313 pour la période 2012-2016, soit une baisse de 7,7 %. Une diminution plus prononcée est observée lorsque les cas sans NAM sont exclus. Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2016, la moyenne pour cette période serait de 283 nouveaux cas et la diminution atteindrait 16,5 %. On note toutefois que le nombre annuel de nouveaux diagnostics semble se stabiliser depuis 2014;
- Chez les hommes, le nombre annuel moyen de cas de nouveaux diagnostics de VIH s'établissait à 285 entre 2007 et 2011. Il est de 259 pour la période 2012-2016, soit une diminution de 9,1 %. Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2016, la diminution atteindrait 16,1 %. 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 54 ans (figure 22);
- Chez les femmes, on comptait, en moyenne, 53 cas de nouveaux diagnostics de VIH par année entre 2007 et 2011. Le nombre annuel moyen est de 54 cas au cours de la période 2012-2016, soit une augmentation de 1,9 %. Si l'on excluait les cas sans NAM enregistrés en 2012-2016, on observerait plutôt une diminution de 17,0 % (pour la période 2012-2016, 44 cas en moyenne);
- Entre 2003 et 2016, les diminutions du nombre de nouveaux diagnostics observées chez les personnes originaires de pays fortement endémiques, ainsi que chez les personnes hétérosexuelles d'origine canadienne ou de pays où le VIH n'est pas fortement endémique sont respectivement de 30,0 % et de 27,3 %. Les diminutions sont de 91,4 % chez les UDI, de 77,8 % chez les HARSAH-UDI, et de 13,0 % chez les HARSAH non UDI.

9.2.1 LES UDI

- Le nombre annuel moyen de cas féminins de nouveaux diagnostics enregistrés dans cette catégorie est passé de sept pour la période 2007-2011 à cinq pour la période 2012-2016 (diminution de 28,6 %). Le nombre annuel moyen de cas masculins (incluant les HARSAH-UDI) est passé de 23 pour la période 2007-2011 à 13 pour la période 2012-2016 (diminution de 43,5 %).
- Entre 2003 et 2016, la proportion des UDI parmi les cas de nouveaux diagnostics est passée de 15,8 % à 2,0 %. En incluant les HARSAH-UDI, ces proportions sont respectivement de 19,9 % et 3,4 %. Parmi l'ensemble des cas enregistrés (nouveaux et anciens diagnostics), la proportion d'UDI est passée de 22,3 % en 2003 à 3,7 % en 2016. En incluant les HARSAH-UDI, ces proportions sont respectivement de 26,4 % et 5,2 %.

9.2.2 LES HARSAH

- La proportion des HARSAH parmi les cas de **nouveaux diagnostics** enregistrés chez les hommes est passée de 73,6 % en 2007 à 79,5 % en 2016.
- 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 212 entre 2007 et 2011, alors qu'il était de 197 entre 2012 et 2016 (diminution de 7,1 %). 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 60 pour la période 2007-2011 à 44 pour la période 2012-2016, soit une diminution de 26,4 %;
 - La tendance est aussi à la baisse chez les HARSAH âgés de 45 à 54 ans. Pour ce groupe d'âge, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics est passé de 48 cas entre 2007 et 2011 à 40 pour la période 2012-2016, soit une diminution de 18,2 %;
 - Chez les HARSAH de 15 à 24 ans, le nombre annuel moyen de nouveaux diagnostics est passé de 19 cas au cours de la période 2007-2011, à 29 au cours de la période 2012-2016, soit une hausse statistiquement significative de 53,8 %. Cette hausse touche essentiellement les HARSAH de 20 à 24 ans;
 - Chez les autres groupes d'âge, on observe une tendance à la baisse, non significative pour les HARSAH de 25 à 34 ans, ainsi qu'une tendance à la hausse, non significative, pour les 55 ans et plus.

9.3 Estimation de l'incidence et de la prévalence

Selon les estimations produites pour le Québec par l'Agence de la santé publique du Canada⁴⁵, 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.

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 pour le Québec, novembre 2015.

Tableau 12 Infection par le VIH : nombre de cas selon le sexe et l'année du prélèvement, Québec, avril 2002 à décembre 2016

| 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 | 251 | 50 | 0 | 0 | 301 | 8 | 2 | 0 | 0 | 10 | 611 |
| 2016 | 248 | 72 | 2 | 0 | 322 | 244 | 50 | 0 | 0 | 294 | 5 | 1 | 0 | 0 | 6 | 622 |
| Total | 3 249 | 1 110 | 8 | 1 | 4 368 | 4 276 | 923 | 0 | 1 | 5 200 | 319 | 92 | 0 | 0 | 411 | 9 979 |

^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.

Notes : Jusqu'à avril 2012, un cas ne pouvait être enregistré sans 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 2016.

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.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2017.

Tableau 13 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 2016

| | 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 | 251 | 75,3 | 2,8 | 2,4 | 9,2 | 2,8 | 0,0 | 0,0 | 7,2 | 0,0 | 0,4 |
| 2016 | 244 | 79,5 | 1,6 | 1,6 | 7,0 | 2,5 | 0,0 | 0,0 | 7,8 | 0,0 | 0,0 |
| s/total | 4 276 | 71,7 | 3,0 | 5,8 | 8,1 | 2,9 | 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 |
| 2016 | 50 | - | - | 4,0 | 64,0 | 16,0 | 0,0 | 0,0 | 14,0 | 0,0 | 2,0 |
| s/total | 923 | - | - | 14,7 | 47,5 | 19,4 | 0,0 | 0,2 | 15,5 | 0,4 | 2,3 |

^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.

