



Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2022 et projections 2023

SURVEILLANCE ET VIGIE

JUILLET 2024

PORTRAIT DE SANTÉ

AUTEURS ET AUTRICES

Karine Blouin, conseillère scientifique spécialisée
Gilles Lambert, médecin-conseil
Raphaël Bitera, conseiller scientifique spécialisé
Direction des risques biologiques
Paula Gruber, conseillère scientifique
Diane Sylvain, conseillère scientifique
Laboratoire de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Pierre-Henri Minot, chef d'unité scientifique
Direction des risques biologiques

RÉVISION

Annie-Claude Labbé, microbiologiste-infectiologue
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'île-de Montréal

Jean-Sébastien Touchette, médecin-conseil
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Les auteur(-trice)s ainsi que les réviseur(e)s ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

MISE EN PAGE

Virginie Boué, agente administrative
Direction des risques biologiques

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 ou en écrivant un courriel à : droits.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

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

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-98400-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

REMERCIEMENTS

Nous remercions les cliniciens et le personnel des laboratoires de microbiologie, des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ainsi que des Directions de santé publique pour leur contribution à la qualité de la déclaration des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Nous remercions également toutes les personnes qui ont participé aux enquêtes de vigie rehaussée, aux programmes de surveillance spécifiques ou aux études épidémiologiques d'où proviennent les données qui ont permis de dresser le présent portrait des ITSS.

Nous souhaitons souligner la collaboration de nos collègues :

- de la Direction de la prévention des ITSS du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) :
 - Ludivine Veillette-Bourbeau, pour la vigie de la syphilis infectieuse;
- de l'INSPQ :
 - Louise Valiquette, pour ses conseils sur la révision du format;
 - Marilou Kiely, pour les résultats de la couverture vaccinale contre l'hépatite B;
 - Brigitte Lefebvre, pour la surveillance de la résistance de *N. gonorrhoeae* au Québec;
 - Maud Vallée, pour la révision de certaines sections;
 - Aurélie Maheux-Dubuc et Karl Forest-Bérard, pour leurs conseils en communication, valorisation et transfert de connaissances.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *Surveillance et vigie* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques visant la caractérisation de la santé de la population et de ses déterminants, ainsi que l'analyse des menaces et des risques à la santé et au bien-être.

Le présent Portrait de santé vise à fournir de l'information et une réflexion sur l'émergence, l'ampleur ainsi que la progression des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et de leurs déterminants au Québec afin d'orienter les interventions et la planification des ressources nécessaires en matière de lutte contre les ITSS.

Il a été réalisé grâce à un financement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

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 prévention des ITSS.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	VI
LISTE DES FIGURES	IX
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	XII
MESSAGES CLÉS	1
SOMMAIRE	2
1 INTRODUCTION	8
2 MÉTHODOLOGIE	11
2.1 Détection et déclaration des cas MADO	11
2.1.1 Cas anciens ou nouveaux	12
2.1.2 Extraction des données 1990-2022	12
2.1.3 Projections 2023.....	12
2.1.4 Calcul des taux et variables de croisement.....	13
2.2 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale.....	15
2.3 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS	15
2.4 Tests de détection des ITSS.....	16
2.5 Comparaisons provinciales et internationales.....	17
3 INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	18
3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2022.....	18
3.2 Tendances temporelles	18
3.3 Sites anatomiques	19
3.4 Discussion.....	21
4 INFECTION GONOCOCCIQUE	22
4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2022.....	22
4.2 Tendances temporelles	22
4.3 Sites anatomiques	23
4.4 Résistance aux antibiotiques.....	23
4.5 Discussion.....	27
5 SYPHILIS INFECTIEUSE	28
5.1 Caractéristiques des cas de syphilis en phase infectieuse déclarés en 2022.....	28

5.2	Syphilis congénitale.....	29
5.2.1	Description des contextes des cas de syphilis congénitale	29
5.3	Tendances temporelles	30
5.4	Syphilis non infectieuse et sans précision.....	30
5.5	Discussion.....	35
6	LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE ET ITS RARES.....	36
6.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2022.....	36
6.2	Tendances temporelles	36
6.3	ITS rares : chancre mou et granulome inguinal	36
6.4	Discussion.....	38
7	HÉPATITE B.....	40
7.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2022.....	40
7.2	Tendances temporelles	40
7.3	Hépatite B néonatale ou chez des enfants de moins de 1 an.....	41
7.4	Couverture vaccinale contre l'hépatite B.....	41
7.5	Discussion.....	43
8	HÉPATITE C.....	45
8.1	Caractéristiques des cas déclarés en 2022.....	45
8.2	Tendances temporelles	45
8.3	Discussion.....	47
9	INFECTION PAR LE VIH.....	49
9.1	Les personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 (nouveaux diagnostics)	49
9.2	Principales catégories d'exposition des personnes nouvellement diagnostiquées en 2022.....	50
9.2.1	Les personnes originaires de pays à forte endémicité du VIH.....	50
9.2.2	Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).....	50
9.2.3	Les personnes hétérosexuelles qui ont des partenaires hétérosexuels à risque ou qui n'ont pas de facteur de risque identifié.	51
9.2.4	Les personnes qui s'injectent des drogues.....	51
9.2.5	Transmission périnatale.....	51

9.3	Les personnes enregistrées en 2022 qui avaient déjà eu un diagnostic de l'infection auparavant et qui n'avaient pas été enregistrées ou ne pouvaient l'être au moment du test antérieur positif (anciens diagnostics).....	52
9.4	Estimation de l'incidence, de la prévalence et de la cascade de soins du VIH	52
9.5	Discussion.....	56
10	CONCLUSION.....	58
ANNEXE 1	TESTS DE DÉTECTION DES ITSS	59
ANNEXE 2	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2022.....	63
ANNEXE 3	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE BRUTS DES ITSS SELON LA RÉGION, QUÉBEC, 2018 À 2023P.....	66
ANNEXE 4	DONNÉES DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG, DE 2018 À 2022	73
ANNEXE 5	COMPARAISONS PROVINCIALES ET INTERNATIONALES	81
ANNEXE 6	CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS D'INFECTION PAR LE VIH, 2013-2022	98

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2018, 2022, et projections 2023	6
Tableau 2	Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2022	7
Tableau 3	Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2018 à 2022	34
Tableau 4	Couverture vaccinale contre l'hépatite B chez les élèves de 4 ^e année et de 3 ^e secondaire, Québec, de 2018 à 2022.....	43
Tableau 5	Estimations des cas incidents, des cas prévalents et de la cascade du VIH, Années 2020 et 2022.....	53
Tableau 6	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2022	63
Tableau 7	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2022	64
Tableau 8	Nombre de cas déclarés et taux d'incidence de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2022	65
Tableau 9	Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i> : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2018 à 2023p (projections pour 2023).....	66
Tableau 10	Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2018 à 2023p (projections pour 2023).....	67
Tableau 11	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 2018 à 2023p (projections pour 2023).....	68
Tableau 12	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2018 à 2023p (projections pour 2023).....	69
Tableau 13	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2018 à 2023p (projections pour 2023).....	70
Tableau 14	Hépatite C (aiguë ou récente et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2018 à 2023p (projections pour 2023).....	71
Tableau 15	Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2018 à 2022	72

Tableau 16	Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, Province, 2018 à 2022.....	74
Tableau 17	Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des personnes, Province, 2022.....	75
Tableau 18	Nombre de personnes ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2018 à 2022.....	76
Tableau 19	Nombre d'ordonnances par personne chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2018 à 2022.....	76
Tableau 20	Nombre d'ordonnances selon la nature du cas et le sexe, Province, 2018 à 2022	77
Tableau 21	Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des personnes, Province, 2022.....	77
Tableau 22	Combinaison de médicaments reçue à une même date de service par une même personne, compatible avec le traitement d'une l'atteinte inflammatoire pelvienne - Province, 2018 à 2022.....	78
Tableau 23	<i>Chlamydia trachomatis</i> : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022.....	81
Tableau 24	Infection gonococcique : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022.....	83
Tableau 25	Infection gonococcique : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, selon le sexe, 2018 à 2022	84
Tableau 26	Syphilis infectieuse : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022.....	86
Tableau 27	Syphilis infectieuse : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, selon le sexe, 2018 à 2022	87
Tableau 28	Syphilis congénitale : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 naissances vivantes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022	89
Tableau 29	Hépatite C : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022	91
Tableau 30	VIH : Nouveaux diagnostics et taux de nouveaux diagnostics pour 100 000 personnes pour certaines provinces, 2018-2022.....	93
Tableau 31	Nombre de cas d'infections par le VIH selon le genre et l'année du prélèvement, Québec, 2013-2022.....	98
Tableau 32	Répartition des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie d'exposition et année du prélèvement chez les HOMMES, 2013-2022.....	99

Tableau 33	Répartition des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie principale d'exposition et année du prélèvement chez les FEMMES, 2013-2022.	100
Tableau 34	Nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie d'exposition et année du prélèvement, sexes réunis, 2013-2022	101

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p.....	19
Figure 2	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2022	20
Figure 3	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2013 à 2023p	20
Figure 4	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2013 à 2023p	21
Figure 5	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p	25
Figure 6	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2022	25
Figure 7	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2013 à 2023p	26
Figure 8	Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2013 à 2023p.....	26
Figure 9	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p	31
Figure 10	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2003 à 2023p	31
Figure 11	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2022	32
Figure 12	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2013 à 2023p	32
Figure 13	Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2013 à 2023p	33
Figure 14	Taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes de 15 à 49 ans et nombre de cas de syphilis congénitale, Québec, 2015-2023p	33
Figure 15	Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2023p	37
Figure 16	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2022.....	37
Figure 17	Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2022 (n = 1 150).....	38

Figure 18	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p.....	41
Figure 19	Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2022	42
Figure 20	Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis, Québec, de 2003 à 2023p.....	42
Figure 21	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p.....	46
Figure 22	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2022	46
Figure 23	Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2013 à 2023p.....	47
Figure 24	Nombre de nouveaux et d'anciens diagnostics par année du prélèvement, 2013-2022	53
Figure 25	Nombre de nouveaux diagnostics selon le pays de naissance et l'année du prélèvement, 2013-2022.....	54
Figure 26	Taux de nouveaux diagnostics de VIH selon le genre et l'année du prélèvement.....	54
Figure 27	Nombre de cas de NOUVEAUX DIAGNOSTICS NÉS à l'EXTÉRIEUR du Canada, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2003-2022	55
Figure 28	Nombre de cas de NOUVEAUX DIAGNOSTICS NÉS au CANADA, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2003-2022.....	55
Figure 29	Proportions des cas de NOUVEAUX DIAGNOSTICS sans test antérieur de dépistage parmi les personnes OPE et les HARSAN, 2013-2022	56
Figure 30	Nombre de tests de détection de <i>Chlamydia trachomatis</i> et de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2014-2015 à 2022-2023.....	60
Figure 31	Nombre de tests de détection d'anticorps du virus de l'immunodéficience humaine réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2018 à 2023.....	61
Figure 32	<i>Chlamydia trachomatis</i> : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2018-2022.....	82
Figure 33	<i>Chlamydia trachomatis</i> : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2022.....	82
Figure 34	Infection gonococcique : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2018-2022.....	85

Figure 35	Infection gonococcique : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2022.....	85
Figure 36	Syphilis Infectieuse : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2018-2022	86
Figure 37	Syphilis Infectieuse: Taux de cas déclarés totaux et selon le sexe pour certaines provinces et pays, 2018-2022.....	88
Figure 38	Syphilis infectieuse : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2022	88
Figure 39	Syphilis congénitale : taux chez moins de 2 ans pour certaines provinces et pays, 2018-2022.....	89
Figure 40	Syphilis congénitale : nombre et taux de cas déclarés pour 100 000 naissances vivantes, Canada, 2018 à 2022.....	90
Figure 41	Syphilis congénitale : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2022.....	90
Figure 42	Hépatite C : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays 2018-2022.....	92
Figure 43	Hépatite C : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2021	92
Figure 44	VIH : taux de nouveaux diagnostics pour certaines provinces au Canada 2018-2022	93
Figure 45	VIH : taux d'incidence de nouveaux diagnostics en 2022 pour certaines provinces au Canada	94

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CDC	Centers for Disease Control and prevention
C3G	Céphalosporines de 3 ^e génération
Cis	Relatif à une personne dont l'identité de genre correspond au sexe assigné à la naissance
HARSAH	Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPPAP	Intervention préventive auprès des cas index et auprès de leurs partenaires sexuels
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
PPrE	Prophylaxie pré-exposition
PUDI	Personne qui utilise des drogues par injection
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience humaine
TAAN	Test d'amplification des acides nucléiques
Trans	Relatif à une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe assigné à la naissance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C

MESSAGES CLÉS

- En 2022 et en 2023 (selon les projections disponibles), une **recrudescence importante** des taux d'incidence de cas déclarés de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse, de la syphilis congénitale et de la lymphogranulomatose vénérienne a été observée. En 2023, le taux de cas déclarés des hépatites B et C a également augmenté (particulièrement le taux de cas d'hépatite C dans la région de Montréal).
- **Antibiorésistance** : Le pourcentage d'isolats de *Neisseria gonorrhoeae* résistants à l'azithromycine a atteint un sommet de 44 % en 2022. La résistance aux céphalosporines de 3^e génération semble sous contrôle au Québec, mais des prévalences élevées (8-15 %) de souches résistantes à la ceftriaxone ont été rapportées récemment en Asie. Une vigilance constante est importante concernant l'émergence de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la ceftriaxone au Québec.
- L'épidémie de **syphilis infectieuse** s'installe de plus en plus au sein de la population hétérosexuelle et elle prend de l'essor dans la plupart des régions du Québec alors qu'elle était initialement concentrée dans la région de Montréal.
- Une augmentation de 37 % des **nouveaux diagnostics de VIH¹** a été observée entre 2019 et 2022; cette augmentation a été principalement manifeste chez les personnes nées dans un pays autre que le Canada. Parmi les personnes nées au Canada, le nombre de nouveaux diagnostics a plutôt diminué entre 2013 et 2022 (particulièrement dans la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, avec une baisse de 56 % durant cette période).

¹ Un nouveau diagnostic est un cas n'ayant jamais eu un test de détection positif auparavant. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

SOMMAIRE

Infection à *Chlamydia trachomatis*

L'infection à *Chlamydia trachomatis* demeure la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire et affecte particulièrement les jeunes femmes. Le taux de cas déclarés a diminué de 16 % entre 2019 et 2021 (période de la pandémie de COVID-19) puis a augmenté de 11 % entre 2021 et 2022. Selon les projections disponibles, il serait supérieur en 2023, bien que demeurant en deçà de son niveau pré-pandémique.

- Les jeunes âgés de 15 et à 24 ans représentaient près de 52 % des cas en 2022. Les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans manifestaient le taux de cas déclaré le plus élevé (2 212 cas pour 100 000).

Infection gonococcique

Après une vingtaine d'années de hausse constante, l'incidence de cas déclarés d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* a chuté de 13 % entre 2019 et 2021. Elle a ensuite crû de 21 % entre 2021 et 2022. Le taux projeté pour 2023 serait le plus élevé observé depuis 1990.

- Les hausses des taux entre 2021 et 2022 sont observées chez les femmes (+28 %) et les hommes (+20 %).
- Les taux d'incidence des cas déclarés dans la région du Nunavik et dans la région de Montréal étaient respectivement 20 fois et 2,4 fois plus élevés que celui de l'ensemble du Québec. Toutes les autres régions avaient un taux inférieur à celui de la province.
- Le pourcentage d'isolats de *Neisseria gonorrhoeae* résistants à l'azithromycine a atteint un sommet de 44 % en 2022. Alors que trois souches non sensibles à la céfixime avaient été identifiées en 2017, dont une qui était également non sensible à la ceftriaxone², aucune souche non sensible aux céphalosporines de 3^e génération n'a été identifiée en 2021 ni en 2022³. En 2022, seulement cinq souches présentaient une sensibilité réduite à la céfixime (0,3 %) et deux autres souches une sensibilité réduite à la ceftriaxone (0,1 %).
- Le suivi du nombre de tests de détection nous aide à interpréter l'évolution du nombre de cas déclarés. Le nombre de cas de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* déclarés entre 2015 et 2019 a crû parallèlement à l'augmentation du nombre de tests de détection effectués et a diminué durant la pandémie alors que le nombre de tests fléchissait. Le nombre de tests effectués a atteint son niveau le plus élevé en 2022-2023, depuis que cette information est colligée.

² Lefebvre B, Martin I, Demczuk W, et al. Ceftriaxone-Resistant *Neisseria gonorrhoeae*, Canada, 2017. *Emerg Infect Dis.* 2018;24(2):381-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29131780>.

³ Lefebvre B, Labbé A-C. Sommaire des résultats d'antibiorésistance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec en 2022., Institut national de santé publique du Québec. Octobre 2023. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3397>

Syphilis infectieuse

- Comme le taux de cas déclarés d'infection gonococcique, celui de syphilis en phase infectieuse n'a cessé d'augmenter au cours des 25 dernières années. Après avoir chuté de 29 % entre 2019 et 2021, le taux est remonté en 2022 à ce qu'il était en 2019; le taux (projeté) pour 2023 serait supérieur à celui de 2022.
- Chez les femmes, 200 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2022; le taux de cas déclarés était 11 fois plus élevé en 2022 qu'en 2009 (+ 1 039 %). Selon les projections, la hausse se poursuivrait en 2023. La grande majorité (94 %) des femmes chez qui a été diagnostiquée une syphilis en phase infectieuse en 2022 était en âge de procréer. Le nombre de cas de syphilis congénitale double pratiquement chaque année depuis 2018, il était de 14 en 2022.
- Les régions de Montréal (34 pour 100 000) et du Nunavik (559 pour 100 000) affichaient les taux de cas déclarés les plus élevés en 2022; au moins un cas de syphilis infectieuse a été enregistré dans chacune des régions du Québec sauf dans la région Nord-du-Québec.
- Six régions comptaient 86 % des cas féminins québécois : le Nunavik, Lanaudière, Montréal, Laval, la Montérégie et les Laurentides.

Lymphogranulomatose vénérienne

- Près de 20 ans après l'émergence de l'infection, l'épidémie de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) demeure concentrée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH); toutefois, elle touche maintenant autant les HARSAH non infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) que ceux vivant avec le VIH.
- Trois cas probables ont été déclarés chez des femmes (un en 2022 et deux en 2023), le dernier cas féminin avait été observé en 2012.
- Le taux de cas enregistré au cours de l'année 2022 était le plus élevé à ce jour. Le taux projeté pour l'année 2023 est plus faible qu'en 2022 (1,3 pour 100 000, 112 cas).

Infection par le virus de l'hépatite B (VHB)

- Une augmentation est observée entre 2021 et 2023 (taux projeté de 12,2 pour 100 000, 1 075 cas).
- Une hausse du taux d'hépatite B de stade non précisé est observée, mais cette augmentation est possiblement liée à des difficultés d'obtenir suffisamment d'informations cliniques ou les résultats de laboratoire nécessaires pour le classement des cas dans les autres catégories (pour les personnes arrivées récemment au Québec, par exemple). Le taux projeté pour 2023 est de 8,4 pour 100 000, soit le taux le plus élevé enregistré depuis 1990.
- Entre 1994, l'année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire, et 2022, le taux annuel de cas déclarés d'hépatite B aiguë a diminué de 98 % et celui de cas d'hépatite B chronique a diminué de 74 %.

- Aucun cas d'hépatite B (aiguë, chronique ou de stade non précisé) n'a été déclaré en 2022 chez des enfants de moins d'un an.

Infection par le virus de l'hépatite C (VHC)

- Une tendance globale à la baisse est observée depuis 2004 malgré de légers rebonds en 2018 et en 2023 (taux projeté de 14 pour 100 000, 1 243 cas). La sous-estimation du nombre réel de cas aigus/récents et la fréquence élevée de l'hépatite C (et de la co-infection par le VIH) au sein des personnes qui utilisent des drogues par injection demeurent des enjeux importants.
- Des augmentations importantes sont projetées en 2023 pour Montréal (un taux 2,3 fois plus élevé qu'en 2022), le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Capitale-Nationale, l'Estrie, l'Abitibi-Témiscamingue et les Laurentides.

Infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)

- Le nombre de cas d'infections par le VIH (nouveaux ou anciens diagnostics) a augmenté de 40 % en 2022 par rapport à l'année 2019.
- Au total, 422 nouveaux diagnostics⁴ d'infection par le VIH ont été rapportés en 2022 en comparaison à 309 en 2019, soit une augmentation de 40 %.
 - La hausse des nouveaux diagnostics a été observée principalement chez les personnes nées dans un pays autre que le Canada.
- Parmi les personnes nées au Canada et ayant donc pu bénéficier des programmes de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, une diminution progressive des nouveaux diagnostics est observée entre 2013 et 2022, particulièrement chez les HARSAH (baisse de 56 %).
- Une proportion relativement importante de personnes vivant avec le VIH sont diagnostiquées tardivement et ne bénéficient pas d'un traitement qui débute en temps opportun.
 - La moitié (49 %) des personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 a reçu un diagnostic à un stade tardif de l'infection (taux de CD4 inférieur à 350 par mm³), 25 % à un stade avancé (taux de CD4 inférieur à 200 par mm³) et 5,0 % présentaient des signes d'infections chroniques ou du sida.

