

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2016 et projections 2017



SOMMAIRE

Novembre 2017

Karine Blouin, Sylvie Venne, Gilles Lambert

Avec près de 34 000 cas déclarés en 2016, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 75 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). À celles-ci s'ajoutent l'infection par le VIH qui n'est pas à déclaration obligatoire, mais fait l'objet d'une collecte de renseignements à des fins de surveillance et d'autres infections transmissibles sexuellement très fréquentes telles l'herpès génital et les infections au virus du papillome humain.

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.

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>

- Les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne; ils représentent une proportion très importante des cas d'infection gonococcique et des cas d'infection au VIH. Chez les HARSAH et chez les autres groupes de population, les indicateurs de la « cascade de soins » en regard du VIH sont peu documentés (notamment le moment d'initiation de la thérapie antirétrovirale et le niveau d'adhésion à cette thérapie ainsi que le niveau de la charge virale des personnes infectées).
- La prévalence du VIH observée lors d'une étude récente auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones était de 1,4 %, soit une prévalence 7 fois plus élevée que celle de la population générale (0,2 %) et environ 10 fois moins élevée que celle observée parmi les UDI (14,0 %) et les HARSAH (13,5 %).
- La proportion de personnes ignorant qu'elles sont infectées par le VIH varie selon le groupe de population. Globalement, on estime 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 | | 2017 ^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-santitaire | Effectifs population | RSS = Région socio-santitaire | 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- | 17 956 |
| 09 Côte-Nord | 95 333 | QC | Province de Québec |
| 10 Nord-du-Québec | 14 067 | | 8 357 607 |

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2016 et projections 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, Service de lutte contre les ITSS
Direction de la prévention et de la promotion de la santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux.

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

SOUS LA COORDINATION DE

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

AVEC LA COLLABORATION DE

Raphaël Bitera, conseiller scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Institut national de santé publique du Québec

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2017)

N° de publication : 2324 - Sommaire