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 NAM. Les cas sans NAM sont enregistrés depuis et sont inclus aux chiffres présentés de 2012-2016 et des sous-totaux et totaux.

Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ 2017.

Tableau 13 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 2016 (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 | 456 | 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 | 301 | 62,8 | 2,3 | 2,7 | 15,3 | 9,0 | 0,0 | 0,0 | 7,0 | 0,3 | 0,7 |
| 2016 | 294 | 66,0 | 1,4 | 2,0 | 16,7 | 4,8 | 0,0 | 0,0 | 8,8 | 0,0 | 0,3 |
| TOTAL | 5 200 | 59,0 | 2,5 | 7,4 | 15,1 | 5,9 | 0,0 | 0,1 | 8,7 | 0,6 | 0,8 |

^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.

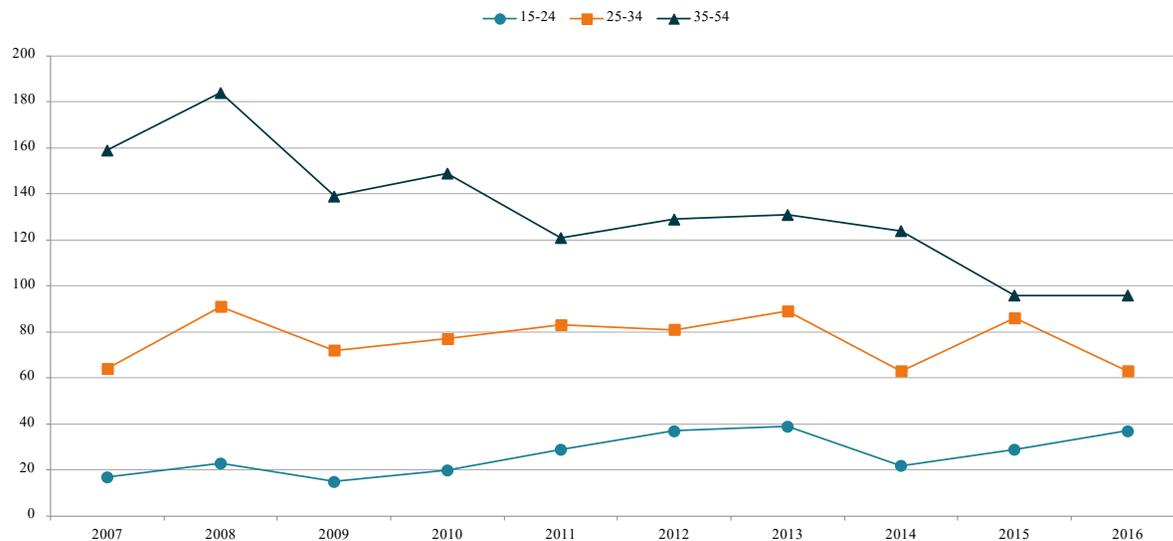
Notes : Rel Hétéro part à risque : relations sexuelles avec partenaire ayant un des risques suivants : VIH+, or pays end, UDI, HARSAH, receveur transfusion ou facteur de coagulation.

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 2012-2016 et des sous-totaux et totaux.

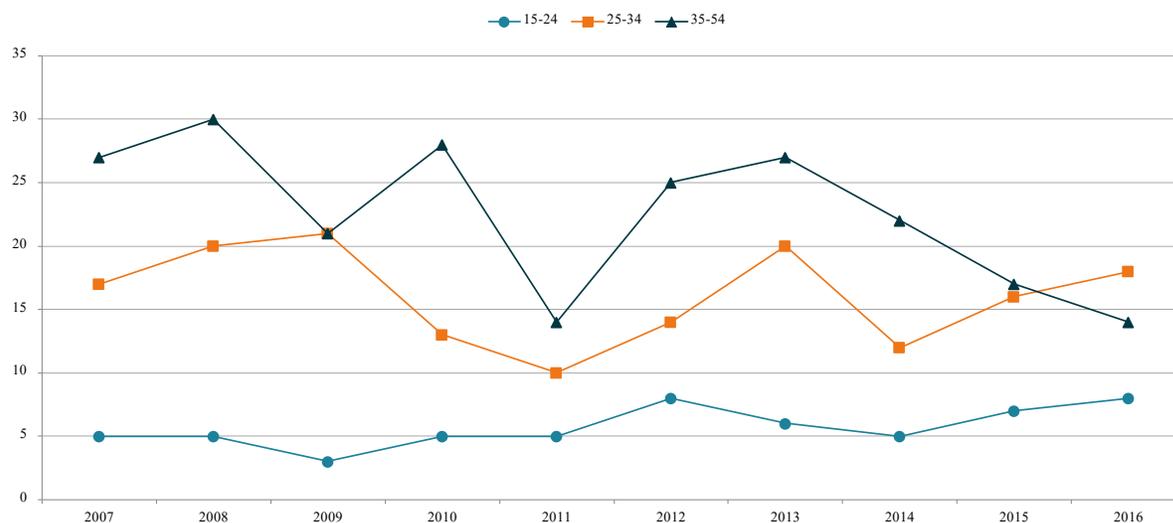
Source : Programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec, INSPQ, 2017.