⁴ Un nouveau diagnostic est un cas n'ayant jamais eu un test de détection positif auparavant. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

Conclusion

- En 2022 et en 2023 (selon les projections disponibles), une recrudescence importante des taux d'incidence de cas déclarés de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse, de la syphilis congénitale et de la LGV a été observée. En 2023, une hausse des taux des hépatites B et C est également constatée (particulièrement du taux d'hépatite C dans la région de Montréal).
- De nombreux pays industrialisés ont rapporté une hausse des ITS bactériennes au cours des dernières années (Annexe 5).
- La résistance de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques, notamment aux C3G, semble sous contrôle au Québec, mais des prévalences élevées (8-15 %) de souches résistantes à la ceftriaxone ont été rapportées récemment en Asie. Une vigilance constante est importante concernant l'émergence de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la ceftriaxone au Québec.
- L'épidémie de syphilis s'installe de plus en plus au sein de la population hétérosexuelle et elle prend de l'essor dans la plupart des régions alors qu'elle était initialement concentrée dans la région de Montréal.
- Les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C demeurent toujours présents, ce qui justifie de poursuivre les efforts de prévention et d'intervention.
- Une augmentation de 37 % des nouveaux diagnostics de VIH enregistrés a été observée entre 2019 et 2022; cette augmentation a été principalement manifeste chez les personnes nées dans un pays autre que le Canada. Parmi les personnes nées au Canada, le nombre de nouveaux diagnostics a plutôt diminué entre 2013 et 2022.
- La présence d'ITS bactériennes favorise la transmission du VIH en l'absence de traitement efficace ou de l'usage adéquat de prophylaxie antirétrovirale en pré-exposition au VIH (PPrE).
 - Certains groupes particulièrement vulnérables, peu en contact avec les services de santé et présentant des expositions fréquentes pourraient être particulièrement susceptibles de se trouver dans une situation favorisant la transmission du VIH en raison de l'augmentation actuelle des taux d'incidence de cas déclarés d'ITS bactériennes.

Tableau 1 Nombre de cas déclarés (N) et taux bruts d'incidence de certaines ITSS, Québec, 2018, 2022, et projections 2023

Infections	Province de Québec					
	2018		2022		2023p ^a	
	N	Taux	N	Taux	N	Taux
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	27 921	332	25 339	291	27 756	314
< 1 an, Sexes réunis	2	2,4	12	14	7	8,1
15-24 ans, Hommes	4 678	982	4 143	874	4 290	870
15-24 ans, Femmes	10 841	2 402	9 075	2021	9 760	2 100
Lymphogranulomatose vénérienne^b	94	1,1	146	1,7	112	1,3
Hommes	92	2,2	145	3,3	109	2,4
Infection gonococcique	7 402	88	8 112	93	9 432	107
< 1 an, Sexes réunis	0	0	1	1,2	2	2,0
15-24 ans, Hommes	1 235	259	1 102	232	1 138	231
15-24 ans, Femmes	754	167	890	198	983	212
Syphilis infectieuse^c	933	11	1 258	14	1 473	17
15-24 ans, Hommes	76	16	97	20	113	23
15-24 ans, Femmes	26	5,8	58	13	62	13
15-49 ans, Femmes	79	4,4	188	10,3	220	12
Syphilis congénitale	1	0,6	14	8,5	12	6,9
Infection par le virus de l'hépatite B^d	1 123	13	897	10,3	1 075	12
Aiguë, Sexes réunis	19	0,2	10	0,1	8	0,1
< 1 an, Sexes réunis	0	0,0	0	0,0	3	4,0
Infection par le virus de l'hépatite C^e	1 248	15	742	8,5	1 243	14
< 1 an, Sexes réunis	3	3,6	0	0,0	3	4,0
Infection par le VIH – nouveaux diagnostics^f	329	3,9	422	4,9	nd	nd
Transmission verticale ^g	1	nd	1	nd	nd	nd
15-24 ans, Hommes	20	4,2	29	6,1	nd	nd
15-24 ans, Femmes	3	0,7	5	1,1	nd	nd

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

^b En 2018 : deux cas de sexe inconnu; en 2022 : un cas probable féminin; en 2023 (projeté) : 3 cas probables féminins

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

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

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

^f Un nouveau diagnostic est un cas n'ayant jamais eu un test de détection positif auparavant. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

^g Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes. nd : non disponible

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre, Programme de surveillance du VIH au Québec.

Tableau 2 Taux bruts d'incidence des cas déclarés de certaines ITSS, selon la région, Québec, 2022

Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ^a		Lymphogranulomatose vénérienne		Infection par le virus de l'hépatite B ^b		Infection par le virus de l'hépatite C ^c		Infection par le VIH	
RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux	RSS	Taux ^d
17	4 537	17	1 767	17	559	6	5,0	10	22	6	14	6	15
18	1 238	6	223	6	34	QC	1,7	6	20	7	13	QC	4,9
6	388	QC	93	18	26	12	1,4	QC	10,3	9	12	13	2,9
3	296	3	91	QC	14	14	1,1	2	9,6	13	9,6	3	2,3
QC	291	13	71	7	10,8	7	1,0	7	9,5	4	8,7	9	2,2
15	289	14	60	14	10,3	3	0,9	3	9,5	11	8,7	16	2,2
14	283	15	56	16	9,7	16	0,8	16	9,3	QC	8,5	11	2,2
4	269	16	52	13	9,0	15	0,6	13	8,5	3	8,4	2	1,8
7	262	7	45	15	7,9	1	0,5	4	8,0	8	7,4	4	1,7
5	257	4	36	3	6,6	13	0,4	5	6,8	14	7,0	14	1,7
13	251	5	36	5	6,0	5	0,2	8	6,7	16	6,7	7	1,2
16	239	12	29	2	5,0	4	0,2	12	4,7	5	6,4	15	1,2
8	234	2	23	1	3,5	2	0	9	4,4	2	5,7	1	1,0
2	220	9	18	8	3,4	8	0	14	3,9	12	5,6	12	0,7
12	176	8	18	4	3,3	9	0	15	3,7	18	5,3	8	0,7
1	163	18	16	12	2,9	10	0	1	2,5	1	2,5	5	0,6
9	124	10	15	9	1,1	11	0	11	1,1	15	0,9	10	0
10	120	1	10,0	11	1,1	17	0	17	0	10	0	17	0
11	118	11	6,5	10	0	18	0	18	0	17	0	18	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 Nouveaux diagnostics enregistrés en 2022. Un nouveau diagnostic est un cas n'ayant jamais eu un test de détection positif auparavant. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes. LGV : Lymphogranulomatose vénérienne ; RSS : région sociosanitaire - consulter l'annexe 3 pour la liste des régions. Il faut interpréter avec prudence les taux calculés à partir d'un petit nombre de cas ou d'un petit effectif de population (par exemple, dans les régions 10, 17 et 18, qui comptent une population de moins de 20 000 habitants).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre ; Programme de surveillance du VIH au Québec.

1 INTRODUCTION

Ce portrait fait état de la situation épidémiologique de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de l'infection gonococcique, de la syphilis, de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV), de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB), de l'infection par le virus de l'hépatite C (VHC) et de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec. Les maladies infectieuses qui peuvent être transmises sexuellement occasionnellement, mais qui ne sont pas à transmission essentiellement sexuelle telles que l'infection à Mpox ou la shigellose ne sont pas examinées dans ce rapport.

Ces infections sont visées par la Loi sur la santé publique. L'infection à *C. trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, la LGV, l'hépatite B et l'hépatite C, de même que l'infection par le VIH chez une personne qui a reçu ou donné du sang, des produits sanguins, organes ou tissus doivent être déclarées (maladies à déclaration obligatoire, MADDO) au directeur régional de santé publique par les professionnels de la santé habilités à poser un diagnostic ou à évaluer l'état de santé d'une personne et par les directeurs des laboratoires de biologie médicale. Une enquête épidémiologique peut être réalisée à des fins de vigie et d'intervention. De plus, 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.

La date d'entrée en vigueur de la déclaration obligatoire ou du programme de surveillance varie selon la maladie. Ainsi, l'infection à *C. trachomatis* est devenue une maladie à déclaration obligatoire (MADO) en 1990, mais c'est seulement depuis avril 2002 que le VIH fait l'objet d'une collecte spécifique de renseignements épidémiologiques à des fins de surveillance continue de l'état de santé de la population.

Bien que le chancre mou et le granulome inguinal soient également visés par la Loi, ces MADDO ne font pas l'objet de sections particulières, mais sont brièvement décrites dans le chapitre sur la LGV.

Pourquoi se préoccuper des ITSS et les surveiller ?

Les principaux objectifs des interventions de santé publique pour les ITSS sont d'éviter leurs conséquences sur la santé et prévenir la transmission.

Des traitements efficaces sont disponibles et permettent la guérison ou le contrôle des infections. Des vaccins préventifs sont disponibles pour l'hépatite B et le virus du papillome humain (VPH)⁵. Les interventions de prévention primaires, secondaires et tertiaires disponibles sont nombreuses et diversifiées.

⁵ Le VPH n'est pas une MADDO et n'est pas inclus dans ce rapport.

Les complications médicales des ITSS sont bien connues. En voici quelques-unes⁶ :

- L'infection à *C. trachomatis* et l'infection gonococcique peuvent causer, entre autres, l'infertilité tubaire, des grossesses ectopiques, et des douleurs pelviennes chroniques.
 - *C. trachomatis* de génotype LGV peut causer des abcès et fistules anales, l'obstruction des vaisseaux lymphatiques, le gonflement et la déformation des organes génitaux.
- La syphilis peut causer des complications neurologiques, cardiovasculaires, oculaires et la mort.
- Les hépatites B et C peuvent devenir chroniques, causer la cirrhose, le cancer du foie et le décès.
- Le VIH peut causer le sida et la mort, s'il n'est pas pris en charge ou trop tardivement.
- Les ITSS peuvent être transmises au fœtus ou au nouveau-né. *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* peuvent causer notamment des infections aux yeux et des pneumonies. La syphilis congénitale peut être très grave et atteindre plusieurs organes : dents, yeux (kératite, chorioretinite), oreilles (surdité), système nerveux central (retard mental, épilepsie, paralysie des nerfs crâniens, parésies), visage, os et articulations (malformations). La syphilis congénitale peut aussi être la cause de mortinaissances. Les virus de l'hépatite B et C peuvent être transmis pendant la grossesse ou lors de l'accouchement.

Les complications médicales des ITSS peuvent être évitées. Les ITSS sont souvent asymptomatiques. Le recours régulier au dépistage pour les personnes sexuellement actives ainsi que l'accès aux soins en présence de symptômes ou à la suite d'une notification par un(e) partenaire sexuel(le) sont quelques-unes des interventions essentielles afin d'éviter les conséquences sur la santé et contrôler la transmission.

Populations particulièrement touchées par les ITSS

Certains groupes de la population sont plus touchés que d'autres par une ou plusieurs ITSS. Plusieurs publications d'intérêt sur ces groupes peuvent être trouvées aux liens suivants :

- les jeunes âgés de 15 à 24 ans - <https://www.inspq.qc.ca/publications/2307>
- les jeunes en difficulté (par exemple, les jeunes de la rue) - <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/Montreal/9782896732616.pdf>
- les hommes gais et autres HARSAH - <https://www.engage-men.ca/fr/montreal/>
- les personnes qui utilisent des drogues par injection - <https://www.inspq.qc.ca/publications/3362>
- les personnes incarcérées - <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/vih-et-vhc-chez-les-personnes-incarcerees>

⁶ Holmes KK, Sparling FP, Stamm WE, Piot P, Wasserheit JN, Corey L, Cohen MS and Watts HD. Sexually Transmitted Diseases. 4th edition. 2007. The McGraw-Hill Companies: New York. ISBN : (Hardcover) 978-0071417488. 2 192 p.

- les Québécois originaires de pays où la prévalence du VIH est particulièrement élevée - https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/itss/surveillance_2e_generation_vih_ss_g-afcar.pdf
- les personnes autochtones
- les travailleurs et travailleuses du sexe.

2 MÉTHODOLOGIE

Les notes méthodologiques s'appliquent aux cas d'ITSS à déclaration obligatoire. 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 MADO

Les données présentées ici se rapportent aux cas d'ITSS qui ont été détectés et déclarés. Ils doivent donc nécessairement avoir été en lien avec les services de santé. 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. De façon générale, la justesse de la déclaration des cas par rapport à la fréquence réelle de l'infection dans la population est influencée par les facteurs suivants :

- L'accessibilité culturelle (difficultés en lien avec la langue, les croyances ou le stigma, par exemple), 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 nosologiques⁷ utilisés pour reconnaître un cas à des fins de surveillance épidémiologique;
- Les ressources humaines affectées aux enquêtes et à la classification des cas déclarés selon les critères nosologiques en vigueur.

Par exemple, étant donné que les femmes ont plus régulièrement des contacts avec le système de santé en général, les occasions de dépistages se révèlent plus nombreuses chez elles, et de ce fait, la proportion de cas féminins déclarés est plus élevée que celle des cas masculins, en particulier pour certaines infections qui sont souvent asymptomatiques (*C. trachomatis*, par exemple).

⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019) Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec - Définitions nosologiques - Maladies d'origine infectieuse - 12e édition - Mise à jour juillet 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>

2.1.1 Cas anciens ou nouveaux

Par convention, les infections sont consignées dans le Système d'information - Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI) selon la période à laquelle elles ont été déclarées la première fois; mais elles ont pu être contractées avant cette période. 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.

2.1.2 Extraction des données 1990-2022

Pour les années CDC (*Centers for Disease Control and prevention*) 1990 à 2014 (du 1^{er} janvier 1990 au 3 janvier 2015), 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 fichier des MADO à l'Infocentre le 15 juillet 2020. Pour les années CDC 2015 à 2020, l'extraction a été effectuée le 15 septembre 2023 au Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI). Pour les années CDC 2021 et 2022, l'extraction a été effectuée le 28 mars 2024.

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

Afin de permettre une comparaison valide des données annuelles, la moyenne du nombre de cas des semaines CDC 52 et 53 est ajoutée au nombre de cas des 51 premières semaines de l'année lors des années CDC de 53 semaines (1992, 1997, 2003, 2008, 2014, 2020). Une exception est faite pour les données portant sur les sites anatomiques d'infection, le nombre total de cas des 53 semaines CDC est alors présenté. Pour les années CDC de 52 semaines, le nombre total de cas déclarés est présenté.

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

2.1.3 Projections 2023

Les projections pour l'année 2023 reposent sur le nombre de cas survenus au cours des 222 premiers jours de l'année CDC, soit entre le 1^{er} janvier 2023 et le 12 août 2023, période qui correspond aux huit premières périodes définies par les Centers for Disease Control and Prevention états-uniens pour l'année 2023 (une année comptant treize périodes de quatre semaines chacune). Les données relatives à ces cas ont été extraites du SI-GMI le 28 mars 2024. Les projections doivent être interprétées avec prudence, en particulier si le rythme de détection des cas change en cours d'année.

2.1.4 Calcul des taux et variables de croisement

Les données relatives à l'âge, au sexe, à la région de résidence et à la date d'épisode sont extraites du Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI).

Dénominateur

Les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux sont ceux de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), Série 2023 des estimations de population (1996-2022 : série produite en janvier 2023) et Série 2023 des projections de population (2023-2041 : série produite en juillet 2023), dernière modification effectuée le 23 août 2023⁸.

Tous les taux sont calculés pour 100 000 personnes-années, sauf indication contraire. Concernant les séries temporelles descriptives présentées selon le mois, les taux sont présentés pour 100 000 personnes pour un mois. 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, doivent être interprétés avec prudence.

Numérateur

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

Chaque infection déclarée répondant aux critères des définitions nosologiques compte pour un cas. Toutefois, pour certaines ITS (par exemple l'infection à *C. trachomatis*^{9,10} et l'infection gonococcique), il n'est pas exceptionnel qu'une personne soit infectée plus d'une fois au cours d'une même année (réinfection), ainsi le nombre de cas déclarés dans une année ne correspond pas nécessairement au nombre de personnes infectées.

Régions sociosanitaires, sexe et genre

Les cas sont déclarés selon la région sociosanitaire de résidence. Si l'information nécessaire pour identifier la région de résidence d'un cas n'est pas disponible, le cas sera classé dans la région où il a été détecté. Le nombre de cas peut donc être surestimé ou sous-estimé dans certaines régions. Montréal enregistre ainsi un nombre relativement élevé de cas dont la région de résidence est inconnue, en particulier pour certaines infections comme l'hépatite C.

⁸ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001617/>

⁹ 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.

¹⁰ Hosenfeld, C.B., Workowski, K.A., Berman, S., et collab. (2009) Repeat infection with Chlamydia and gonorrhea among females: a systematic review of the literature. Sexually transmitted diseases, 36(8), 478-489.

Sexe et genre^{11,12} : Le **sexe** est lié principalement à des caractéristiques physiques et physiologiques, par exemple les chromosomes, l'expression génique, les niveaux d'hormones et l'anatomie reproductive ou sexuelle. Le sexe est généralement défini simplement comme « féminin » ou « masculin »; toutefois, il existe des variations dans les caractéristiques biologiques. Souvent, les personnes qui présentent ces variations sont considérées comme des personnes intersexuées ou s'identifient ainsi. Si le sexe renvoie à l'ensemble des caractéristiques anatomiques et physiologiques, le **genre** renvoie quant à lui à la construction sociale de l'identité et sort des limites de la conception binaire selon laquelle il n'existerait que deux genres (homme, femme) et selon laquelle le sexe assigné à la naissance correspondrait à l'identité de genre.

Dans le SI-GMI, les ITSS sont le plus souvent déclarées par l'intermédiaire d'un formulaire de résultat de laboratoire où les catégories pour la variable « sexe » sont les suivantes : « hommes, femmes, hommes transsexuels, femmes transsexuelles et sexe inconnu ». Le classement du cas est effectué le plus souvent grâce aux informations mentionnées sur la carte d'assurance maladie. Avant 2020, le guide méthodologique mentionnait, pour les « personnes transsexuelles », « ayant complété un traitement hormonal et une chirurgie de redéfinition de sexe ». Les personnes trans n'ayant pas complété de transition médicalisée (traitements hormonaux et chirurgicaux) ou pour lesquelles les informations ne sont pas disponibles peuvent également être classées sur la base de leur prénom, en fonction des informations disponibles.

Les catégories disponibles dans les données reflètent donc probablement le marqueur de genre légal des cas¹³. Il ne s'agit ni d'une mesure précise du sexe assigné à la naissance ni de l'identité de genre, puisque de nombreuses personnes trans et non binaires ont un marqueur de genre légal qui ne reflète pas nécessairement leur identité de genre. Le changement de mention de genre sur la carte d'assurance maladie est possible depuis 2015 au Québec et, malgré le changement récent de législation, aucun marqueur de genre neutre n'était disponible en date de cette analyse. Nous ne sommes donc pas en mesure d'identifier les personnes trans et non binaires qui sont mal classées dans nos données sources. L'ampleur et la direction de cette classification erronée sont également inconnues.

Site anatomique de l'infection¹⁴

Les données relatives au site de l'infection pour *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* 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

¹¹ Instituts de recherche en santé du Canada. (2014, janvier 10). Qu'est-ce que le genre ? Qu'est-ce que le sexe? <https://cihr-irsc.gc.ca/f/48642.html>

¹² Comité interministériel de terminologie sur l'équité, la diversité et l'inclusion. (2022). Guide de la terminologie liée à l'équité, la diversité et l'inclusion—Lexiques et vocabulaires—TERMIUM Plus®—Ressources du Portail linguistique du Canada. Services publics et Approvisionnement Canada. <https://www.noslangues-ourlangues.gc.ca/fr/publications/equite-diversite-inclusion-equity-diversity-inclusion-fra>

¹³ Tordoff D. et al. (2022) Sex Transm Dis. 49(2):e45-e49. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34407018/>

¹⁴ Dans le SI-GMI, site de la maladie.

santé publique régionales. Par ailleurs, des erreurs de saisie surviennent, comme dans toute banque de données. Par exemple, en 2019, on retrouve 27 cas masculins d'infection à *C. trachomatis* et neuf cas masculins d'infection gonococcique pour lesquels le site de détection inscrit dans le fichier MADDO est le col utérin¹⁵. La standardisation de la saisie de cette variable est souhaitable.

Exceptionnellement, les résultats sur les sites anatomiques d'infection n'ont pas été mis à jour dans cette édition en raison de contraintes technologiques encore présentes au moment de la publication.

2.2 Résultats des vigies intensifiées effectuées à l'échelle provinciale

Au niveau régional et local, des enquêtes épidémiologiques peuvent être réalisées pour certaines situations prioritaires, comme décrites dans le guide d'intervention sur les ITS à déclaration obligatoire¹⁶.

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.

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.

2.3 Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des ITSS

Les renseignements sur les modalités d'application du programme sont disponibles sur le site de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ)¹⁷. Les données 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.

Les résultats descriptifs suivants sont présentés sous forme de tableaux pour les années 2018 à 2022 :

- Nombre et caractéristiques des personnes et des médicaments prescrits; caractéristiques des prescripteurs;

¹⁵ Prémunant qu'il ne s'agit pas d'erreurs de classification du sexe (voir aussi la section 2.6).

¹⁶ 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.

¹⁷ <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/professionnels/Pages/liste-medicaments.aspx> (Annexe H).

- Type de récipiendaire des médicaments, c'est-à-dire une personne atteinte (code K), un cas contact (code L) ou le traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée (code M)¹⁸; le code M a été introduit en fin d'année 2019.

La définition d'« ordonnance » représente l'ensemble des médicaments prescrits à une même date de service à une même personne. Certaines combinaisons de médicaments d'intérêt pour la santé publique sont présentées. La dose totale du médicament prescrit a été calculée en multipliant le dosage du médicament (ex. : nombre de milligrammes par comprimé) par la quantité remise (ex. : nombre de comprimés).

Une ordonnance répétée¹⁹ 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 même 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 aux antibiotiques, ajustement du traitement d'une infection à *C. trachomatis* à la suite de l'identification d'un génotype causant la LGV).

2.4 Tests de détection des ITSS

Les volumes de tests de détection des ITSS effectués dans le réseau public ont été fournis par la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab (extraites le 6 novembre 2023 pour *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*, et obtenues le 18 mars 2024 pour le VIH).

La période couverte pour chacune des années réfère à l'année financière soit du 1^{er} avril au 31 mars, sauf si autre mention. Les résultats se rapportent au volume total de tests effectués. Aucune information sociodémographique n'est disponible. Le nombre ne correspond pas au nombre de cas déclarés car plusieurs tests peuvent avoir été effectués à une même date pour une même personne. Les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) utilisés au Québec sont majoritairement un test duplex détectant à la fois *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*. Pour le VIH, le nombre de tests de détection exclut les tests de confirmation au LSPQ.

¹⁸ Traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance - <https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/traitement-accelere-des-partenaires-tap-de-personnes-atteintes-d-infection-chlamydia-trachomatis-ou-neisseria-gonorrhoeae>

¹⁹ Une ordonnance remise ultérieurement. Le délai entre deux ordonnances peut être très court.

2.5 Comparaisons provinciales et internationales

Quelques provinces et pays ayant des situations socioéconomiques relativement similaires au Québec ont été identifiés (Annexe 5). Les sites web des organismes de santé publique de ces pays ou provinces ont été consultés afin d'identifier les plus récents rapports de surveillance des ITSS. La consultation des sites web a été complétée par une recherche sur Pubmed et Google avec les mots-clés « sexually transmitted infection, surveillance et report ». Des tableaux supplémentaires de données longitudinales provinciales ont été demandés à la Section de surveillance du VIH et des maladies à déclaration obligatoire et à la Section des ITS et des hépatites de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

En plus des mises en garde habituelles associées aux données de surveillance passive (voir la section 2.1), la prudence est particulièrement de mise lors de la comparaison des taux entre différentes provinces et pays. Les différences entre les définitions nosologiques sont très fréquentes, particulièrement dans le cas de la syphilis et des hépatites. Les comparaisons présentées dans ce chapitre ne tiennent pas compte de ces différences et doivent donc être interprétées en tenant compte de ces particularités. Les notes de bas de figures et tableaux mentionnent quelques-unes des différences les plus importantes.

3 INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Après une vingtaine d'années de hausse constante, l'incidence de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a chuté de 16 % entre 2019 et 2021. Elle a ensuite crû de 11 % entre 2021 et 2022. Cette évolution est relativement similaire pour les cas masculins et féminins.

3.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2022

- L'infection à *C. trachomatis* demeure, et de loin, la plus fréquente des ITSS à déclaration obligatoire, avec 25 339 cas déclarés en 2022 et un taux global de 291 cas pour 100 000 personnes (taux de 241 pour 100 000 chez les hommes et de 339 pour 100 000 chez les femmes). Les cas féminins représentent 58 % des cas.
- En 2022, 12 cas ont été déclarés chez des nourrissons âgés de moins d'un an (taux de 14 cas pour 100 000).
- Les cas chez des jeunes âgés de 15 à 24 ans forment 52 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 1 438 pour 100 000), 40 % des cas masculins (taux de 874 pour 100 000) et 62 % des cas féminins (taux de 2 021 pour 100 000). Le taux d'incidence dans ce groupe d'âge est 10 fois plus élevé que celui observé dans l'ensemble des autres groupes d'âge (155 pour 100 000).
- Les personnes âgées de 50 à 64 ans représentent 3,0 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 44 pour 100 000), 5,8 % des cas masculins (taux de 68 pour 100 000) et 1,0 % des cas féminins (taux de 18 pour 100 000).
- Cette infection est très répandue dans tout le Québec. Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James ont nettement les taux les plus élevés (respectivement de quinze et quatre fois supérieurs à celui de l'ensemble de la province), puis suivent les régions de Montréal (taux de 388 pour 100 000, de la Capitale-Nationale (296), des Laurentides (289) et de Lanaudière (283). Toutes les autres régions ont un taux inférieur à celui de la province. Les taux les moins élevés (moins de 180 pour 100 000) s'observent en Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, au Bas-Saint-Laurent, en Chaudière-Appalaches, en Côte-Nord et dans le Nord du Québec (annexe 3).
- Le taux d'incidence des cas déclarés chez les cas masculins est deux fois plus élevé dans la région de Montréal que dans le reste de la province (415 vs 188 cas pour 100 000), alors que chez les cas féminins, il est relativement similaire (353 vs 334 cas pour 100 000).

3.2 Tendances temporelles

- Le taux global d'incidence des cas déclarés d'infection à *C. trachomatis* est passé de 300 à 336 pour 100 000 entre 2015 et 2019, une croissance de 12 % (de 22 % chez les hommes et de 6,2 % chez les femmes) s'inscrivant dans un cycle de hausse ininterrompue depuis de nombreuses années. Toutefois, il a diminué à 262 pour 100 000 entre 2019 et 2021 (- 22 %)

pour grimper ensuite à 291 pour 100 000 en 2022 (+ 11 % par rapport au taux de l'année 2021), se rapprochant ainsi du taux de 2019.

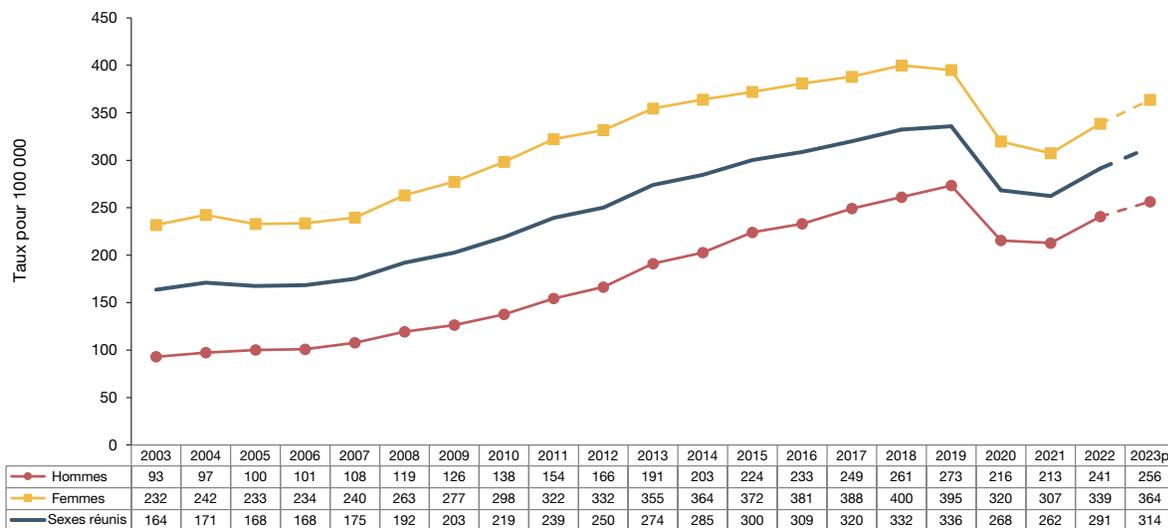
- L'ampleur de ce rebond du taux entre 2021 et 2022 est relativement similaire selon le sexe et les groupes d'âge. Il est plus élevé dans les régions de Laval (+ 22 %) et Montréal (+ 20 %).
- Selon les projections disponibles, le taux global augmentera à 314 pour 100 000 en 2023 (+ 9,6 % par rapport au taux de l'année 2022).
- Depuis 2020, un nombre légèrement plus élevé de cas chez les moins d'un an est observé comparativement aux 5 années précédentes (2015-2019). Selon les projections, 7 cas seraient déclarés en 2023.

L'annexe 5 permet de comparer les taux de cas déclarés de *C. trachomatis* au Québec avec ceux de plusieurs provinces canadiennes et de différents pays pour les années 2018 à 2022.

3.3 Sites anatomiques

- Les données relatives au site anatomique de l'infection à *C. trachomatis* n'étaient pas disponibles pour les années 2020 à 2022 lors de l'extraction effectuée pour le présent Portrait des ITSS.
- En 2019, les infections uniquement à un site extragénital (anus-rectum ou pharynx) comptaient pour 21 % des cas déclarés d'infection à *C. trachomatis* chez les hommes et pour 3,6 % chez les femmes.

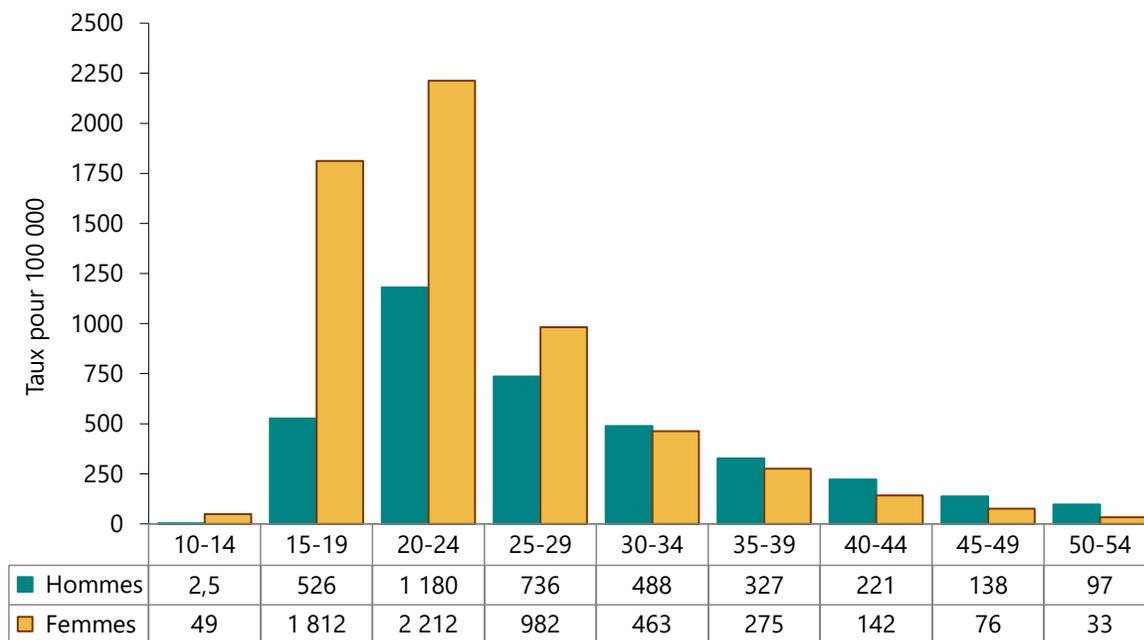
Figure 1 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

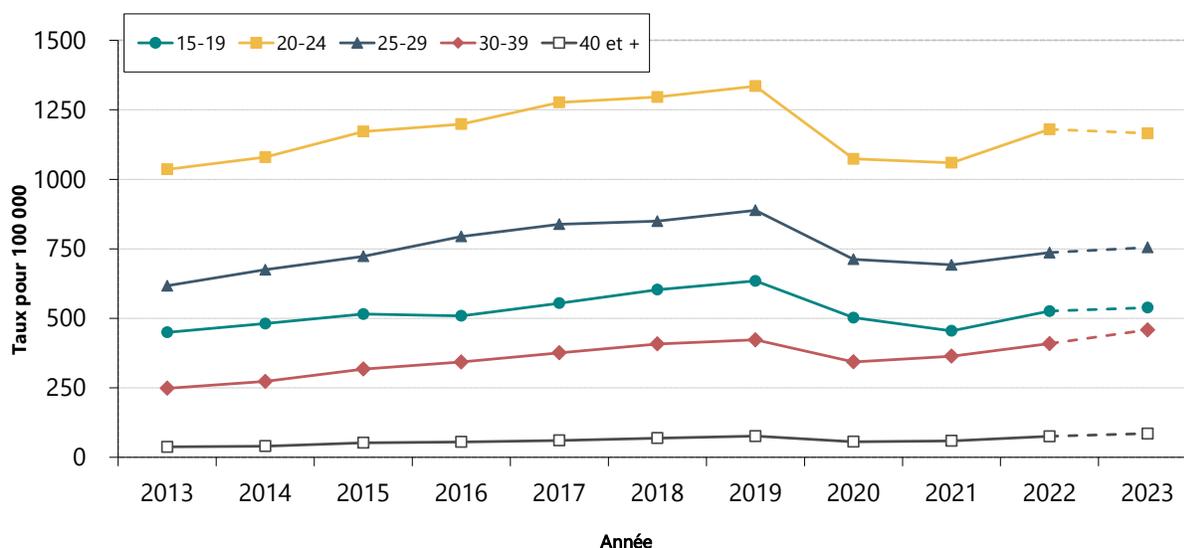
Figure 2 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2022



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), extraites à l'infocentre.

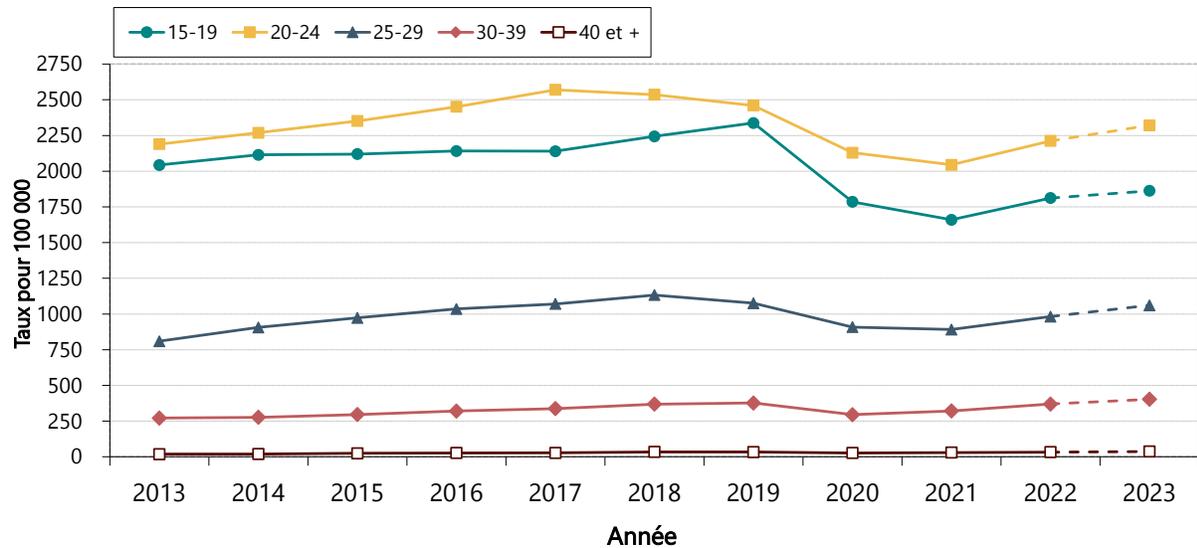
Figure 3 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2013 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 4 Infection à *Chlamydia trachomatis* : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, 2013 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

3.4 Discussion

- La croissance soutenue de l'incidence des cas déclarés au cours des dernières années a brusquement ralenti durant la période de la pandémie de COVID-19 (2020 et 2021). Une reprise amorcée en 2022 semble se confirmer en 2023 selon les projections disponibles.
- Plusieurs facteurs peuvent influencer l'évolution des taux d'incidence de cas déclarés, notamment, l'accessibilité et l'utilisation des tests de détection des cas. Le nombre de cas déclarés d'infection à *C. trachomatis* entre 2015-2019 a crû parallèlement à l'augmentation du nombre de tests de détection effectués au Québec et a diminué durant la pandémie de COVID-19 alors que le nombre de tests fléchissait (figure 30, annexe 1).
- L'Annexe 5 permet de comparer les taux de cas déclarés de *C. trachomatis* au Québec avec ceux de plusieurs provinces canadiennes et de différents pays pour les années 2018 à 2022.

4 INFECTION GONOCOCCIQUE

Après une vingtaine d'années de hausse constante, l'incidence de cas déclarés d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* a chuté de 13 % entre 2019 et 2021. Elle a ensuite crû de 21 % entre 2021 et 2022. Aucune souche non sensible aux céphalosporines de 3^e génération (ceftriaxone, céfixime) n'a été identifiée en 2021 ni en 2022.

4.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2022

- En 2022, 8 112 cas d'infection à *N. gonorrhoeae* ont été déclarés pour un taux global de 93 cas pour 100 000 personnes (taux de 141 pour 100 000 chez les hommes et de 44 pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentaient 75 % des cas. Le rapport hommes/femmes était de 3,2 pour 1.
- En 2022, 2 cas ont été déclarés chez des nourrissons âgés de moins d'un an (taux de 2,0 cas pour 100 000).
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 25 % de l'ensemble des cas (18 % des cas masculins et 46 % des cas féminins). Chez ces jeunes, le rapport hommes/femmes était de 1,2 pour 1.
- Parmi les cas masculins, les hommes de 25 à 29 ans avaient le taux d'incidence le plus élevé (451 pour 100 000). Parmi les cas féminins, les femmes âgées de 20 à 24 ans avaient le taux d'incidence le plus élevé (246 pour 100 000).
- Les personnes âgées de 50 à 64 ans représentaient 8,9 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 41 pour 100 000), 11 % des cas masculins (taux de 77 pour 100 000) et 2,3 % des cas féminins (taux de 5,1 pour 100 000).
- Les taux d'incidence des cas déclarés dans la région du Nunavik (1 767 pour 100 000) et dans la région de Montréal (223 pour 100 000) étaient respectivement 20 fois et 2,4 fois plus élevés que celui de l'ensemble du Québec (annexe 3). Toutes les autres régions avaient un taux inférieur à celui de la province. Les taux les plus faibles, moins de 25 cas pour 100 000, étaient enregistrés dans les régions du Bas-Saint-Laurent, du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nord du Québec, des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine.
- Chez les hommes, le taux de cas déclarés dans la région de Montréal (377 pour 100 000) est 5,5 fois plus élevé que celui enregistré dans le reste de la province (69 pour 100 000).

4.2 Tendances temporelles

- Le taux global d'incidence des cas déclarés d'infection à *N. gonorrhoeae* est passé de 48 à 88 pour 100 000 entre 2015 et 2019, une croissance globale de 84 % (de 90 % chez les hommes et de 69 % chez les femmes) s'inscrivant dans un cycle de hausse ininterrompue depuis de nombreuses années. Toutefois, il a diminué à 76 pour 100 000 entre 2019 et 2021 (- 13 %) pour grimper ensuite à 93 pour 100 000 en 2022 (+ 22 % par rapport au taux de 2021) et revenir ainsi au taux de 2019.

- L'ampleur de ce rebond du taux entre 2021 et 2022 est légèrement plus élevée chez les femmes (+ 28 %) que chez les hommes (+ 20 %). Le rebond est manifeste dans la plupart des régions.
- Selon les projections, le taux global augmenterait à 107 pour 100 000 en 2023 (+ 15 % par rapport à celui de l'année 2022).

4.3 Sites anatomiques

- Les données relatives aux sites anatomiques d'un grand nombre d'épisodes d'infection gonococcique n'étaient pas disponibles pour les années 2020 à 2022 lors de l'extraction effectuée pour le présent Portrait des ITSS.
- En 2019, les infections uniquement à un site extragénital (rectum ou pharynx) comptaient pour 59 % des infections gonococciques chez les hommes et 17 % chez les femmes.