Figure 22 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les hommes de 15 à 54 ans, Québec, de 2007 à 2016



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

Figure 23 Infection par le VIH : nombre de nouveaux diagnostics selon les groupes d'âge, chez les femmes de 15 à 54 ans, Québec, de 2007 à 2016



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

Tableau 14 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2012 à 2016

| Région | 2012 | | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Variation 2016-2012 | | | |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------------|-------------|-------------|--------------|
| | N | Tx | N | % N | Tx | % Tx |
| Bas-Saint-Laurent | 8 | 4,0 | 4 | 2,0 | 1 | 0,5 | 3 | 1,5 | 4 | 2,0 | -4 | -50,0 | -2,0 | -50,0 |
| Saguenay-Lac-Saint-Jean | 5 | 1,9 | 4 | 1,5 | 2 | 0,7 | 4 | 1,4 | 2 | 0,7 | -3 | -60,0 | 1,2 | 63,2 |
| Capitale-Nationale | 31 | 4,5 | 24 | 3,4 | 20 | 2,8 | 22 | 3,0 | 15 | 2,0 | -16 | -51,6 | 2,5 | -55,6 |
| Mauricie et Centre-du-Québec | 20 | 4,0 | 12 | 2,4 | 8 | 1,6 | 8 | 1,6 | 4 | 0,8 | -16 | -80,0 | -3,2 | -80,0 |
| Estrie | 5 | 1,6 | 10 | 3,2 | 8 | 2,5 | 4 | 0,8 | 5 | 1,0 | 0 | 0,0 | -0,6 | -37,5 |
| Montréal | 182 | 9,4 | 221 | 11,3 | 171 | 8,7 | 176 | 8,8 | 175 | 8,7 | -7 | -3,9 | -0,7 | -7,7 |
| Outaouais | 4 | 1,1 | 9 | 2,4 | 10 | 2,6 | 4 | 1,0 | 8 | 2,0 | 4 | 100,0 | 0,9 | 81,8 |
| Abitibi-Témiscamingue | 1 | 0,7 | 2 | 1,4 | 3 | 2,1 | 3 | 2,0 | 5 | 3,4 | 4 | 400,0 | 2,7 | 385,7 |
| Côte-Nord | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 1 | 1,1 | 3 | 3,1 | 0 | 0,0 | -1 | -100,0 | -1,1 | -100,0 |
| Nord-du-Québec | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | ND | 0,0 | ND |
| Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 0 | 0,0 | 0 | 0,6 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 1,1 | 1 | ND | -1,1 | ND |
| Chaudière-Appalaches | 3 | 0,7 | 7 | 1,7 | 7 | 1,7 | 3 | 0,7 | 3 | 0,7 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| Laval | 11 | 2,7 | 15 | 3,6 | 12 | 2,9 | 10 | 2,3 | 9 | 2,1 | -2 | -18,2 | -0,6 | -22,2 |
| Lanaudière | 7 | 1,5 | 7 | 1,4 | 5 | 1,0 | 12 | 2,4 | 15 | 2,9 | 8 | 114,3 | 1,4 | 93,3 |
| Laurentides | 9 | 1,6 | 10 | 1,7 | 5 | 0,9 | 13 | 2,2 | 9 | 1,5 | 0 | 0,0 | -0,1 | -6,3 |
| Montérégie | 36 | 2,4 | 37 | 2,5 | 31 | 2,1 | 36 | 2,6 | 38 | 2,7 | 2 | 5,6 | 0,3 | 12,5 |
| Nunavik | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 8,2 | 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 | 1 | 5,6 | 1 | ND | 5,6 | ND |
| Province de Québec | 323 | 4,0 | 362 | 4,5 | 285 | 3,5 | 301 | 3,6 | 294 | 3,5 | -29 | -9,0 | -0,5 | -12,5 |

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 2016. Il faut donc se référer à la variation pour évaluer l'ampleur du changement.

Source : Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2017.

9.4 Commentaires

Depuis quelques années, le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH diminue chez les hommes et chez les femmes, bien qu'il semble stagner en 2014-2016. La diminution observée entre 2003 et 2016 varie de 13 % à 91 % selon la catégorie d'exposition. La catégorie des HARSAN non-UDI, celle qui totalise le plus grand nombre de nouveaux diagnostics, est aussi celle ayant présenté la plus faible diminution (13 % en 14 ans). La tendance à la hausse du nombre de nouveaux diagnostics chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans entre 2009 et 2016 est préoccupante, mais doit être interprétée avec prudence en raison du petit nombre de cas en cause. Il sera important de suivre attentivement l'évolution de la situation dans ce groupe. On observe également que 23,1 % des nouveaux diagnostics présentent des concentrations de CD4 inférieures à 200 CD4/ml, ce qui correspond à un stade avancé de la maladie selon l'OMS⁴⁶.

En parallèle à ces changements dans les tendances des nouveaux diagnostics, le nombre de tests de détection du VIH est en augmentation constante et est passé de 241 995 tests effectués en 2003 à 363 762 en 2016. Un taux de positivité assez stable, autour de 0,4 %, est observé depuis 2011⁴⁷. La diminution globale du nombre de nouveaux diagnostics ne pourrait donc s'expliquer par une diminution du nombre de tests effectués.

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 système⁴⁸, la diminution du nombre annuel de nouveaux diagnostics est en cohérence avec une légère diminution du nombre estimé de cas incidents⁴⁹. 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 ainsi que l'utilisation de thérapies hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale.

Au cours des cinq dernières années, une moyenne annuelle de 313 nouveaux diagnostics a été enregistrée, ce qui est inférieur aux estimations d'incidence de l'ASPC pour l'année 2014 (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 2020⁵⁰. 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

⁴⁶ World Health Organisation. WHO | Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 25] p. 41. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>

Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Med.* 2011 Jan;12(1):61-4.

⁴⁷ Bitera, R. et collab., *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2016, 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, 2017, 29 p. Données fournies avant publication par R. Bitera août 2017.

⁴⁸ 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.*).

⁴⁹ 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 pour le Québec, novembre 2015.

⁵⁰ 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>.

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. Des travaux sont actuellement en cours pour optimiser le programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec par l'ajout des indicateurs de la cascade de soins pour les PVVIH ainsi que d'un algorithme de récence des infections.

Annexe 1

**Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de
certaines ITSS selon l'âge et le sexe, Québec, 2016**

Tableau 15 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les hommes, Québec, 2016

| Âge | Infection 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 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1-9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 1,2 | 1 | 0,2 | 0 | 0,0 |
| 10-14 | 10 | 4,9 | 1 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 6 | 2,9 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 15-19 | 1 120 | 517,8 | 155 | 71,7 | 0 | 0,0 | 11 | 5,1 | 8 | 3,7 | 3 | 1,4 | 4 | 1,8 |
| 20-24 | 3 207 | 1 200,8 | 704 | 263,6 | 6 | 2,2 | 77 | 28,8 | 15 | 5,6 | 19 | 7,1 | 33 | 12,4 |
| 25-29 | 2 128 | 769,3 | 779 | 281,6 | 10 | 3,6 | 120 | 43,4 | 45 | 16,3 | 36 | 13,0 | 31 | 11,2 |
| 30-34 | 1 160 | 404,9 | 591 | 206,3 | 26 | 9,1 | 123 | 42,9 | 85 | 29,7 | 48 | 16,8 | 32 | 11,2 |
| 35-39 | 771 | 255,7 | 453 | 150,3 | 18 | 6,0 | 124 | 41,1 | 82 | 27,2 | 56 | 18,6 | 27 | 9,0 |
| 40-44 | 430 | 158,2 | 327 | 120,3 | 16 | 5,9 | 92 | 33,8 | 82 | 30,2 | 63 | 23,2 | 28 | 10,3 |
| 45-49 | 277 | 101,4 | 215 | 78,7 | 11 | 4,0 | 100 | 36,6 | 43 | 15,7 | 83 | 30,4 | 20 | 7,3 |
| 50-54 | 235 | 74,3 | 257 | 81,3 | 18 | 5,7 | 135 | 42,7 | 32 | 10,1 | 119 | 37,6 | 21 | 6,6 |
| 55-64 | 202 | 33,6 | 222 | 37,0 | 16 | 2,7 | 116 | 19,3 | 50 | 8,3 | 179 | 29,8 | 17 | 2,8 |
| 65 et + | 37 | 5,4 | 48 | 7,1 | 1 | 0,1 | 29 | 4,3 | 52 | 7,7 | 76 | 11,2 | 15 | 2,2 |
| Inconnu | 4 | | 0 | | | | 0 | | 0 | | 5 | | 16 | |
| Total | 9 582 | 230,5 | 3 752 | 90,2 | 122 | 2,9 | 927 | 22,3 | 505 | 12,1 | 688 | 16,5 | 244 | 5,9 |

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 2016 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2017.

⁵ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

Tableau 16 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, chez les femmes, Québec, 2016

| Âge | Infection 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 | 0 | 0,0 | 1 | 2,3 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1-9 | 0 | 0,0 | 2 | 0,5 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 10-14 | 133 | 67,7 | 8 | 4,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 2,5 | 3 | 1,5 | 0 | 0,0 |
| 15-19 | 4 489 | 2 177,3 | 201 | 97,5 | 0 | 0,0 | 2 | 1,0 | 7 | 3,4 | 2 | 1,0 | 2 | 1,0 |
| 20-24 | 6 151 | 2 338,3 | 271 | 103,0 | 0 | 0,0 | 10 | 3,8 | 34 | 12,9 | 19 | 7,2 | 6 | 2,3 |
| 25-29 | 2 613 | 964,7 | 186 | 68,7 | 0 | 0,0 | 12 | 4,4 | 58 | 21,4 | 20 | 7,4 | 5 | 1,8 |
| 30-34 | 1 087 | 393,4 | 125 | 45,2 | 0 | 0,0 | 5 | 1,8 | 89 | 32,2 | 38 | 13,8 | 13 | 4,7 |
| 35-39 | 664 | 229,3 | 99 | 34,2 | 0 | 0,0 | 4 | 1,4 | 60 | 20,7 | 31 | 10,7 | 4 | 1,4 |
| 40-44 | 347 | 133,2 | 41 | 15,7 | 0 | 0,0 | 1 | 0,4 | 38 | 14,6 | 16 | 6,1 | 2 | 0,8 |
| 45-49 | 140 | 53,3 | 30 | 11,4 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 18 | 6,9 | 44 | 16,7 | 2 | 0,8 |
| 50-54 | 60 | 19,5 | 18 | 5,8 | 0 | 0,0 | 4 | 1,3 | 10 | 3,2 | 39 | 12,7 | 6 | 1,9 |
| 55-64 | 55 | 9,2 | 11 | 1,8 | 0 | 0,0 | 3 | 0,5 | 37 | 6,2 | 76 | 12,7 | 5 | 0,8 |
| 65 et + | 10 | 1,2 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 26 | 3,1 | 70 | 8,5 | 4 | 0,5 |
| Inconnu | 16 | | 1 | | 0 | | 0 | | 0 | | 1 | | 1 | |
| Total | 15 765 | 375,3 | 996 | 23,7 | 0 | 0,0 | 41 | 1,0 | 382 | 9,1 | 359 | 8,5 | 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 2016 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2017.