4.4 Résistance aux antibiotiques

La surveillance de la résistance aux antibiotiques est assurée par le LSPQ, où les analyses de sensibilité sur les souches de *Neisseria gonorrhoeae* sont effectuées à partir des souches acheminées par l'ensemble des laboratoires du Québec. Les souches de *N. gonorrhoeae* reçues en 2022 ont été analysées afin de déterminer leur sensibilité à cinq antibiotiques : azithromycine, ciprofloxacine, céfixime, ceftriaxone et gentamicine) par la méthode de dilution en gélose selon les standards du Clinical and Laboratory Standards Institute. Les faits saillants du programme de surveillance pour l'année 2022 sont les suivants²⁰ :

- La proportion du nombre de cas détectés uniquement par test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) est stable depuis 2016 (il se situe entre 74 et 79 %; il était de 78 % en 2022. Après une baisse en 2020 et 2021, le nombre de souches reçues au LSPQ en 2022 (n = 1 954) est comparable à celui observé en 2019, avant la pandémie de COVID-19.
- En 2022, le taux de positivité par culture (7,2 %) était plus élevé qu'au cours des années antérieures, alors que celui par TAAN (1,2 %) était relativement stable.
- Le pourcentage de résistance à l'azithromycine (≥ 2 mg/L) a atteint un sommet en 2022 avec 44 %; celui des quatre dernières années fluctuait entre 24 % et 39 %.
- En 2022, la résistance à la ciprofloxacine était à 50 %, tout comme en 2021. Elle a varié entre 67 % et 74 % au cours des années 2017-2020.

²⁰ Lefebvre B, Labbé A-C. Sommaire des résultats d'antibiorésistance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* au Québec en 2022. Institut national de santé publique du Québec. Octobre 2023. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3397>

- Alors que trois souches non sensibles à la céfixime ont été identifiées en 2017, dont une qui était également non sensible à la ceftriaxone²¹, aucune souche non sensible aux céphalosporines de 3e génération n'a été identifiée en 2021 ni en 2022.
- L'augmentation observée en 2014-2015 de la proportion de souches présentant une sensibilité réduite (SR) à la ceftriaxone n'a pas été soutenue pendant les années subséquentes. En 2020, on a observé une hausse de SR à la céfixime avec 28 souches (2,4 %) présentant une CMI de 0,25 mg/L (OMS, 2012). En 2022, seulement 5 souches présentaient une SR à la céfixime (0,3 %) et deux autres souches une SR à la ceftriaxone (0,1 %).

Un réseau sentinelle de surveillance de l'infection gonococcique était en place dans trois régions entre 2015 et mars 2020 afin notamment de compléter la vigie des échecs de traitement. Des concentrations minimales inhibitrices élevées pour la céfixime ($\geq 0,06$ mg/L) et la ceftriaxone ($\geq 0,03$ mg/L) se sont révélées de 1,6 à 2,1 fois plus fréquentes chez les personnes rapportant 5 partenaires sexuels ou plus (vs 0 à 4 partenaires), après ajustement pour les autres facteurs mesurés tels que l'âge, la région de résidence, l'indice de défavorisation matérielle, les relations avec des partenaires sexuels résidant à l'extérieur du Québec et les antécédents d'ITSS. Il est fréquent d'observer l'émergence de multirésistance et d'échecs de traitements dans des réseaux sexuels avec une transmission rapide de l'infection^{22,23}. Le dernier rapport du réseau sentinelle présente également une analyse descriptive détaillée des échecs de traitements détectés entre 2015 et 2019²³.

²¹ Lefebvre B, Martin I, Demczuk W, et al. Ceftriaxone-Resistant *Neisseria gonorrhoeae*, Canada, 2017. *Emerg Infect Dis.* 2018;24(2):381-3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29131780>

²² Blouin K, Lefebvre B, Trudelle A et al. Correlates of *Neisseria gonorrhoeae* antimicrobial resistance: cross-sectional results from an open cohort sentinel surveillance network in Quebec, Canada, 2016-2019. *BMJ Open* 2023; 13: e073849.

²³ Blouin K, Trudelle A, Defay F, et al. Réseau sentinelle de surveillance de l'infection gonococcique, de l'antibiorésistance et des échecs de traitement au Québec : Résultats du 1er septembre 2015 au 31 décembre 2019. Institut national de santé publique du Québec, 2023. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3330>

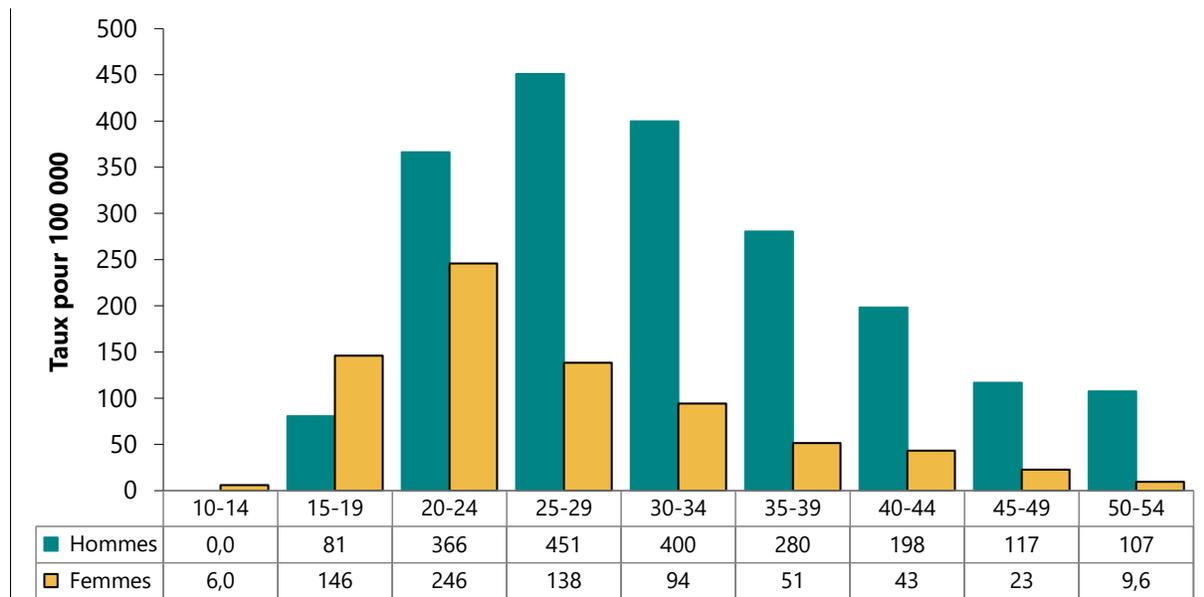
Figure 5 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

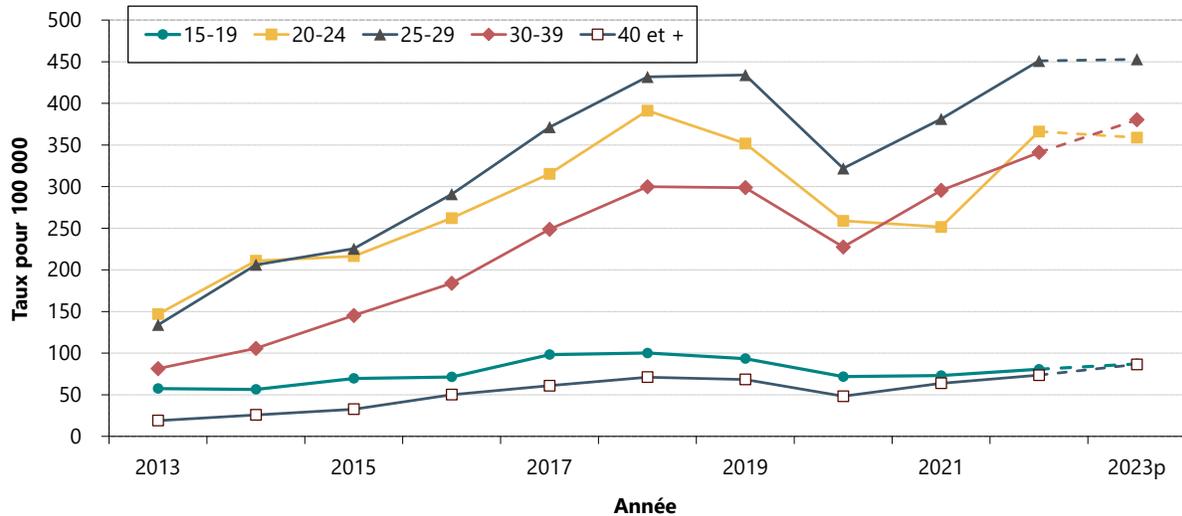
Figure 6 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2022



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

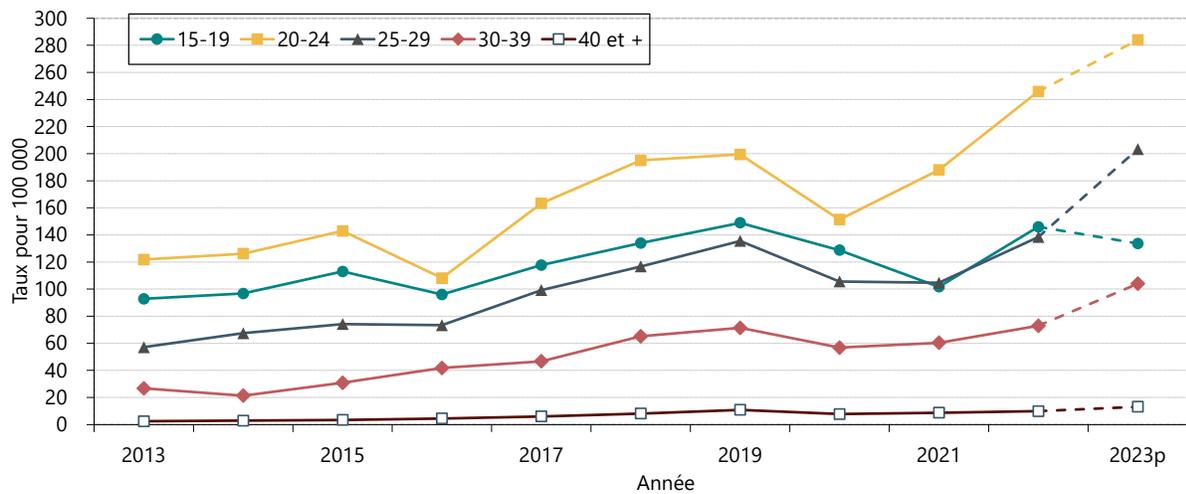
Figure 7 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2013 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 8 Infection gonococcique : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes, Québec, de 2013 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

4.5 Discussion

L'infection à *N. gonorrhoeae* est très fréquente. La croissance soutenue de l'incidence des cas déclarés au cours des dernières années a brusquement ralenti durant la période de la pandémie de COVID-19 (2020 et 2021). Une reprise amorcée en 2022 se confirme en 2023. Les taux de cas déclarés en 2022 et de cas projetés pour 2023 sont les plus élevés jamais observés au Québec. De plus, pour l'année 2023, le nombre de cas enregistrés en date du 29 mars 2024 était plus élevé que le nombre de cas projetés à partir des 32 premières semaines CDC de l'année 2023 (9 894 vs 9 432 cas), ce qui suggère une accélération du nombre de cas déclarés au cours des derniers mois de l'année 2023.

Plusieurs facteurs peuvent influencer l'évolution à la baisse ou à la hausse des taux d'incidence de cas déclarés d'infection gonococcique, notamment, l'accessibilité et l'utilisation des tests de détection des cas. Le nombre de cas de *N. gonorrhoeae* déclarés entre 2015-2019 a crû parallèlement à l'augmentation du nombre de tests de détection effectués au Québec et a diminué durant la pandémie alors que le nombre de tests fléchissait (figure 30, annexe 1). La possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales pourrait également expliquer une partie importante de l'augmentation des cas déclarés chez les hommes de même que, mais dans une moindre mesure, chez les femmes.

Il demeure important de maintenir une capacité de surveiller la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement ainsi que les impacts de cette résistance tel que la survenue d'échecs thérapeutiques. Les recommandations de traitement ont été modifiées de façon régulière, notamment en 2018 et en 2020, en réponse à une hausse importante de résistance à l'azithromycine au Québec²⁴. Une fréquence très alarmante de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la ceftriaxone a été rapportée récemment par certains pays d'Asie^{25,26} les prévalences mesurées se situaient entre 8 et 15 %.

²⁴ https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf

²⁵ Zhu X, Xi Y, Gong X, Chen S. Ceftriaxone-Resistant Gonorrhea - China, 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024 Mar 28;73(12):255-259. doi: 10.15585/mmwr.mm7312a2. PMID : 38 547 027; PMCID : PMC10986818.

²⁶ Ouk V, Heng LS, Virak M, Deng S, Lahra MM, Frankson R, Kreisel K, McDonald R, Escher M, Unemo M, Wi T, Maatouk I; EGASP Cambodia Working Group. High prevalence of ceftriaxone-resistant and XDR *Neisseria gonorrhoeae* in several cities of Cambodia, 2022-23: WHO Enhanced Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (EGASP). JAC Antimicrob Resist. 2024 Apr 4;6(2):dlae053. doi : 10.1093/jacamr/dlae053. PMID : 38 577 702; PMCID : PMC10993901.

5 SYPHILIS INFECTIEUSE

Le taux de syphilis en phase infectieuse a augmenté de façon importante au cours des 25 dernières années. La grande majorité des cas touche des hommes, particulièrement des HARSAH. Toutefois, en 2022, le nombre de cas féminins a été environ 7 fois plus élevé que celui observé 10 ans auparavant. La plupart de ces femmes étaient en âge de procréer; 14 cas de syphilis congénitale ont été déclarés en 2022.

5.1 Caractéristiques des cas de syphilis en phase infectieuse déclarés en 2022

- Au total, 1 258 cas de syphilis en phase infectieuse ont été déclarés en 2022. Parmi ceux-ci, 25 % étaient des cas de syphilis primaire, 23 % des cas de syphilis secondaire et 52 % des cas de syphilis latente précoce.
- Le taux global de cas déclarés était de 14 cas pour 100 000 personnes (il était de 24 pour 100 000 chez les hommes et de 4,6 pour 100 000 chez les femmes). Les cas masculins (n = 1 052) comptaient pour 84 % de l'ensemble des cas. Le rapport hommes/femmes était de 5,3 pour 1.
- Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 12 % de l'ensemble des cas (9,2 % des cas masculins et 29 % des cas féminins).
- Les hommes âgés de 30 à 39 ans comptaient pour 32 % des cas masculins et avaient le taux de syphilis infectieuse le plus élevé (58 pour 100 000).
- Parmi les 200 femmes chez qui a été diagnostiquée une syphilis en phase infectieuse en 2022, 94 % étaient en âge de procréer (elles étaient âgées de 15 à 49 ans). Les femmes âgées de 20 à 24 ans avaient le taux d'incidence le plus élevé (17 pour 100 000).
- Les personnes âgées de 50 à 64 ans représentaient 18 % de l'ensemble des cas déclarés (taux de 13 pour 100 000), 21 % des cas masculins (taux de 24 pour 100 000) et 5,0 % des cas féminins (taux de 1,1 pour 100 000).
- La région affichant le plus haut taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse est la région du Nunavik (559 pour 100 000, annexe 3); elle est suivie de la région de Montréal (34 pour 100 000) qui compte pour 55 % des cas déclarés au Québec. On retrouvait au moins un cas de syphilis infectieuse dans chacune des régions du Québec sauf la région Nord-du-Québec. Le taux se situait entre 8,0 et 11 cas pour 100 000 dans les régions de l'Outaouais, Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Les régions suivantes rapportaient les plus hauts taux de syphilis en phase infectieuse chez les femmes : Nunavik (taux de 730 pour 100 000; 52 cas), Lanaudière (7,0 pour 100 000; 19 cas), Montréal (5,6 pour 100 000; 57 cas), Laval (4,4 pour 100 000; 10 cas), Montérégie (3,3 pour 100 000; 24 cas) et Laurentides (3,1 pour 100 000; 10 cas). Ces six régions comptaient 86 % des cas féminins québécois.

5.2 Syphilis congénitale

- Au Québec, 14 cas de syphilis congénitale (tous des cas de syphilis congénitale précoce détectés chez des nourrissons âgés de moins de 2 ans) ont été déclarés en 2022, soit un taux de 0,8 cas pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans et de 17 pour 100 000 naissances vivantes (8,5 pour 100 000 nourrissons âgés de moins de 2 ans).
- Six cas avaient été déclarés en 2021, trois en 2020, deux en 2019, un en 2018, un en 2017 et trois en 2016 pour un total de 30 cas en 7 ans. Le nombre de cas rapportés entre 2016 et 2022 est ainsi six fois plus élevé que celui rapporté au cours des seize années précédentes (total de 5 cas enregistrés entre 2000-2015). Selon les projections disponibles, 12 cas seraient déclarés en 2023.
- La figure 14 illustre la relation temporelle entre la croissance du taux de syphilis en phase infectieuse chez les femmes et le nombre de cas de syphilis congénitale.

5.2.1 Description des contextes des cas de syphilis congénitale²⁷

- Parmi les 30 cas de syphilis congénitale rapportés en 2021, 2022 et 2023²⁸, on retrouve :
 - 12 cas reliés à un contexte d’immigration récente. Les mères étaient arrivées au Canada au 3e trimestre de grossesse et n’avaient pas eu de suivi prénatal avant l’accouchement.
 - 4 cas pour lesquels un dépistage effectué au premier trimestre de la grossesse s’était révélé négatif. L’infection qu’avaient contractée les mères au cours de la grossesse n’avait pas été détectée avant l’accouchement.
 - 1 cas pour lequel un dépistage effectué au premier trimestre s’était révélé positif et qui avait été traité adéquatement. L’infection qu’avait contractée à nouveau (réinfection) la mère au cours de la grossesse n’avait pas été détectée avant l’accouchement.
 - 12 cas attribués soit à l’absence de suivi en début de grossesse soit à un dépistage tardif ou encore à une perte au suivi pour le traitement. Les mères vivaient une situation de grande vulnérabilité psychosociale (*consommation de drogues, travail du sexe ou itinérance*).

Certaines opportunités manquées de prise en charge et de prévention ont été identifiées : bilan prénatal fait à l’intérieur de la période fenêtre; non-répétition du dépistage de la syphilis en présence de facteurs de risque chez la personne enceinte ou son/ses partenaire(s) sexuel(s); syphilis non envisagée et non recherchée malgré la présence de symptômes lors de consultation dans des urgences.

²⁷ Veillette-Bourbeau, Ludivine. La syphilis congénitale au Québec, description des cas 2021, 2022 et 2023. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec. Communication personnelle, mai 2024.

²⁸ Les informations au sujet d’un des cas de 2023 étaient insuffisantes pour qu’il soit classé selon cette catégorisation.

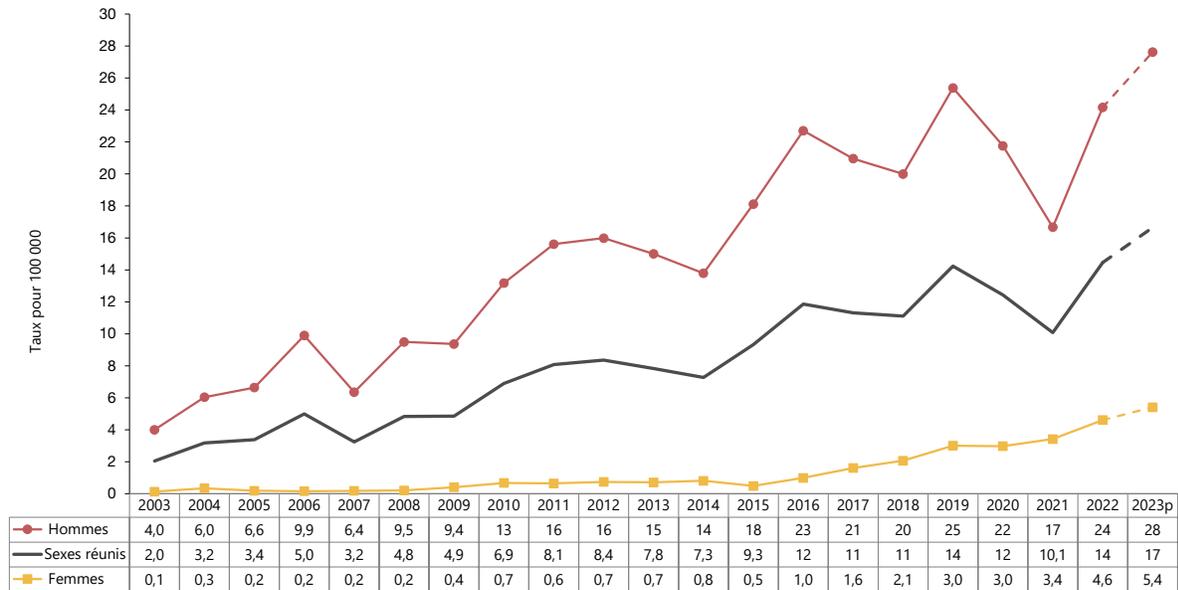
5.3 Tendances temporelles

- Le taux de cas déclarés de syphilis en phase infectieuse n'a cessé d'augmenter depuis le plancher de 1998; il a atteint un pic de 14 cas pour 100 000 en 2019. Après une chute de 28 % entre 2019 et 2021, le taux en 2022 était similaire à celui de 2019 alors que le taux projeté en 2023 (17 pour 100 000) serait 15 % supérieur à celui de 2022.
- Chez les femmes, la croissance a débuté en 2009. Le taux, alors de 0,4 pour 100 000, a atteint 4,6 pour 100 000 en 2022 (croissance de 1 000 %). Au contraire de la situation chez les hommes, le taux n'a pas baissé chez les femmes durant la pandémie de COVID-19. Selon les données disponibles, le taux (projeté) serait de 5,4 pour 100 000 en 2023.
- Le nombre de cas apparaît se stabiliser au Nunavik, mais y demeure élevé tant chez les femmes que chez les hommes.

5.4 Syphilis non infectieuse et sans précision

- Entre 2018 et 2022, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse a augmenté de 34 % alors que parallèlement, le nombre de cas déclarés de syphilis non infectieuse ou de syphilis sans précisions augmentait de 58 % (de 1 060 à 1 673 cas). Plus spécifiquement, le nombre de cas de :
 - syphilis latente tardive augmentait de 75 % (de 590 à 1 032 cas) durant cette période;
 - syphilis tertiaire autre que neurosyphilis fluctuait entre 3 et 6 cas annuellement;
 - neurosyphilis diminuait de 36 % (de 42 à 27 cas);
 - syphilis sans précision augmentait de 44 % (de 421 à 604 cas).

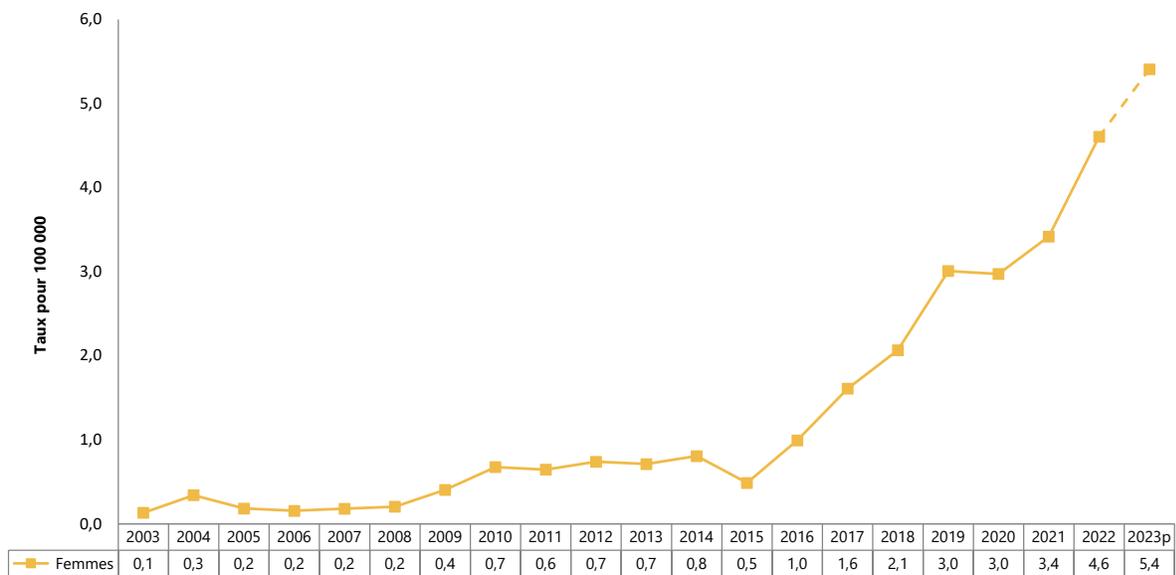
Figure 9 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

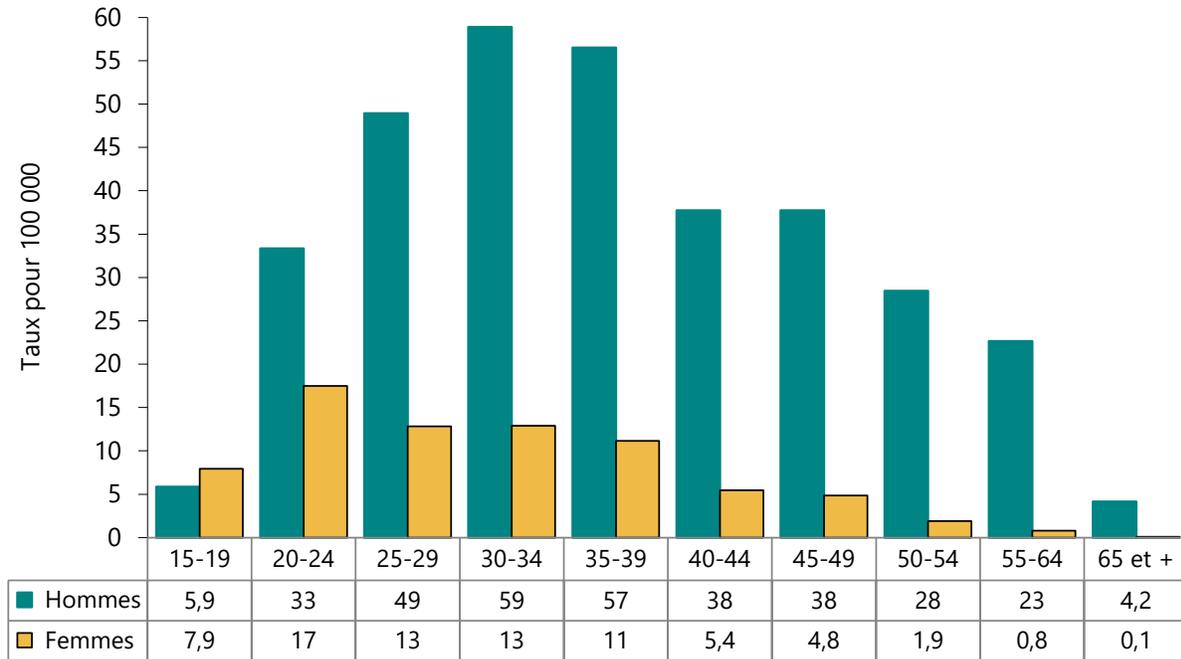
Figure 10 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés chez les femmes, Québec, de 2003 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

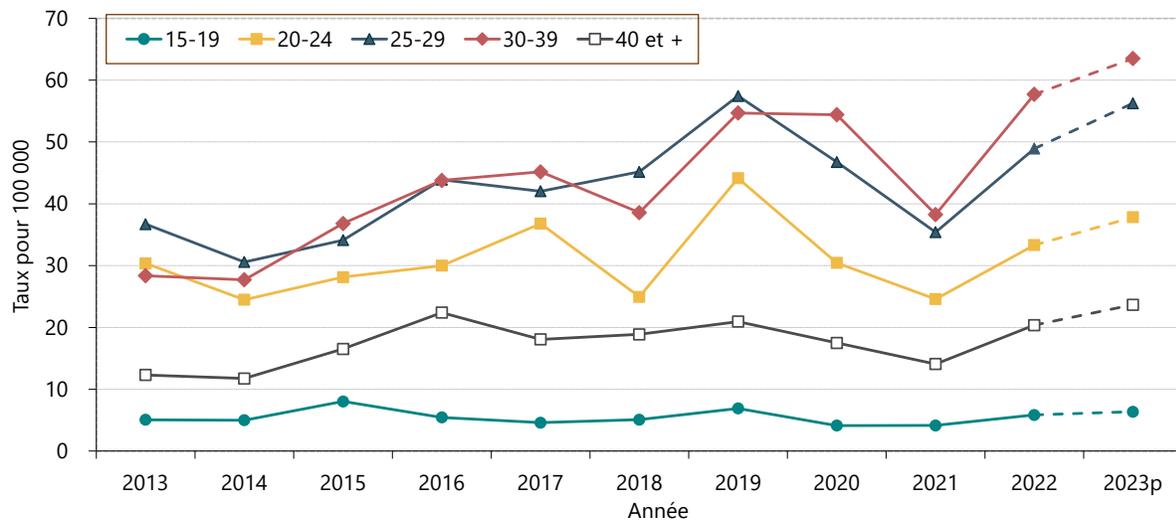
Figure 11 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2022



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

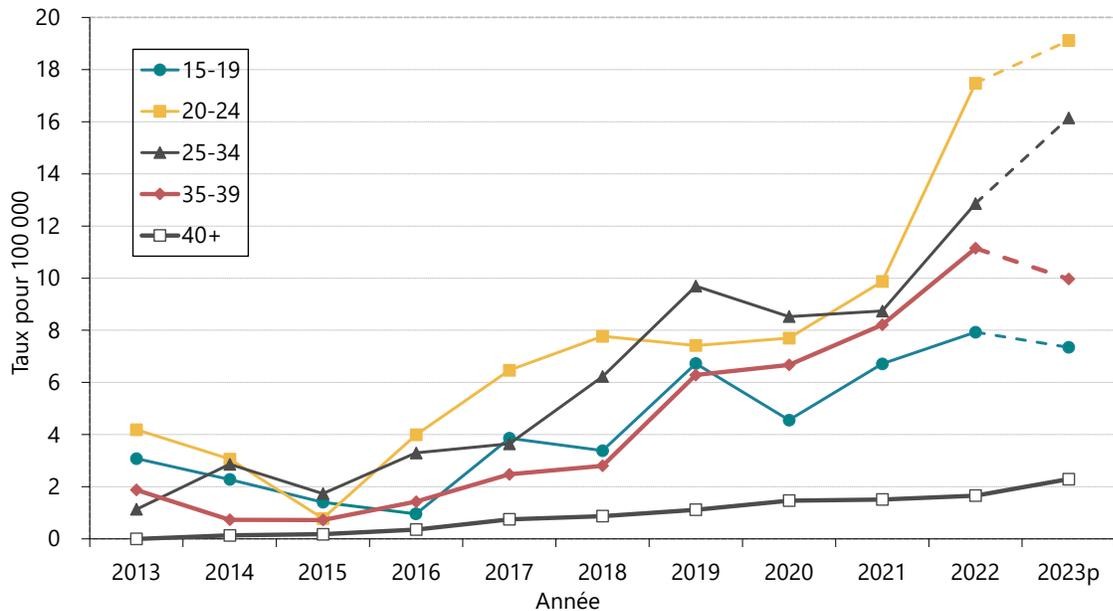
Figure 12 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, hommes, Québec, de 2013 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

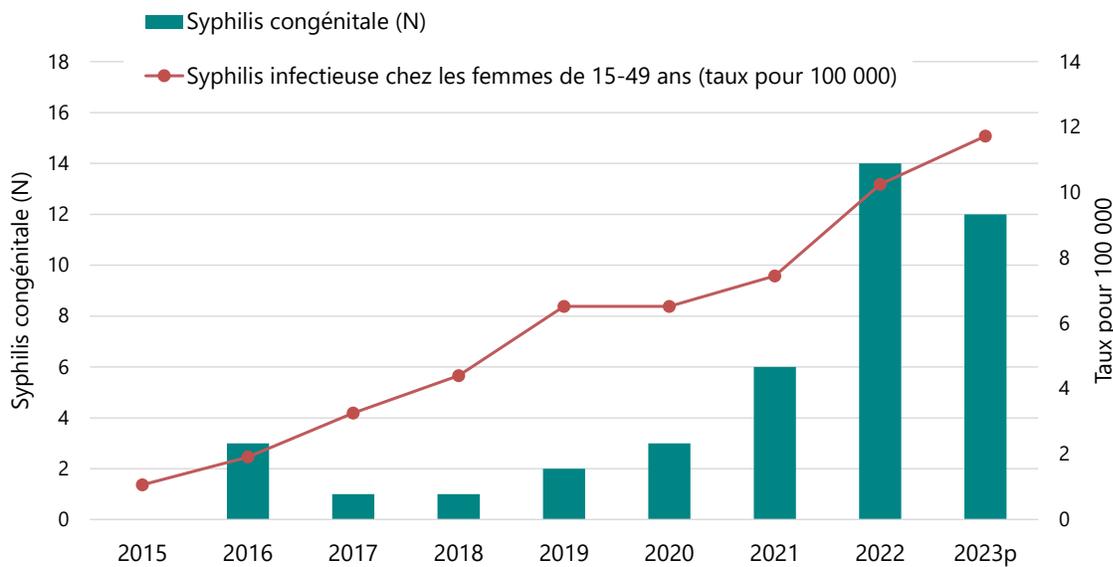
Figure 13 Syphilis infectieuse : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, femmes en âge de procréer, Québec, de 2013 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 14 Taux d'incidence de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes de 15 à 49 ans et nombre de cas de syphilis congénitale, Québec, 2015-2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 3 Syphilis de nature autre qu'infectieuse : nombre de cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Hommes					
Syphilis latente tardive	413	468	306	375	681
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	13 (3 %)	19 (4 %)	20 (7 %)	19 (5 %)	42 (6 %)
Neurosyphilis	38	41	16	15	23
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	4	2	4	4	3
Syphilis sans précisions	341	182	274	194	454
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	21 (6 %)	18 (10 %)	18 (7 %)	6 (3 %)	20 (4 %)
Femmes					
Syphilis latente tardive	172	235	164	141	347
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	3 (2 %)	15 (6 %)	15 (9 %)	9 (6 %)	17 (5 %)
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-49 ans</i>	81 (47 %)	114 (49 %)	90 (55 %)	71 (50 %)	230 (66 %)
Neurosyphilis	4	6	3	3	4
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	2	1	1	2	2
Syphilis sans précisions	74	63	64	75	147
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	3 (4 %)	7 (11 %)	3 (5 %)	7 (9 %)	13 (9 %)
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-49 ans</i>	21 (28 %)	25 (40 %)	27 (42 %)	29 (39 %)	83 (56 %)
Sexes réunis					
Syphilis latente tardive	590	705	475	524	1032
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	16 (3 %)	34 (5 %)	34 (7 %)	29 (6 %)	59 (6 %)
Neurosyphilis	42	48	19	18	27
Syphilis tertiaire (autre que neurosyphilis)	6	3	5	6	5
Syphilis sans précisions	421	246	340	273	604
<i>Nombre et (%) des cas âgés de 15-24 ans</i>	24 (6 %)	26 (11 %)	21 (6 %)	13 (5 %)	33 (5 %)
Total : Syphilis non infectieuses et sans précision	1 060	1 003	606	833	1 673

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

5.5 Discussion

Au Québec, la syphilis infectieuse continue d'affecter principalement les hommes. Selon les informations disponibles, la plupart de ces hommes sont des HARSAH. Toutefois, la hausse du nombre de cas déclarés de syphilis s'accélère chez les femmes; la grande majorité de ces cas concerne des femmes en âge de procréer. Le nombre de cas de syphilis congénitale double pratiquement chaque année depuis 2018.

Cette croissance de cas féminins et de cas de syphilis congénitale est observée dans plusieurs provinces canadiennes et pays industrialisés (tableau 28, figures 39 à 41, annexe 5).

Divers facteurs de vulnérabilité (défavorisation matérielle, situation d'itinérance, statut d'immigration précaire, consommation de drogues, etc.) ont été identifiés chez des mères de cas de syphilis congénitale. Selon l'Institut de la statistique du Québec²⁹, l'année 2022 est l'année au cours de laquelle le plus fort taux d'accroissement migratoire international a été observé au Québec. Cet influx et les conditions de grossesse des femmes migrantes ont contribué à l'augmentation du nombre de cas de syphilis congénitale.

La syphilis congénitale est évitable. L'accès au suivi prénatal, le dépistage prénatal systématique de la syphilis³⁰, 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 essentielles pour prévenir la syphilis congénitale.

²⁹ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2023). Le bilan démographique du Québec. Édition 2023, [En ligne], Québec, L'Institut, 113 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf>

³⁰ Trudelle A, Vermette, S. Pertinence de l'ajout d'un dépistage systématique de la syphilis en cours de grossesse. Institut national de santé publique du Québec. Mai 2024. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3469>

6 LYMPHOGRANULOMATOSE VÉNÉRIENNE ET ITS RARES

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) était très rare au Québec jusqu'à la survenue d'une éclosion en 2005 et 2006. Après une période de transmission locale limitée entre 2007 et 2012, une résurgence a été observée à partir de 2013. Le nombre de cas déclarés oscille entre 81 et 146 cas par années depuis 2015, ce qui suggère que la LGV est maintenant bien installée au Québec.

6.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2022

- En 2022, 145 cas masculins ont été déclarés, ce qui correspond à un taux de 3,3 cas pour 100 000 hommes. Un cas féminin probable³¹ a été rapporté.
- Les taux les plus élevés ont été observés chez les 25-29 ans (10,8 pour 100 000, 31 cas), les 35-39 ans (9,4 pour 100 000, 27 cas) et les 30-34 ans (7,7 pour 100 000, 23 cas).
- La région de Montréal est celle ayant enregistré le plus de cas (102/146, 70 %, annexe 3). Les 11 autres régions ayant enregistré des cas sont celles de la Montérégie (12 cas), de la Capitale-Nationale (7 cas), de Lanaudière (6 cas), de Chaudière-Appalaches (6 cas), des Laurentides (4 cas), de l'Outaouais (4 cas), de Laval (2 cas), et celles du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie et Centre-du-Québec et de l'Estrie (1 cas chacune).

6.2 Tendances temporelles

- À partir de l'année 2015, le nombre de cas déclarés de LGV a fluctué entre un minimum de 81 cas en 2021 et un maximum de 146 cas en 2022.
- La projection pour l'année 2023 est de 112 cas, dont deux cas probables féminins.
- Les augmentations les plus importantes des taux de cas déclarés entre 2018 et 2022 ont été observées chez les hommes de 35 à 39 ans (2,8 fois) et de 65 ans et plus (4,3 fois). Une fluctuation importante de l'âge est observée d'année en année.
- Les régions présentant les hausses de taux les plus importantes entre 2018 et 2022 sont celles de la Capitale-Nationale (6,8 fois), de Chaudière-Appalaches (5,8 fois) et de la Montérégie (5,7 fois).

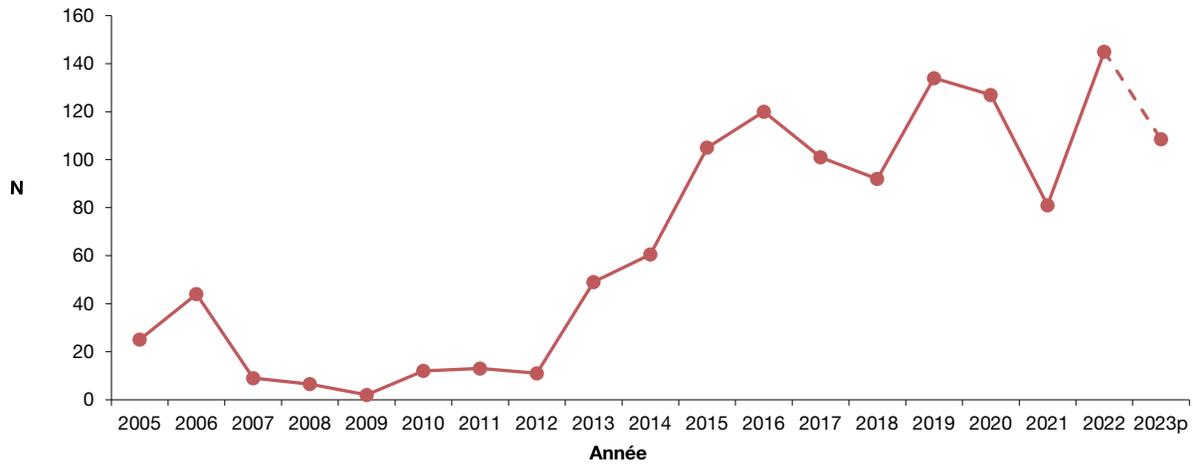
6.3 ITS rares : chancre mou et granulome inguinal

Au Québec, aucun cas de chancre mou ni de granulome inguinal n'a été déclaré en 2022.

- Un cas de chancre mou a été déclaré en 2021. Les derniers cas avaient été déclarés en 2007 pour le chancre mou et en 2004 pour le granulome inguinal.

³¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019) Surveillance des maladies à déclaration obligatoire au Québec - Définitions nosologiques - Maladies d'origine infectieuse - 12e édition - Mise à jour juillet 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000480/>

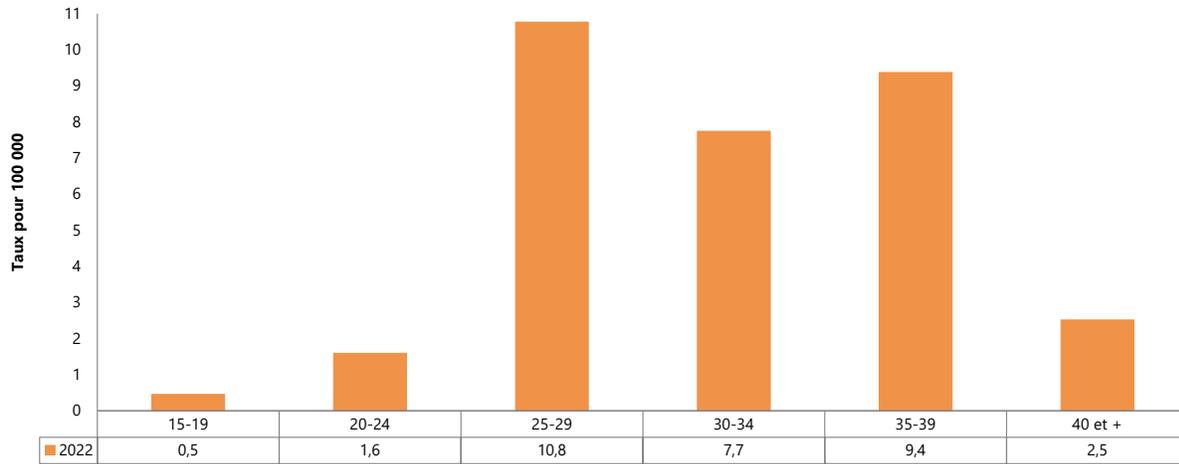
Figure 15 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés, hommes, Québec, de 2005 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

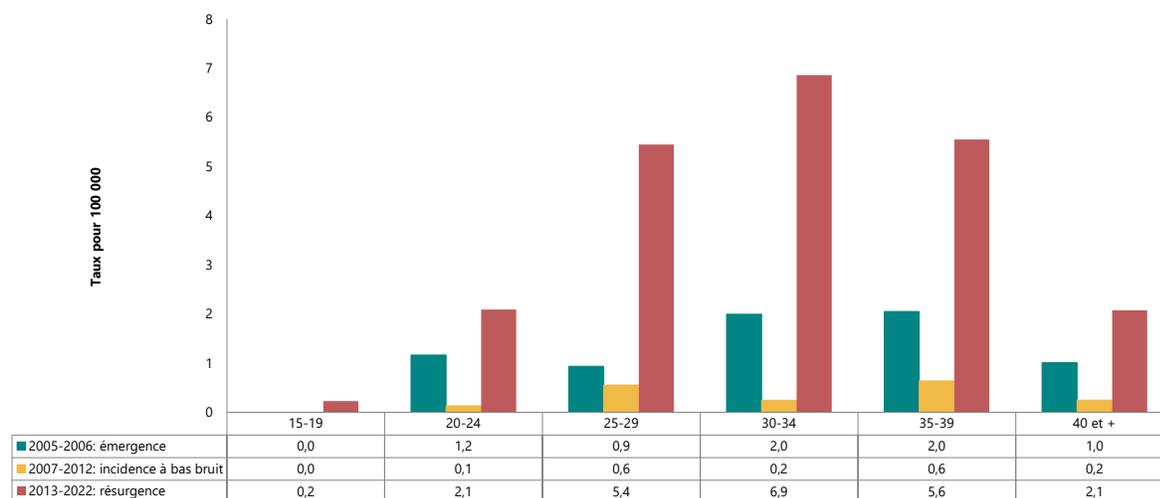
Figure 16 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2022



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 17 Lymphogranulomatose vénérienne : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge, hommes, Québec, 2005 à 2022 (n = 1 150)



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

6.4 Discussion

- Le taux pour l'année 2022 est le plus élevé observé à ce jour au Québec (1,7 pour 100 000 personnes, soit 146 cas). Trois cas probables ont été déclarés chez des femmes (un en 2022 et deux en 2023); aucun cas féminin n'avait été observé depuis 2012.
- Selon les informations disponibles au Québec pour les années 2013 à 2019, l'épidémie de LGV demeurerait concentrée chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Auparavant beaucoup plus fréquente chez les HARSAH vivant avec le VIH, la LGV touche maintenant autant les HARSAH séronégatifs pour le VIH que ceux vivant avec le VIH³².
 - Une récente analyse menée en Colombie-Britannique a documenté un phénomène similaire, c'est-à-dire que le pourcentage de personnes séronégatives pour le VIH parmi les cas de LGV a augmenté de 38 % à 65 % entre 2018 (soit l'année d'introduction de la PPrE³³) et 2022.

³² Blouin K, Diallo D, Dionne M, Labbé A-C, Lefebvre B, Veillette-Bourbeau L, Venne S. Enquête épidémiologique sur la situation de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec, données 2013-2019. Janvier 2022. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2825>

³³ Gupta AK, Lyons B, Hunter I, Arnold B, Gilbert M, Hoang L, Malleson S, Ryan V, Romney MG, Severini A, Jason Wong MD, Grennan T. The resurgence of lymphogranuloma venereum (LGV): changing presentation of LGV in the era of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP), 2004-2022. Sex Transm Dis. 2024 Jan 29. doi : 10.1097/OLQ.0000000000001944. Epub ahead of print. PMID: 38 299 874. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38299874/>

- Ces observations suggèrent que le réseau sexuel des personnes atteintes de LGV s’élargit pour toucher de plus en plus de personnes non infectées par le VIH. Ceci pourrait contribuer à la transmission du VIH dans certaines circonstances (charge virale du VIH non supprimée et non utilisation de la PPrE), surtout que le tableau clinique de la LGV comprend des ulcérations ou de l’inflammation des muqueuses rectales.
- La charge virale du VIH lors du dernier test était rapportée indétectable chez 88 % des PVVIH en 2018 et 91 % en 2019 au Québec³⁴. Ainsi, le risque de transmission du VIH ne serait pas un enjeu dans la majorité des cas de LGV, considérant que la proportion élevée de cas de LGV vivant avec le VIH et charge virale supprimée mitige fortement le risque potentiel de transmission du VIH.
- Une proportion relativement élevée de cas est détectée dans un cadre de dépistage, sans mention de symptômes de LGV (de 25 % à 36 %) ³⁴. Ceci suggère que la recherche systématique de LGV pour les infections rectales à *C. trachomatis* contribue à capter une proportion importante des infections asymptomatiques ou, plus probablement, pré-symptomatiques. Ceci suggère également une détection précoce de l’infection et un raccourcissement de la période de contagiosité, ce qui favorise le contrôle d’une épidémie. Des observations similaires ont été faites en Colombie-Britannique où le pourcentage de cas déclarés de LGV asymptomatiques ou pré-symptomatiques a augmenté de manière importante après l’implantation de la PPrE pour le VIH (de 19 % avant 2018 à 39 % à partir de 2018)³⁵.

L’accès au traitement pour les PVVIH et à la PPrE pour les personnes séronégatives présentant des expositions fréquentes est une condition essentielle à la prévention de la transmission du VIH particulièrement dans le contexte de l’épidémie de LGV³⁶. Il est bien démontré que l’usage de la PPrE avec une bonne observance est efficace pour prévenir l’infection par le VIH, y compris en présence d’une infection bactérienne.

Comme recommandé par le Guide québécois de dépistage des ITSS, le dépistage régulier de l’infection rectale à *C. trachomatis* chez les HARSAH présentant des expositions de manière continue ou répétée demeure une priorité pour le contrôle de la LGV.

³⁴ Blouin K, Diallo D, Dionne M, Labbé A-C, Lefebvre B, Veillette-Bourbeau L, Venne S. Enquête épidémiologique sur la situation de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) au Québec, données 2013-2019. Janvier 2022. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2825>

³⁵ Gupta AK, Lyons B, Hunter I, Arnold B, Gilbert M, Hoang L, Malleson S, Ryan V, Romney MG, Severini A, Jason Wong MD, Grennan T. The resurgence of lymphogranuloma venereum (LGV): changing presentation of LGV in the era of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP), 2004-2022. Sex Transm Dis. 2024 Jan 29. doi : 10.1097/OLQ.0000000000001944. Epub ahead of print. PMID: 38 299 874. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38299874/>

³⁶ La prophylaxie préexposition au virus de l’immunodéficience humaine : Guide pour les professionnels de la santé du Québec. Janvier 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-334-02W.pdf>

7 HÉPATITE B

Les cas déclarés d'hépatite B comprennent les cas aigus, chroniques ainsi que les cas dont le stade n'a pu être précisé. Les données sur l'infection aiguë permettent d'apprécier grossièrement la situation actuelle de la transmission dans la communauté, tandis que les cas d'infection chronique illustrent le fardeau possible de la maladie.

7.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2022

- Un total de 897 cas d'hépatite B a été déclaré en 2022, ce qui équivaut à un taux de 10,3 cas pour 100 000 personnes (12 pour 100 000 chez les hommes et 8,8 pour 100 000 chez les femmes). Les hommes représentent 57 % de l'ensemble des cas déclarés.
- En 2022, 10 cas d'hépatite B aiguë ont été déclarés (taux de 0,1 pour 100 000). Trois cas masculins et un cas féminin étaient âgés de moins de 40 ans.
- Les cas d'hépatite B chronique représentent 46 % de l'ensemble des cas d'hépatite B déclarés (4,7 pour 100 000, 410 cas).
- Les cas d'hépatite B de stade non précisé représentent 53 % de l'ensemble des cas d'hépatite B déclarés (5,5 pour 100 000, 477 cas).
- Les taux d'hépatite B chronique ou de stade non précisé les plus élevés sont observés parmi les 25 à 54 ans chez les hommes et les 25 à 44 ans chez les femmes.
- Deux régions présentent un taux d'hépatite B supérieur à celui de la province, soit Montréal (20 pour 100 000) et le Nord-du-Québec (22 pour 100 000, 3 cas, annexe 3).
- Concernant l'hépatite B aiguë, une région a déclaré 7 cas (Monterégie), et trois régions ont déclaré un cas (Montréal, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Laurentides).

7.2 Tendances temporelles

- Le nombre de cas déclarés d'hépatite B était en baisse constante depuis quelques années; il a diminué de façon particulièrement abrupte entre 2019 et 2020, passant de 1 053 à 705 cas (8,2 pour 100 000).
- Une augmentation est observée en 2021 et en 2022. Le taux projeté pour l'année 2023 (12 pour 100 000, 1 075 cas) est similaire à celui observé en 2019.
- Entre 1994, l'année d'introduction du programme de vaccination universel en milieu scolaire, et 2022, le taux annuel de cas déclarés **d'hépatite B aiguë** a diminué de 98 % et celui de cas **d'hépatite B chronique** a diminué de 74 %.
- Une hausse de 71 % du taux **d'hépatite B de stade non précisé** a été observée, passant de 3,2 pour 100 000 en 2015 à 5,5 pour 100 000 en 2022. Le taux projeté pour 2023 est de 8,4 pour 100 000, soit le taux le plus élevé enregistré depuis 1990.

- Entre 2018 et 2022, une hausse importante des taux d'hépatite B a été observée dans les régions du Saguenay-Lac-Saint-Jean (+563 %), du Nord-du-Québec (+211 %, +2 cas), de la Mauricie et Centre-du-Québec (+194 %), de Chaudière-Appalaches (+124 %) et de la Capitale-Nationale (+120 %).

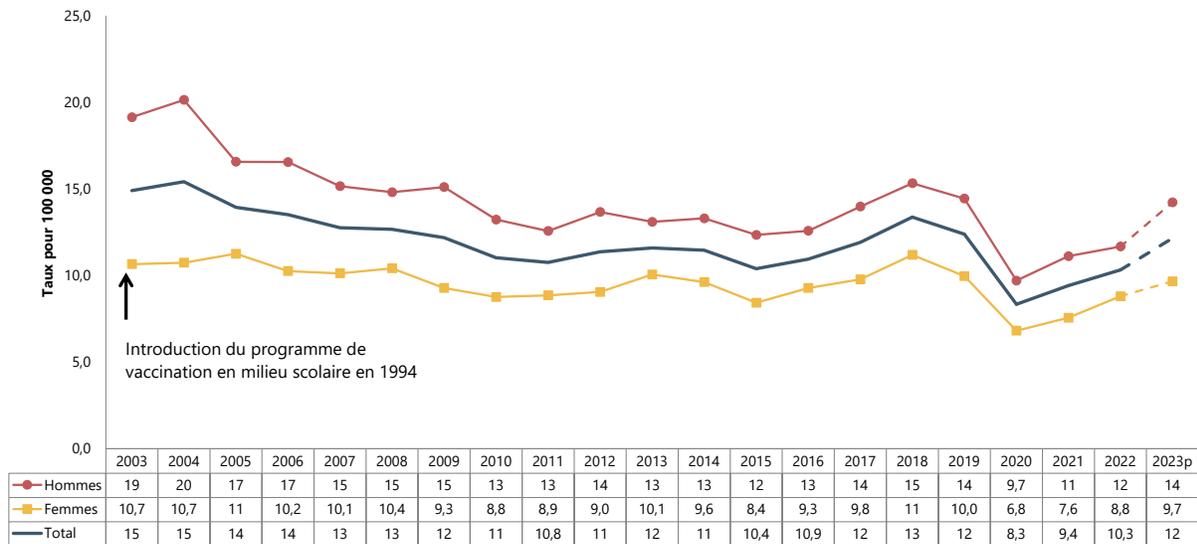
7.3 Hépatite B néonatale ou chez des enfants de moins de 1 an

- Aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré en 2022 chez des enfants de moins d'un an.
 - Le dernier cas dans ce groupe d'âge a été enregistré en 2009.
- Aucun cas d'hépatite B chronique ou de stade non précisé n'a été déclaré en 2022 chez des enfants de moins d'un an.
 - Entre 2012 et 2022, un total de 4 cas avait été rapporté dans ce groupe d'âge.

7.4 Couverture vaccinale contre l'hépatite B

- Après une diminution observée en 2020-2021, la couverture vaccinale chez les élèves de 4^e année du primaire est remontée à 92 % en 2022-2023.

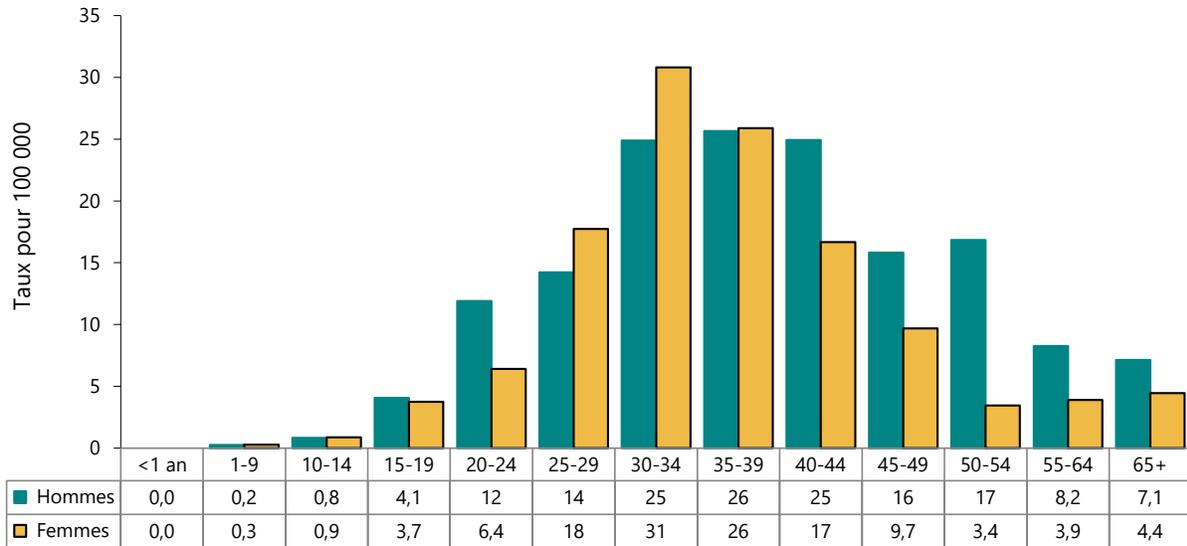
Figure 18 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

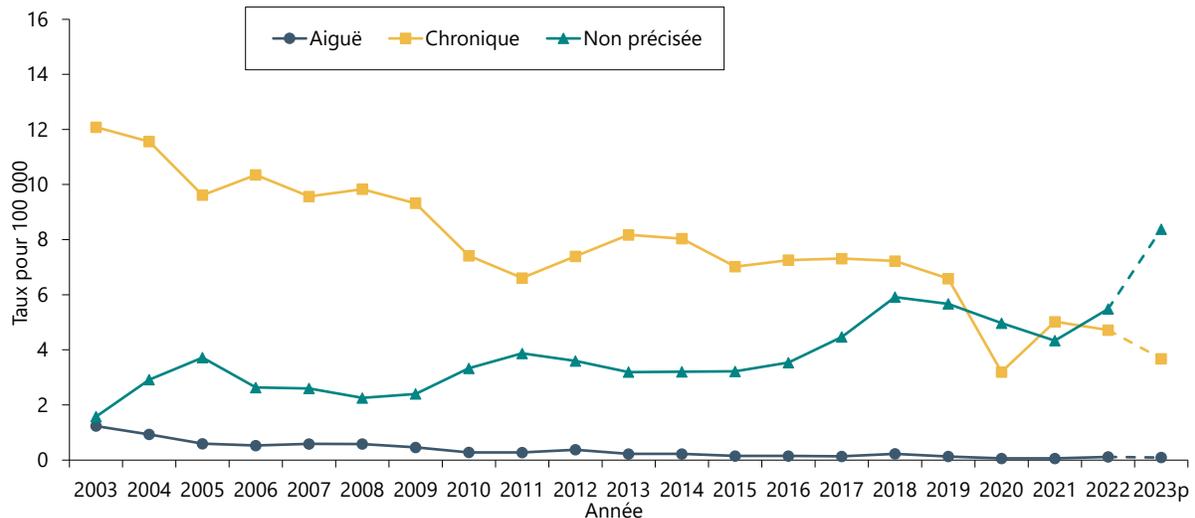
Figure 19 Hépatite B : taux d'incidence des cas déclarés, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2022



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 20 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : taux brut d'incidence des cas déclarés, sexes réunis, Québec, de 2003 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 4 Couverture vaccinale¹ contre l'hépatite B chez les élèves de 4^e année et de 3^e secondaire, Québec, de 2018 à 2022

Ensemble du Québec	Couverture vaccinale au moins une dose				
	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023
4 ^e année	93 %	92 %	80 %	88 %	92 %
3 ^e secondaire	94 %	94 %	94 %	94 %	94 %

¹ Les données correspondent à la couverture vaccinale parmi les élèves appariés au registre de vaccination du Québec. Données de l'Infocentre mises à jour le 24 avril 2024. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Bulletin Flash Vigie, vol 18, no 1. La couverture vaccinale a été mesurée au 31 août de chaque année.

7.5 Discussion

L'information nécessaire à la classification des cas n'est pas systématiquement recherchée, est difficile à obtenir ou encore n'est simplement pas disponible (par exemple, des tests de détection de cette infection n'ont pas toujours été effectués antérieurement à l'épisode déclaré), ce qui peut contribuer à l'augmentation des cas de stade non précisé.

Par ailleurs, il est possible que le nombre de déclarations de cas chroniques et de cas de stade non précisé soit alimenté par des personnes originaires de pays où l'hépatite B est fortement endémique, ayant acquis l'infection avant leur arrivée au Québec (à titre d'exemple, lors de soins de santé administrés dans des conditions de stérilisation non optimales ou lors de transmissions verticales) et qui reçoivent maintenant un diagnostic au Québec. L'accroissement des cas rapportés entre 2018 et 2023 (à l'exception des années avec des restrictions de déplacement liées à la pandémie de COVID-19) pourrait refléter une augmentation transitoire de l'influx de personnes récemment arrivées au Québec.

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. De plus, 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.

- Il est à noter qu'au cours des 10 dernières années, le nombre de cas déclarés d'hépatite B aiguë concernant des personnes âgées de moins de 40 ans, soit la tranche d'âge correspondant à la cohorte des personnes vaccinées en milieu scolaire, s'est toujours situé à 5 ou moins par année.