⁵ Estimation basée sur le nombre de nouveaux diagnostics.

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

Tableau 17 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS selon l'âge, sexes réunis, Québec, 2016

| Âge | Infection 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 | 1,1 | 1 | 1,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 |
| 1-9 | 0 | 0,0 | 2 | 0,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 0,6 | 1 | 0,1 | 0 | 0,0 |
| 10-14 | 143 | 35,6 | 9 | 2,2 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 11 | 2,7 | 3 | 0,7 | 0 | 0,0 |
| 15-19 | 5 610 | 1 327,9 | 356 | 84,3 | 0 | 0,0 | 13 | 3,1 | 15 | 3,6 | 5 | 1,2 | 6 | 1,4 |
| 20-24 | 9 359 | 1 765,4 | 981 | 185,0 | 6 | 1,1 | 87 | 16,4 | 49 | 9,2 | 38 | 7,2 | 39 | 7,4 |
| 25-29 | 4 744 | 866,6 | 965 | 176,3 | 10 | 1,8 | 133 | 24,3 | 104 | 19,0 | 56 | 10,2 | 36 | 6,6 |
| 30-34 | 2 251 | 400,0 | 719 | 127,8 | 27 | 4,8 | 129 | 22,9 | 174 | 30,9 | 86 | 15,3 | 45 | 8,0 |
| 35-39 | 1 455 | 246,2 | 552 | 93,4 | 18 | 3,0 | 128 | 21,7 | 142 | 24,0 | 87 | 14,7 | 31 | 5,2 |
| 40-44 | 777 | 145,9 | 369 | 69,3 | 16 | 3,0 | 93 | 17,5 | 120 | 22,5 | 80 | 15,0 | 30 | 5,6 |
| 45-49 | 417 | 77,8 | 245 | 45,7 | 11 | 2,1 | 100 | 18,7 | 61 | 11,4 | 127 | 23,7 | 22 | 4,1 |
| 50-54 | 295 | 47,2 | 276 | 44,2 | 18 | 2,9 | 139 | 22,3 | 42 | 6,7 | 158 | 25,3 | 27 | 4,3 |
| 55-64 | 257 | 21,4 | 233 | 19,4 | 16 | 1,3 | 119 | 9,9 | 87 | 7,3 | 257 | 21,4 | 22 | 1,8 |
| 65 et + | 47 | 3,1 | 50 | 3,3 | 1 | 0,1 | 29 | 1,9 | 78 | 5,2 | 146 | 9,7 | 19 | 1,3 |
| Inconnu | 76 | | 16 | | 0 | | 0 | | 1 | | 9 | | 17 | |
| Total | 25 432 | 304,3 | 4 774 | 57,1 | 123 | 1,5 | 970 | 11,6 | 889 | 10,6 | 1053 | 12,6 | 294 | 3,5 |

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 2016 sont inclus. Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), août 2017.

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 2012 à 2016

Données du « Programme québécois de gratuité des médicaments pour le traitement des maladies transmissibles sexuellement (MTS) », de 2012 à 2016

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'analyse

Une analyse descriptive a d'abord été effectuée. Le nombre et les caractéristiques des médicaments remboursés, la nature des ordonnances, 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 2012 à 2016. **La définition d'ordonnance retenue** pour cette analyse représente le regroupement de médicaments fournis à une même date de service, à un bénéficiaire. Des combinaisons de médicaments sont 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 (teneur) par la quantité reçue.

MISE EN GARDE

+ Une ordonnance répétée⁵¹ ne correspond pas nécessairement à un deuxième épisode d'infection étant donné qu'une personne peut avoir reçu plus d'une ordonnance lors d'un seul épisode infectieux pour diverses raisons cliniques (à titre d'exemples : ajustement de traitement d'une infection gonococcique à la suite du résultat de l'analyse de sensibilité, ajustement du traitement d'une infection à *Chlamydia trachomatis* à la suite du résultat du génotype LGV).

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'INESSS⁵².

⁵¹ Une ordonnance remise à une date ultérieure. Le délai entre deux ordonnances peut être très court.

⁵² 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).

Résultats

Nombre et caractéristiques des médicaments prescrits et des prescripteurs

Selon le tableau 18, le nombre total de médicaments prescrits a augmenté entre 2012 et 2016, de 54 155 médicaments prescrits en 2012 à 71 058 en 2016, soit une augmentation de 31 %.

Le tableau 19 présente les principaux antibiotiques prescrits en 2016. Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment sont l'azithromycine, le céfixime, la doxycycline, la ceftriaxone et la pénicilline G benzathine.

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

Au tableau 20, on observe que le nombre de bénéficiaires différents chaque année a augmenté progressivement, passant de 34 603 bénéficiaires en 2012 à 43 890 en 2016, soit une augmentation de 26,8 %. 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 entre 2012 (1,1) et 2016 (1,3).

Le tableau 21 présente une description du nombre d'ordonnances par bénéficiaires, pour la période entre 2012 et 2016. En 2016, la grande majorité des bénéficiaires ont eu une seule ordonnance au cours de l'année (37 138). Un nombre non négligeable de bénéficiaires ont eu entre deux et cinq ordonnances (6 553, soit 14,9 %), mais seulement 199 en ont eu cinq 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).