- 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 rejoignent pas toutes celles-ci. Ces personnes chez qui la vaccination est indiquée et gratuite³⁷ incluent notamment : les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, les personnes qui ont plusieurs partenaires sexuels, les personnes qui ont eu récemment une infection transmissible sexuellement (et leurs partenaires sexuels), les personnes qui utilisent des drogues par injection (PUDI), 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. Parmi les participants de l'étude Engage, seulement 59 % des personnes de statut VIH négatif ou inconnu et 65 % des personnes de statut VIH positif rapportaient qu'elles avaient reçu une dose ou plus de vaccin contre l'hépatite B³⁸.

Le virus de l'hépatite B demeure toujours présent, 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 risque³⁷.

De manière générale, le niveau de couverture vaccinale contre l'infection par le VHB au sein des populations à risque n'est pas bien connu au Québec, ni la répartition des cas déclarés selon la catégorie d'exposition, ni le niveau d'application des mesures de prévention recommandées lors de la prise en charge de cas (par exemple, l'immunisation des partenaires sexuels et des autres contacts d'un cas), ni le niveau d'accès et de recours aux traitements antiviraux disponibles. En l'absence des informations précédentes, il est difficile de déterminer si des efforts additionnels doivent être effectués, et le cas échéant, lesquels.

³⁷ Ministère de la Santé et des Services sociaux. Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) - Édition Mai 2013, mises à jour de Mars 2016; 2016 [cité le 29 mars 2016]. Disponible : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/piq/misesajour/maj_mars2016_continu.pdf.

³⁸ G Lambert, J Cox, M Messier-Peet, H Apelian et les membres de l'équipe de recherche Engage. Engage Montréal, Portrait de la santé sexuelle des hommes de la région métropolitaine de Montréal ayant des relations sexuelles avec des hommes, Cycle 2017-2018, Faits saillants. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Janvier 2019.

8 HÉPATITE C

Depuis 1990, année du début de la saisie des cas d'hépatite C au registre MADDO, un peu plus de 48 000 cas ont été déclarés au Québec.

8.1 Caractéristiques des cas déclarés en 2022

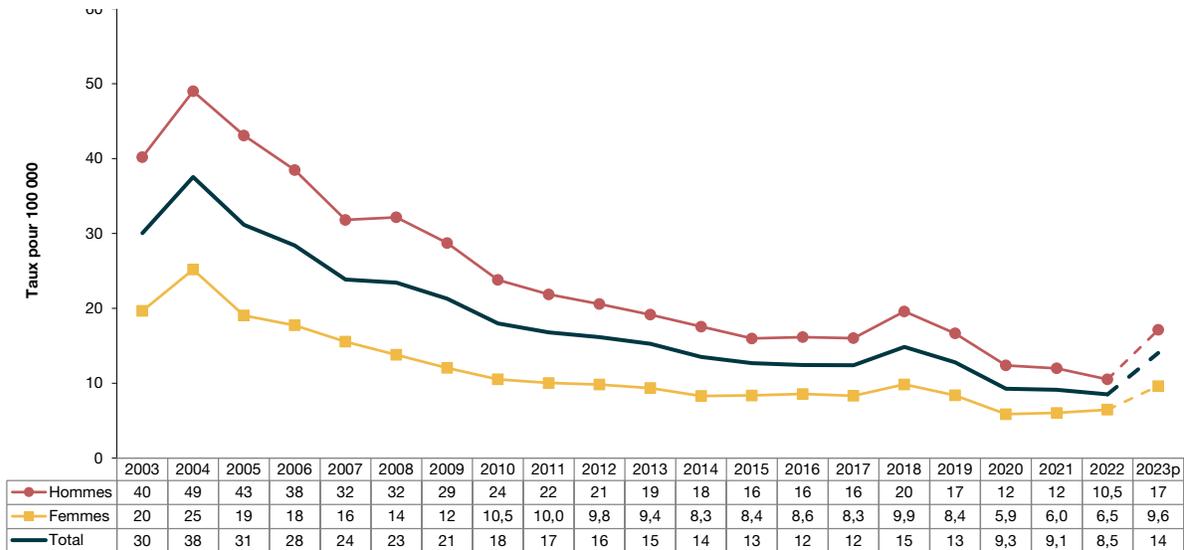
- Un total de 742 cas d'hépatite C a été déclaré en 2022, ce qui équivaut à un taux de 8,5 cas pour 100 000 personnes (10,5 pour 100 000 chez les hommes et 6,5 pour 100 000 chez les femmes).
- Les hommes représentaient 62 % de l'ensemble des cas déclarés. Les taux les plus élevés étaient observés chez les hommes âgés de 50 à 54 ans et de 55 à 64 ans.
- Chez les femmes, le taux était relativement semblable dans tous les groupes d'âge de 25 ans et plus; le taux le plus élevé était observé parmi les femmes âgées de 35 à 39 ans.
- Les 8 régions ayant des taux de cas déclarés supérieurs à celui de la province sont présentées à l'annexe 3.
- En ce qui a trait spécifiquement à **l'hépatite C aiguë ou récente**³⁹, 31 cas ont été déclarés en 2022, dont 23 cas masculins. La majorité (23 cas) concernait des personnes résidentes de la région de Montréal; trois autres régions ont déclaré moins de 2 cas chacune.

8.2 Tendances temporelles

- Une tendance globale à la baisse est observée depuis 2004 malgré de légers rebonds en 2018 et en 2023 (taux projeté de 14 pour 100 000, 1 243 cas).
- Le nombre de cas **d'hépatite C aiguë ou récente** déclarés annuellement a oscillé entre 15 et 33 au cours des 10 dernières années.
- Des augmentations importantes sont projetées en 2023 pour Montréal (un taux 2,3 fois supérieur à celui de 2022), le Saguenay-Lac-Saint-Jean, la Capitale-Nationale, l'Estrie, l'Abitibi-Témiscamingue et les Laurentides.

³⁹ Le stade hépatite C aiguë ou récente correspond à la terminologie adoptée en 2012 et toujours en vigueur dans le document « Définitions nosologiques pour les maladies infectieuses », 12e édition, révision juillet 2019.

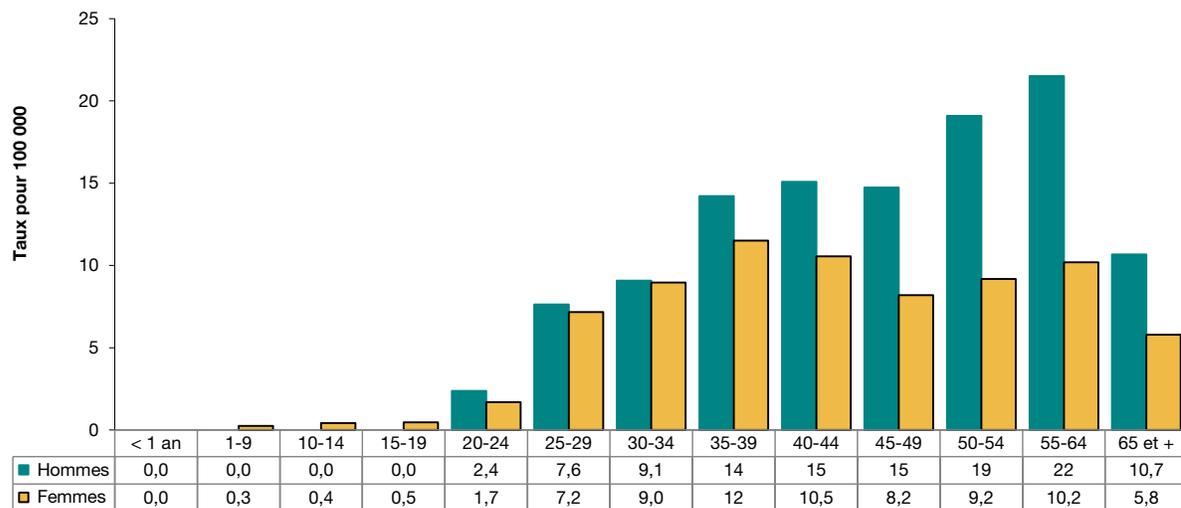
Figure 21 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon le sexe, Québec, de 2003 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

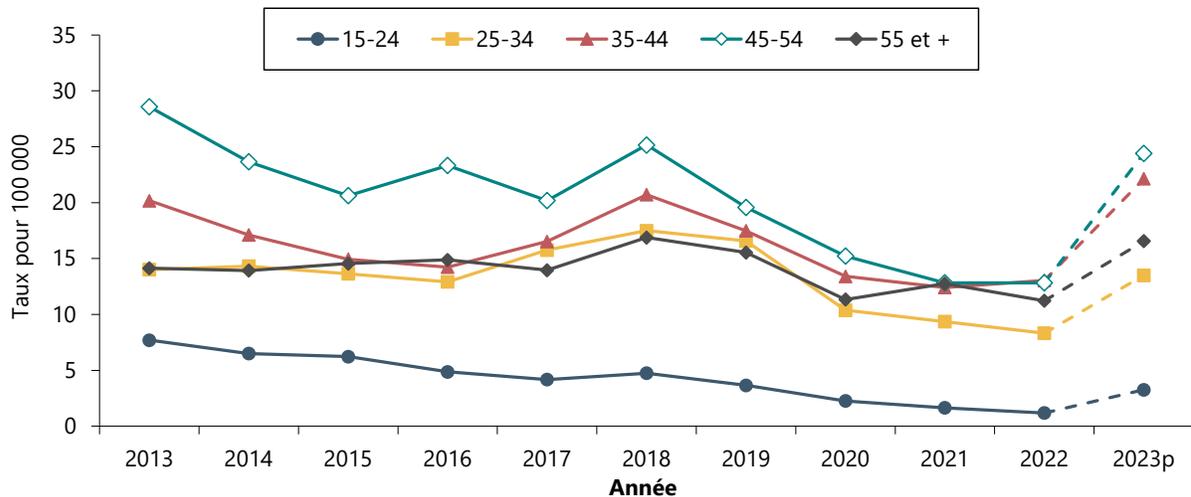
Figure 22 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, selon l'âge et le sexe, Québec, 2022



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë ou récente et non précisée).

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Figure 23 Hépatite C : taux d'incidence des cas déclarés, pour certains groupes d'âge, sexes réunis, Québec, de 2013 à 2023p



Note : Taux exprimé pour 100 000 personnes. Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë ou récente et non précisée).
 Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

8.3 Discussion

Bien souvent, la présentation clinique de l'hépatite C aiguë est peu spécifique. De plus, l'information nécessaire à la classification du cas n'est pas systématiquement recherchée, est difficile à obtenir ou encore n'est simplement pas disponible (par exemple, des tests de détection de cette infection n'ont pas toujours été effectués antérieurement à l'épisode déclaré). Il est donc difficile de distinguer une infection aiguë ou récente d'une infection chronique. Le nombre de cas d'hépatite C aiguë ou récente déclarés représente possiblement une sous-estimation importante de la situation réelle dans la communauté.

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 d'infections survenues antérieurement.

Les légers rebonds des taux observés en 2018 et en 2023 pourraient ne représenter qu'une fluctuation aléatoire, ou refléter une augmentation transitoire de l'influx de personnes arrivées récemment au Québec.

Sans traitement, entre 75 et 85 % des personnes infectées évoluent vers une infection chronique qui peut persister toute la vie, et mener à des complications telles qu'une cirrhose ou une insuffisance hépatique. Des traitements permettent maintenant de guérir l'infection en quelques semaines avec une efficacité de plus de 90 %. Par contre, même à la suite d'un traitement efficace, une réinfection demeure possible. Plusieurs mesures doivent être déployées pour

soutenir le dépistage des personnes à risque et l'accès à une prise en charge médicale des personnes infectées.

Compte tenu du potentiel d'interventions préventives telles que les programmes de distribution de seringues stériles et autres programmes de réduction des méfaits, ainsi que de la disponibilité de traitements très efficaces, l'OMS a publié en 2016 une *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021*⁴⁰. L'objectif général est d'éliminer l'hépatite virale comme menace majeure pour la santé publique d'ici 2030, avec une cible de réduction de 90 % de l'incidence du VHB et du VHC et de 65 % de la mortalité associée. L'Agence de la santé publique du Canada a publié en 2018 son propre *Cadre d'action pancanadien sur les ITSS*, qui présente une vision et des objectifs stratégiques pour appuyer une action concertée⁴¹.

Les résultats d'une étude récente contribuent à mieux comprendre le niveau de prise en charge de l'hépatite C au Québec⁴². L'étude compare des indicateurs de prise en charge une année avant (2013) et une année après (2018) l'arrivée des antiviraux à action directe. Parmi les 31 439 personnes chez qui l'infection par le VHC a été diagnostiquée au Québec depuis 1990 et qui étaient vivantes en 2018, des progrès significatifs ont été observés dans l'engagement dans la cascade de soins après l'arrivée des antiviraux à action rapide : 86 % en 2018 comparativement à 77 % en 2013 ont eu un test d'ARN réalisé; 64 % en 2018 comparativement à 40 % en 2013 ont entrepris un traitement. L'étude a également permis de mettre en évidence des facteurs associés au fait de ne pas avoir eu un test d'ARN réalisé ou de ne pas avoir débuté un traitement : l'âge (cohorte de naissances < 1945), le fait de résider en région rurale, la défavorisation matérielle et sociale et les troubles liés à la consommation d'alcool.

L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les personnes qui utilisent des drogues par injection, la sous-estimation du nombre réel de cas aigus ou récents ainsi que la méconnaissance des cas de réinfection après traitement et guérison constituent des enjeux reconnus. D'autres sont de plus en plus préoccupants : la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les HARSAH qui vivent avec le VIH, la co-infection par le VHC et le VIH ainsi que les problèmes d'accès au traitement pour certains groupes de population. De même, l'absence de données sur les facteurs de risque pour les cas déclarés d'hépatite C limite l'interprétation des résultats présentés dans ce rapport et l'identification de pistes d'intervention.

⁴⁰ Organisation mondiale de la Santé. *Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale, 2016-2021*. 2016; 2018 (26 mars).

⁴¹ Agence de la santé publique du Canada. *Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS*. Juin 2018. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>

⁴² Passos-Castilho AM, Murphy DG, Blouin K, Benedetti A, Panagiotoglou D, Bruneau J, Klein MB, Kwong JC, Sander B, Janjua NZ, et al. Ongoing Gaps in the Hepatitis C Care Cascade during the Direct-Acting Antiviral Era in a Large Retrospective Cohort in Canada: A Population-Based Study. *Viruses*. 2024; 16(3):389. <https://doi.org/10.3390/v16030389>

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 VIH⁴³. Un rapport exhaustif est diffusé annuellement.

Le nombre de cas d'infections par le VIH, tant les nouveaux⁴⁴ que les anciens diagnostics⁴⁵ a augmenté de 78 % en 2022 par rapport à l'année 2021 et de 40 % par rapport à l'année 2019 (avant la pandémie de COVID-19, figure 24).

Au total, 917 cas d'infection par le VIH ont été enregistrés en 2022; ce nombre comprend :

- 422 personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 (les nouveaux diagnostics);
- 489 personnes qui avaient déjà eu un diagnostic de l'infection rapportée en 2022 et qui n'avaient pas été enregistrées ou ne pouvaient l'être au moment du test antérieur positif (les anciens diagnostics);
- Six cas qui n'ont pu être classés dans l'une ou l'autre de ces catégories.

9.1 Les personnes nouvellement diagnostiquées en 2022 (nouveaux diagnostics)

- Le nombre de nouveaux diagnostics a augmenté de 72 % en 2022 par rapport à l'année 2021 et de 37 % par rapport à l'année 2019.
- La proportion des cas de nouveaux diagnostics nés dans un pays autre que le Canada est passée de 55 % (169/309) en 2019 à 42 % (104/246) en 2021, et à 74 % (311/422) en 2022 (figure 25).
 - Soixante et un pour cent (61 %) des cas nouvellement diagnostiqués en 2022 l'ont été chez des personnes arrivées au Canada en 2022.
- Pour l'ensemble du Québec, le taux de nouveaux diagnostics s'établit à 4,9 cas pour 100 000 personnes en 2022.
- Il a augmenté de 52 % chez les hommes et a plus que doublé chez les femmes entre 2021 et 2022. Entre 2019 et 2022, il a augmenté de 27 % chez les hommes et de 44 % chez les femmes (figure 26).

⁴³ Bitera, R. et coll. Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : rapport annuel 2022, Institut national de santé publique du Québec, en collaboration avec le Centre de recherche du CHU de Québec, Hôpital du Saint-Sacrement, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé. Données fournies avant publication par R. Bitera en décembre 2023.

⁴⁴ Nouveau diagnostic : aucun test antérieur positif ou tests antérieurs tous négatifs. Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne.

⁴⁵ Ancien diagnostic : cas rapportant un test antérieur positif et qui n'avait pas été enregistré au programme au moment du test antérieur positif.

- La région de Montréal se démarque par un taux nettement supérieur à la moyenne provinciale, soit 15 cas pour 100 000 personnes en 2022 (annexe 3).
- En 2022, 78 % n'avaient jamais eu de test de détection du VIH auparavant.
- Parmi 342 nouveaux diagnostics ayant un test de numération des lymphocytes CD4 :
 - 167 (49 %) ont été diagnostiqués à un stade tardif (moins de 350 cellules CD4 par mm³);
 - 85 (25 %) ont été diagnostiqués à un stade avancé de l'infection (moins de 200 cellules CD4 par mm³) et
 - 17 personnes (5,0 %) présentaient des signes d'infections chroniques ou du sida.

9.2 Principales catégories d'exposition des personnes nouvellement diagnostiquées en 2022

Les catégories d'exposition sont hiérarchisées et mutuellement exclusives. Les cas sont attribués aux catégories selon un ordre de priorité; à titre d'exemple, un cas d'un homme originaire d'un pays où le VIH est endémique (OPE) et qui a des relations sexuelles avec des hommes et avec des femmes sera attribué à la catégorie d'exposition des HARSAH et non à la catégorie OPE.

Les informations détaillées sur les catégories d'exposition sont disponibles à l'annexe 6.

9.2.1 Les personnes originaires de pays à forte endémicité du VIH

- Le nombre de nouveaux diagnostics de cas OPE est passé de 84 cas en 2019 à 44 en 2021, puis à 193 en 2022. Il a quadruplé entre 2021 et 2022; il a doublé entre 2019 et 2022.
- 88 % (n = 169) des nouveaux diagnostics de cas OPE ont été rapportés chez des nouveaux arrivants (personnes arrivées en 2022).
- 54 % (n = 105) sont enregistrés chez des personnes de genre masculin.

9.2.2 Les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH).

- En 2022, 161 nouveaux diagnostics ont été enregistrés chez des HARSAH.
- Les figures 27 et 28 mettent en évidence des tendances temporelles différentes pour les personnes nées à l'extérieur du Canada et les personnes nées au Canada.
- Parmi les personnes nées au Canada et ayant donc pu bénéficier des programmes de prévention des ITSS au Québec, une diminution progressive (- 56 %) est observée chez les HARSAH entre 2013 et 2022 (figure 28).
- Parmi les nouveaux diagnostics chez des HARSAH nés en dehors du Canada enregistrés en 2022, 80 % (65/82 des personnes pour lesquelles les informations étaient disponibles) sont arrivés au Canada en 2021 ou en 2022.

- La proportion de nouveaux diagnostics HARSAH pour lesquels aucun test de détection antérieur n'a été rapporté est en augmentation depuis quelques années, tant chez les HARSAH nés au Canada que chez les HARSAH nés à l'extérieur du Canada (figure 29).
- La proportion de diagnostics à un stade tardif (moins de 350 cellules CD4 par mm³) a augmenté entre 2020 et 2022 de 37 % à 46 % chez les HARSAH nés au Canada.

9.2.3 Les personnes hétérosexuelles qui ont des partenaires hétérosexuels à risque ou qui n'ont pas de facteur de risque identifié.

Cette catégorie d'exposition regroupe les personnes hétérosexuelles qui sont originaires du Canada ou d'autres pays où le VIH n'est pas endémique, qui ont des partenaires hétérosexuels à risque ou qui n'ont pas de facteur de risque identifié. Un partenaire considéré à risque est une personne vivant avec le VIH, HARSAH, PUDI, originaire d'un pays où le virus est fortement endémique, recevant des transfusions et/ou des facteurs de coagulation, travailleuse ou travailleur du sexe, ayant des partenaires multiples, des antécédents d'ITSS, de séjour dans un pays où l'infection par le VIH est fortement endémique, etc.).

- Les cas d'infections par transmission hétérosexuelle du VIH représentaient 11 % de l'ensemble des nouveaux diagnostics en 2022, soit 49 cas.

9.2.4 Les personnes qui s'injectent des drogues

Les personnes qui s'injectent des drogues (excluant les HARSAH aussi PUDI) représentaient 2,1 % des nouveaux diagnostics, soit 9 cas. Chez les hommes, la proportion monte à 4,0 % lorsque l'on ajoute les HARSAH qui sont aussi PUDI.