Le tableau 22 décrit le nombre d'ordonnances et la nature des cas, c'est-à-dire si l'ordonnance a été prescrite à une personne atteinte (code K) ou à un cas contact (code L). Globalement, le nombre total d'ordonnances est passé de 40 126 en 2012 à 53 164 en 2016, soit une augmentation de 32 %. La hausse est de 20 % chez les femmes et de 42 % chez les hommes. Le rapport entre le nombre d'ordonnances destinées à des personnes atteintes et à des cas contact est stable entre 2012 et 2016. Pour l'ensemble de la période, ce rapport est plus élevé chez les femmes (2,4) que chez les hommes (1,3).

La majorité des ordonnances ont été prescrites par des omnipraticiens, suivis des obstétriciens-gynécologues, des résidents et des infectiologues (tableau 23).

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

Le tableau 24 montre la fréquence des principales combinaisons de traitements et réfère aux recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITSS⁵³.

⁵³ 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).

L'azithromycine 1g prescrite seule est l'ordonnance observée le plus fréquemment, suivie du céfixime 800 mg en combinaison avec l'azithromycine 1g. L'azithromycine 2g a été moins prescrite en 2016 comparativement à 2015.

La ciprofloxacine, le céfixime et la ceftriaxone, prescrits seuls, sont de plus en plus rarement observés, alors que certaines combinaisons de choix alternatifs sont assez fréquemment prescrites.

Tableau 18 Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, incluant les personnes atteintes (code K) et les cas contact (code L), Province, 2012 à 2016

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Femmes | 23 258 | 24 637 | 25 250 | 26 103 | 26 963 | 126 211 |
| Hommes | 30 897 | 33 292 | 35 465 | 39 623 | 44 095 | 183 372 |
| Total | 54 155 | 57 929 | 60 715 | 65 726 | 71 058 | 309 583 |

Tableau 19 Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des bénéficiaires, Province, 2016

| Médicaments prescrits | 2016 | | |
|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | Femmes | Hommes | Total |
| Azithromycine | 25 898 | 19 018 | 44 916 |
| Cefixime | 8 222 | 3 974 | 12 196 |
| Doxycycline | 3 369 | 2 358 | 5 727 |
| Ceftriaxone | 4 518 | 560 | 5 078 |
| Pénicilline G (benzathine) | 1 757 | 132 | 1 889 |
| Métronidazole | 124 | 726 | 850 |
| Ciprofloxacine | 94 | 54 | 148 |
| Lévofloxacine | 45 | 58 | 103 |
| Amoxicilline | 11 | 60 | 71 |
| Pénicilline G sodique | 28 | 9 | 37 |
| Triméthoprime/sulfaméthoxazole | 4 | 8 | 12 |
| Autres médicaments | 9 | 1 | 10 |
| Céfuroxime axetil | 6 | 1 | 7 |
| Non précisé | 6 | 1 | 7 |
| Érythromycine | 2 | 2 | 4 |
| Norfloxacine | 2 | 0 | 2 |
| Ofloxacine | 0 | 1 | 1 |
| Total | 44 095 | 26 963 | 71 058 |

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

Tableau 20 Nombre de bénéficiaires¹ ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2012 à 2016

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Femmes | 16 099 | 17 112 | 17 995 | 18 660 | 19 108 |
| Hommes | 18 504 | 20 018 | 21 554 | 23 292 | 24 782 |
| Total | 34 603 | 37 130 | 39 549 | 41 952 | 43 890 |

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

Tableau 21 Nombre d'ordonnances¹ par bénéficiaires chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2012 à 2016.

| | | 1 ordonnance | 2 à 4 ordonnances | 5 ordonnances et plus | Nombre total de bénéficiaires ² |
|------|--------------------|--------------|-------------------|-----------------------|--|
| 2012 | Hommes | 15 938 | 2 513 | 53 | 18 504 |
| | Femmes | 14 316 | 1 770 | 13 | 16 099 |
| | Total | 30 254 | 4 283 | 66 | 34 603 |
| 2013 | Hommes | 17 057 | 2 899 | 62 | 20 018 |
| | Femmes | 15 116 | 1 986 | 10 | 17 112 |
| | Total | 32 173 | 4 885 | 72 | 37 130 |
| 2014 | Hommes | 18 406 | 3 064 | 84 | 21 554 |
| | Femmes | 15 876 | 2 107 | 12 | 17 995 |
| | Total | 34 282 | 5 171 | 96 | 39 549 |
| 2015 | Hommes | 19 478 | 3 670 | 144 | 23 292 |
| | Femmes | 16 373 | 2 276 | 11 | 18 660 |
| | Total | 35 851 | 5 946 | 155 | 41 952 |
| 2016 | Hommes | 20 354 | 4 246 | 182 | 24 782 |
| | Femmes | 16 784 | 2 307 | 17 | 19 108 |
| | Total ³ | 37 138 | 6 553 | 199 | 43 890 |

¹ Une ordonnance est définie comme tous les médicaments prescrits à une même date (date du service), à un même bénéficiaire.

² Nombre de personnes différentes pour cette année, une même personne est susceptible de compter dans plus d'une année

Tableau 22 Nombre d'ordonnances selon la nature du cas (codes K : personne atteinte et L : cas contact) et le sexe, Province, 2012 à 2016

| | Femmes | | Hommes | | Total | Femmes rapport K/L | Hommes rapport K/L | Sexes réunis rapport K/L |
|--------------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|----------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
| | K personne atteinte | L - cas contact | K - personne atteinte | L - cas contact | | | | |
| 2012 | 12 923 | 5 267 | 12 266 | 9 670 | 40 126 | 2,4 | 1,3 | 1,7 |
| 2013 | 13 683 | 5 759 | 13 393 | 10 526 | 43 361 | 2,4 | 1,3 | 1,7 |
| 2014 | 14 147 | 6 346 | 14 154 | 11 717 | 46 364 | 2,2 | 1,2 | 1,6 |
| 2015 | 14 778 | 6 540 | 15 971 | 12 806 | 50 095 | 2,3 | 1,2 | 1,6 |
| 2016 | 15 222 | 6 679 | 17 693 | 13 570 | 53 164 | 2,3 | 1,3 | 1,6 |
| Total | 70 753 | 30 591 | 73 477 | 58 289 | 233 110 | 2,4 | 1,3 | 1,7 |

Tableau 23 Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des bénéficiaires, Province, 2016

| Spécialité du prescripteur | 2016 | | |
|----------------------------|---------------|---------------|---------------|
| | Femmes | Hommes | Total |
| Omnipraticiens | 27 417 | 18 870 | 46 287 |
| Obstétriciens-gynécologues | 841 | 1 367 | 2 208 |
| Résidents | 1 314 | 735 | 2 049 |
| Infectiologues | 1 002 | 471 | 1 473 |
| Autres spécialités | 545 | 366 | 911 |
| Spécialités manquantes | 128 | 85 | 213 |
| Urologues | 11 | 6 | 17 |
| Dermatologues | 5 | 1 | 6 |
| Total | 31 263 | 21 901 | 53 164 |

Tableau 24 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2012 à 2016

| | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 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 | 10 904 | 11 978 | 13 206 | 13 813 | 14 218 | 64 119 |
| | Hommes | 9 760 | 10 998 | 12 344 | 13 585 | 13 466 | 60 153 |
| | Total | 20 664 | 22 976 | 25 550 | 27 398 | 27 684 | 124 272 |
| Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) <i>1^{er} choix infection à Chlamydia trachomatis rectale traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis, urétrale, endocervicale ou pharyngée</i> | Femmes | 656 | 582 | 627 | 683 | 854 | 3 402 |
| | Hommes | 679 | 765 | 839 | 1 040 | 1 854 | 5 177 |
| | Total | 1 335 | 1 347 | 1 466 | 1 723 | 2 708 | 8 579 |
| Céfixime 800mg et azithromycine 1 g <i>1^{er} choix infection gonococcique sauf infection gonococcique pharyngée</i> | Femmes | 2 042 | 3 112 | 2 683 | 2 982 | 3 357 | 14 176 |
| | Hommes | 4 587 | 6 500 | 5 884 | 6 888 | 7 233 | 31 092 |
| | Total | 6 629 | 9 612 | 8 567 | 9 870 | 10 590 | 45 268 |
| Ceftriaxone 250 mg et azithromycine 1 g <i>1^{er} choix infection gonococcique urétrale, endocervicale, rectale ou pharyngée</i> | Femmes | 21 | 28 | 120 | 137 | 117 | 423 |
| | Hommes | 540 | 923 | 1 581 | 2 202 | 3 662 | 8 908 |
| | Total | 561 | 951 | 1 701 | 2 339 | 3 779 | 9 331 |
| Penicilline G benzathine 2,4 millions d'unités <i>1^{er} choix syphilis infectieuse</i> | Femmes | 61 | 52 | 58 | 46 | 96 | 313 |
| | Hommes | 1 129 | 1 069 | 1 008 | 1 460 | 1 655 | 6 321 |
| | Total | 1 190 | 1 121 | 1 066 | 1 506 | 1 751 | 6 634 |
| Doxycycline 100 mg BID (42 comprimés) <i>1^{er} choix lymphogranulomatose vénérienne</i> | Femmes | 12 | 4 | 2 | 8 | 9 | 35 |
| | Hommes | 63 | 86 | 130 | 200 | 272 | 751 |
| | Total | 75 | 90 | 132 | 208 | 281 | 786 |

¹ Incluant femmes enceintes ou qui allaitent et les partenaires de personnes infectées. Changement des recommandations en 2015. La recommandation des *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS* en 2013 était azithromycine 1 g pour toutes les infections à *Chlamydia trachomatis* en premier choix, sauf pour femmes enceintes ou qui allaitent. Consulter les *Guides sur le traitement pharmacologique des ITSS* en ligne pour les recommandations : <https://www.inesss.qc.ca/nc/publications/publications/publication.html?PublicationPluginController%5Buid%5D=252&cHash=0ffe407d17a34a3835424a7ce80326ad>

Tableau 24 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2012 à 2016 (suite)

| | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|--|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Azithromycine 2 g prescrite seule <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si allergie</i> | Femmes | 576 | 610 | 799 | 883 | 676 | 3 544 |
| | Hommes | 635 | 716 | 1 070 | 1 083 | 807 | 4 311 |
| | Total | 1 211 | 1 326 | 1 869 | 1 966 | 1 483 | 7 855 |
| Céfixime 800 mg et Doxycycline 100mg BID (14 comprimés) <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique</i> | Femmes | 61 | 79 | 80 | 81 | 82 | 383 |
| | Hommes | 114 | 150 | 133 | 173 | 273 | 843 |
| | Total | 175 | 229 | 213 | 254 | 355 | 1 226 |
| Ceftriaxone 250 mg et Doxycycline 100 mg BID (14 comprimés) <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique</i> | Femmes | 4 | 1 | 5 | 9 | 18 | 37 |
| | Hommes | 31 | 30 | 57 | 140 | 266 | 524 |
| | Total | 35 | 31 | 62 | 149 | 284 | 561 |
| Ciprofloxacine 500 mg et azithromycine 1 g <i>traitement alternatif de l'infection gonococcique si souche connue sensible</i> | Femmes | 79 | 59 | 63 | 39 | 16 | 256 |
| | Hommes | 136 | 98 | 94 | 58 | 25 | 411 |
| | Total | 215 | 157 | 157 | 97 | 41 | 667 |
| Ofloxacine 300 mg BID (14 comprimés) <i>traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis avant 2015</i> | Femmes | 16 | 17 | 20 | 8 | 1 | 62 |
| | Hommes | 31 | 41 | 31 | 20 | 0 | 123 |
| | Total | 47 | 58 | 51 | 28 | 1 | 185 |
| Amoxicilline 500 mg TID (21 comprimés) <i>traitement alternatif de l'infection à Chlamydia trachomatis femme enceinte ou qui allaite</i> | Femmes | 89 | 70 | 74 | 66 | 50 | 349 |
| | Hommes | 2 | 0 | 5 | 2 | 3 | 12 |
| | Total | 91 | 70 | 79 | 68 | 53 | 361 |
| Doxycycline 100 mg BID (28 comprimés) <i>traitement alternatif de la syphilis</i> | Femmes | 891 | 1 013 | 1 007 | 1 091 | 1 076 | 5 078 |
| | Hommes | 278 | 328 | 324 | 378 | 576 | 1 884 |
| | Total | 1 169 | 1 341 | 1 331 | 1 469 | 1 652 | 6 962 |

Tableau 24 Principales combinaisons de médicaments reçues à une même date de service par un même bénéficiaire, Province, 2012 à 2016 (suite)

| | | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Total |
|-------------------------------------|--------|-------|-------|------|------|------|-------|
| Céfixime 400 mg et azithromycine 1g | Femmes | 1 327 | 446 | 192 | 118 | 99 | 2 182 |
| | Hommes | 2 487 | 718 | 377 | 184 | 146 | 3 912 |
| | Total | 3 814 | 1 164 | 569 | 302 | 245 | 6 094 |
| Ciprofloxacine seule, toutes doses | Femmes | 9 | 12 | 13 | 8 | 12 | 54 |
| | Hommes | 24 | 24 | 22 | 20 | 12 | 102 |
| | Total | 33 | 36 | 35 | 28 | 24 | 156 |
| Céfixime seule, toutes doses | Femmes | 228 | 180 | 194 | 214 | 160 | 976 |
| | Hommes | 330 | 301 | 276 | 287 | 280 | 1 474 |
| | Total | 558 | 481 | 470 | 501 | 440 | 2 450 |
| Ceftriaxone seule, toutes doses | Femmes | 33 | 55 | 74 | 90 | 72 | 324 |
| | Hommes | 123 | 233 | 311 | 183 | 215 | 1 065 |
| | Total | 156 | 288 | 385 | 273 | 287 | 1 389 |

Commentaires

Il est 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 prudent lors de l'interprétation de ces résultats. La qualité des données dépend de l'utilisation adéquate des outils de collecte et du degré de motivation des professionnels à transmettre des informations complètes. Par exemple, les codes servant à différencier les cas-index (code K - personne atteinte) des cas-contact (code L - cas contact ayant reçu un traitement épidémiologique) peuvent avoir été inversés par les médecins. La base de données ne comprend pas de renseignements sur le diagnostic, ce qui limite l'identification de l'ITS traitée. Dans certains cas, des interprétations sont nécessaires. L'analyse a toutefois permis de fournir certaines informations utiles.

Le nombre total de cas d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique, de lymphogranulomatose vénérienne et de syphilis infectieuse déclarés au registre des MADO en 2016 était de 31 300. En comparaison, ce nombre est très similaire au nombre d'ordonnances prescrites à des cas index en 2016, c'est-à-dire 32 915 ordonnances (code K - tableau 22). Les personnes traitées comme cas contact (code L) ne sont souvent pas incluses dans le registre MADO notamment parce qu'il est recommandé de traiter même en absence d'un test positif. Pour ces raisons, il n'est pas surprenant d'observer que le nombre total d'ordonnances prescrites dans le cadre de ce programme en 2016 (53 164 – tableau 22) excède le nombre de cas déclarés au registre des MADO. Il est même plutôt rassurant d'observer une différence aussi importante.

Rappelons que les données présentées par code de programme doivent être interprétées avec précaution considérant la possibilité d'inversion du code K (personne atteinte) et du code L (cas contact).

Il existe également une possibilité de sous-estimation du nombre d'ordonnances prescrites dans le cadre de ce programme. En effet, un certain nombre peuvent avoir été remboursées par un autre programme d'assurance médicaments (régime public ou assureur privé) et pourraient donc ne pas se trouver dans le fichier du Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITS.

En général, les changements observés dans la nature des antibiotiques prescrits laissent croire que les recommandations des guides de traitement pharmacologique des ITS sont adoptées par une grande majorité de médecins.

Centre d'expertise
et de référence

www.inspq.qc.ca