9.2.5 Transmission périnatale

Un nouveau diagnostic d'infection périnatale a été enregistré en 2022 chez un enfant né au Canada de parents (père et mère) d'origines ethnoculturelles canadiennes

De plus, trois autres nouveaux diagnostics de transmissions néonatales ont été enregistrés chez trois jeunes immigrant(e)s âgés de 3 à 17 ans au moment du test confirmé positif au Québec. Au total depuis 2002, 50 nouveaux diagnostics d'infections périnatales ont été enregistrés, dont 21 cas chez des enfants nés au Canada. Parmi ceux-ci, 13 étaient nés de mères immigrantes de pays où l'infection par le VIH est fortement endémique. Les données du programme ne permettent pas de préciser le contexte de ces transmissions périnatales.

9.3 Les personnes enregistrées en 2022 qui avaient déjà eu un diagnostic de l'infection auparavant et qui n'avaient pas été enregistrées ou ne pouvaient l'être au moment du test antérieur positif (anciens diagnostics)

- En plus des 422 personnes ayant eu pour la première fois en 2022 un test de détection positif, 489 autres personnes avaient déjà eu un diagnostic de l'infection rapportée en 2022 (les anciens diagnostics).
- La charge virale était disponible pour 439 des anciens diagnostics. Plus de quatre-vingts pour cent (87 %) des cas avaient une charge virale supprimée (< à 200 copies par mL).
- Les trois-quarts des cas d'anciens diagnostics sont nés dans un pays autre que le Canada, soit 370 personnes. Parmi celles-ci, 340 avaient eu un diagnostic de l'infection avant leur arrivée au Canada.

9.4 Estimation de l'incidence, de la prévalence et de la cascade de soins du VIH

Les estimations par modélisation du nombre de cas incidents et prévalents effectuées par l'ASPC se basent sur la triangulation de plusieurs sources de données, dont celles du Programme québécois de surveillance du VIH. Les plus récentes estimations produites par l'ASPC⁴⁶ évaluaient qu'environ dix-neuf mille (n = 19 101) personnes vivaient avec le VIH au Québec en 2022 et qu'environ cinq cents (n = 522) d'entre elles l'auraient contracté au Québec au cours de cette année (tableau 5). Comme l'infection par le VIH est chronique et que le taux de mortalité s'y rapportant connaît une diminution, on peut prévoir que la prévalence continuera de progresser même en présence d'une baisse du nombre de cas incidents.

Les estimations de l'atteinte des cibles de l'ONUSIDA⁴⁷ effectuées par l'ASPC pour la prise en charge des cas au Québec en 2022 sont les suivantes : en 2022, 89 % des PVVIH au Québec savaient qu'elles étaient séropositives; 82 % des personnes connaissant leur statut de séropositivité recevraient des traitements antirétroviraux et 96 % des personnes sous traitement antirétroviral avaient une charge virale inférieure à 200 copies/mL.

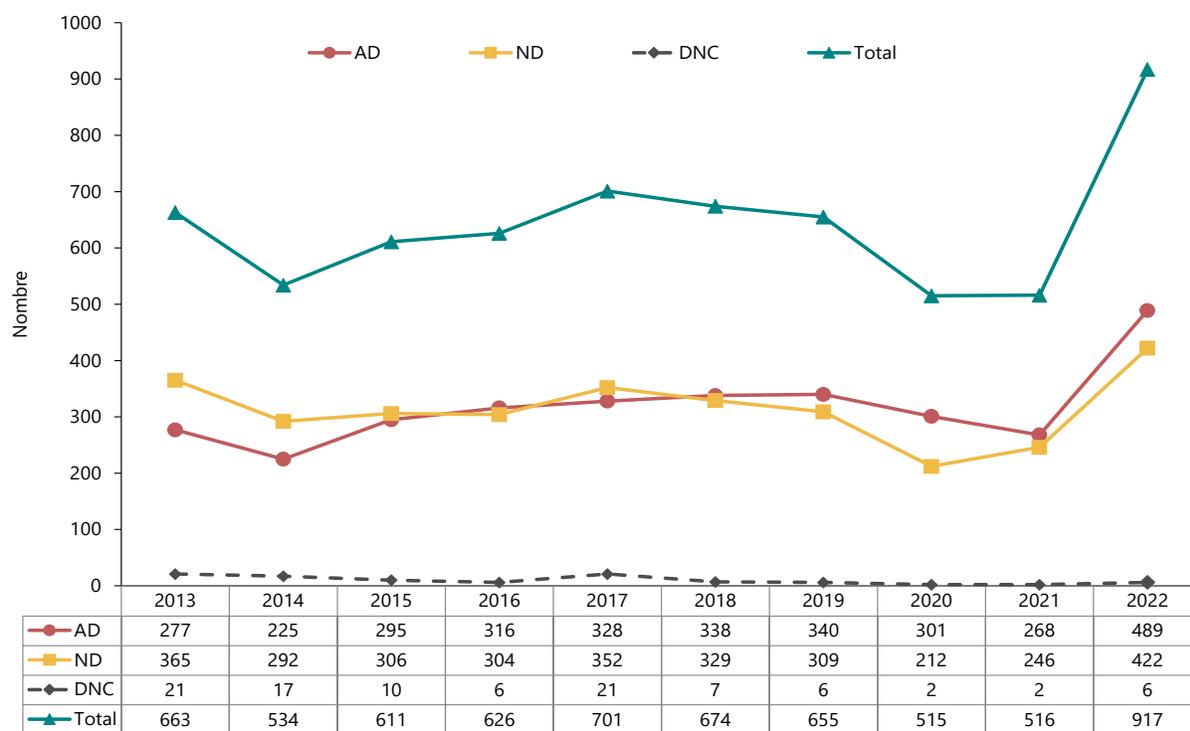
⁴⁶ Agence de la santé publique du Canada. Estimations de l'incidence et de la prévalence du VIH, et des progrès réalisés par le Canada en ce qui concerne les cibles 90-90-90 pour le VIH, 2022, communication personnelle de Nashira Popovic, juillet 2024. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/estimations-incidence-prevalence-vih-progres-canada-cibles-90-90-90-2020.html>

⁴⁷ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) (2014) 90-90-90 Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida, <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>.

Tableau 5 Estimations des cas incidents, des cas prévalents et de la cascade du VIH, Années 2020 et 2022

Indicateurs	2020	2022
Cas incidents estimés (nombre de nouvelles infections par le VIH)	412	522
Cas prévalents estimés (nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH))	17 753	19 101
Proportion des PVVIH qui sont diagnostiquées	88 %	89 %
Proportion des PVVIH diagnostiquées, qui reçoivent des antirétroviraux	86 %	82 %
Proportion des PVVIH diagnostiqués et recevant des antirétroviraux, qui ont une charge virale inférieure à 200 copies/ml)	96 %	96 %

Figure 24 Nombre de nouveaux et d'anciens diagnostics par année du prélèvement, 2013-2022



Source : AD : anciens diagnostics; ND : nouveaux diagnostics; DNC : diagnostics non classés

Figure 26 Nombre de nouveaux diagnostics⁴⁸ selon le pays de naissance et l'année du prélèvement, 2013-2022

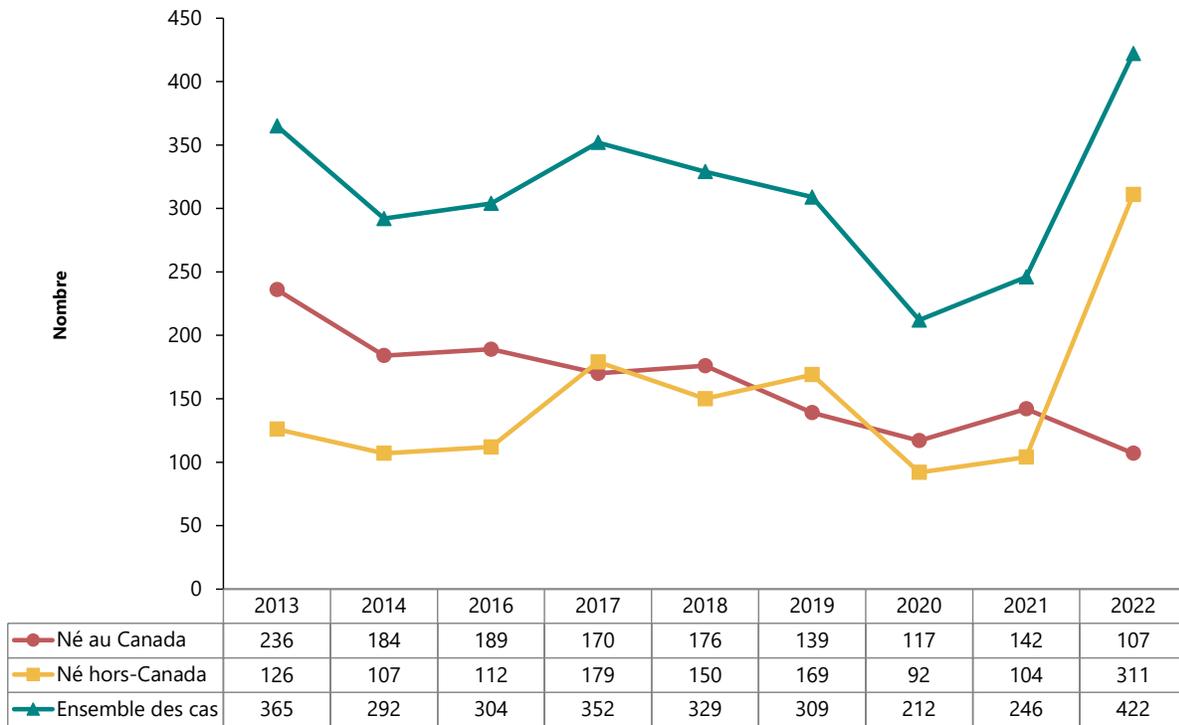
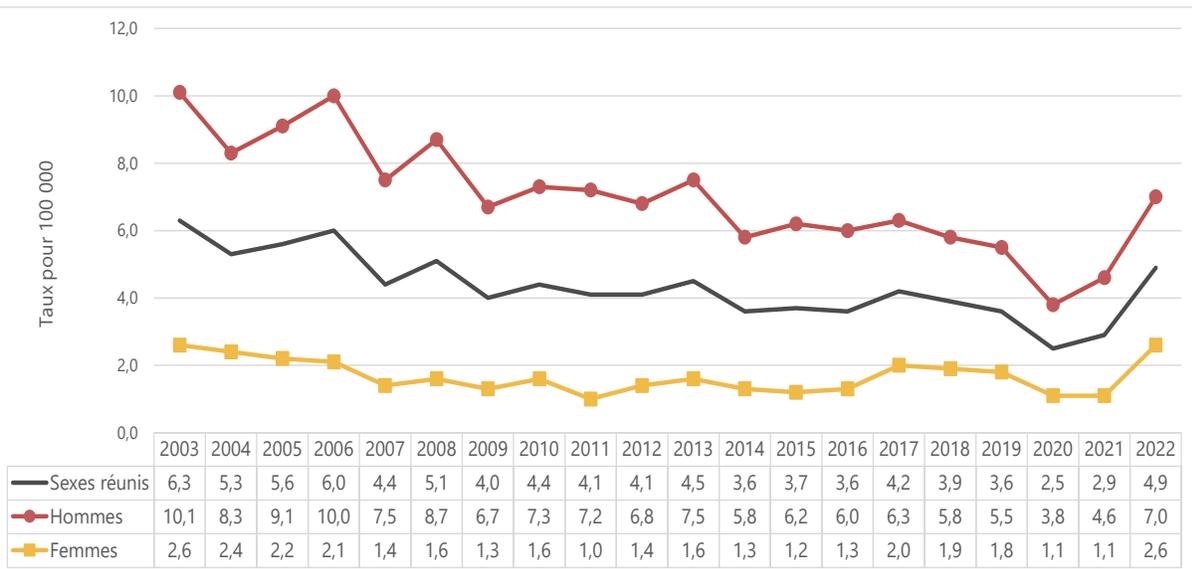
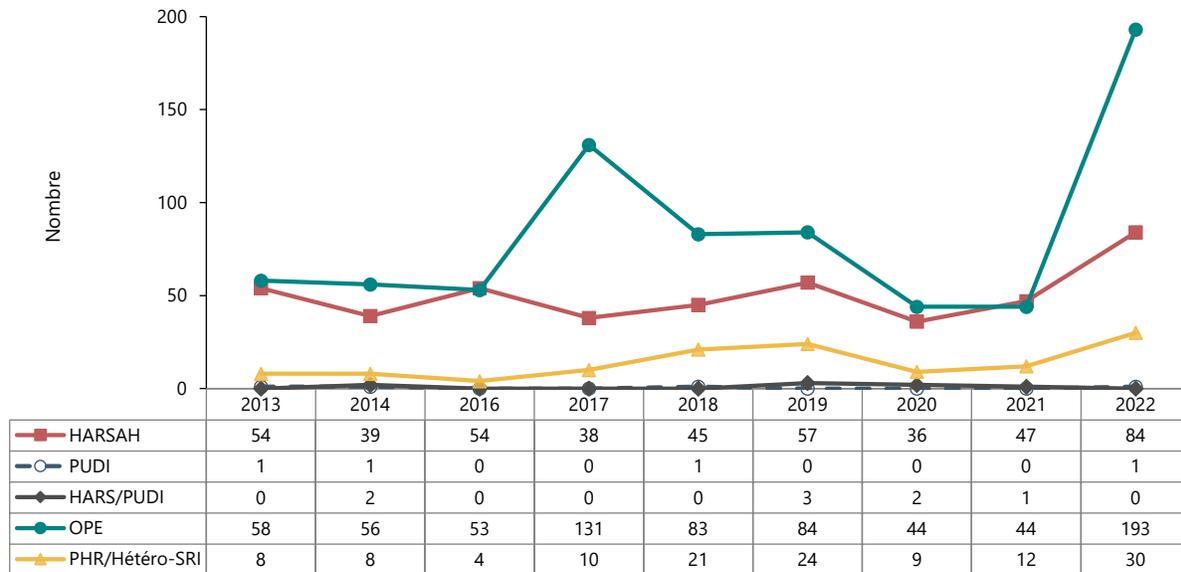


Figure 27 Taux de nouveaux diagnostics de VIH selon le genre et l'année du prélèvement



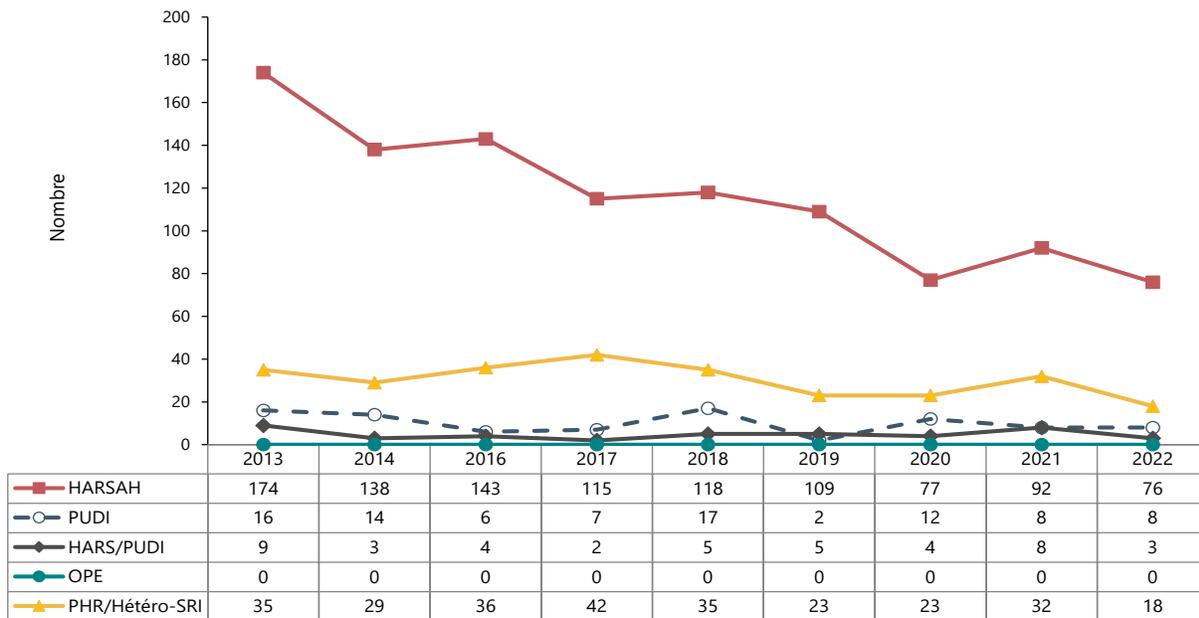
⁴⁸ L'ensemble des cas de la figure 25 inclut les nouveaux diagnostics rapportés sans indication du pays de naissance.

Figure 28 Nombre de cas de NOUVEAUX DIAGNOSTICS NÉS à l'EXTÉRIEUR du Canada, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2003-2022



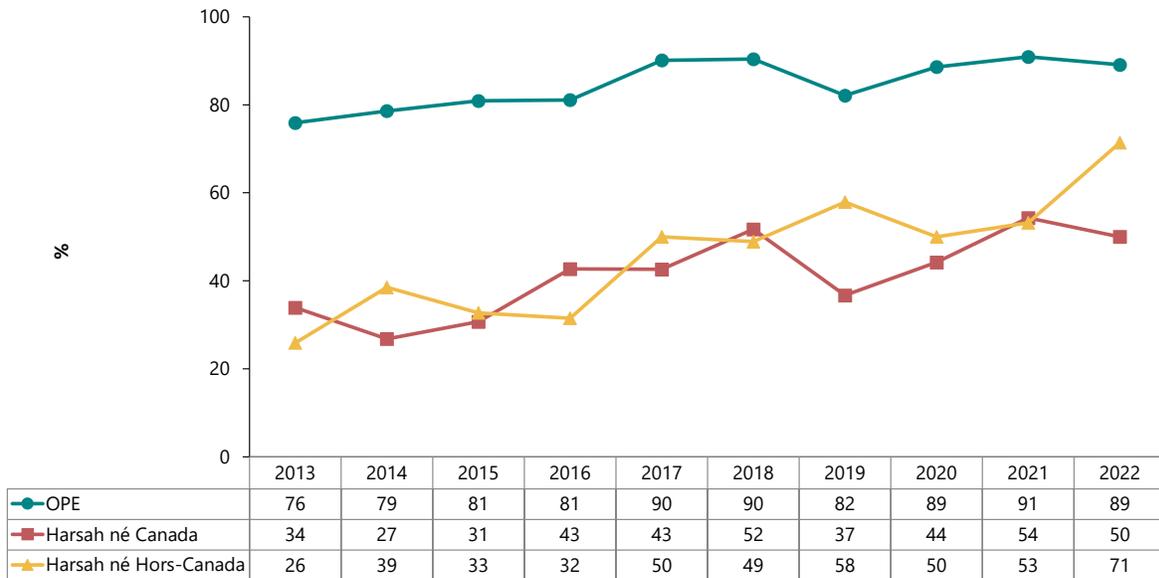
Note : HARS/SAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : personne qui utilise des drogues par injection; HARS/PUDI : HARS/SAH et PUDI; OPE : originaire de pays fortement endémique pour les ITSS; PHR/Hétéro-SRI : Partenaire hétérosexuel à risque/hétérosexuel sans risque identifié.

Figure 29 Nombre de cas de NOUVEAUX DIAGNOSTICS NÉS au CANADA, par catégorie d'exposition et année du prélèvement, 2003-2022



Note : HARS/SAH : hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes; PUDI : personne qui utilise des drogues par injection; HARS/PUDI : HARS/SAH et PUDI; OPE : originaire de pays fortement endémique pour les ITSS; PHR/Hétéro-SRI : Partenaire hétérosexuel à risque/hétérosexuel sans risque identifié.

Figure 30 Proportions des cas de NOUVEAUX DIAGNOSTICS sans test antérieur de dépistage parmi les personnes OPE et les HARSAH, 2013-2022



Note : OPE : originaire de pays fortement endémique pour les ITSS;

9.5 Discussion

Selon l’Institut de la statistique du Québec⁴⁹, l’année 2022 est l’année au cours de laquelle le plus fort taux d’accroissement migratoire international a été observé au Québec. Parmi de nombreux facteurs, la levée des restrictions aux voyages internationaux à compter du milieu de 2021 et le rattrapage des admissions d’immigrants non réalisées dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19 ont contribué à la hausse des gains migratoires en 2022.

La hausse des cas entre 2021 et 2022, tant des nouveaux que des anciens diagnostics, et particulièrement celle des cas OPE, apparaît liée au rattrapage du dépistage et à l’influx migratoire observés au Québec durant la même période.

La diminution du nombre de nouveaux diagnostics enregistrés chez les HARSAH nés au Canada entre 2013 et 2022 est encourageante. Ces diminutions pourraient refléter un impact positif des nombreuses interventions de lutte contre l’infection par le VIH : le dépistage régulier et la prise en charge précoce des cas détectés, des thérapies hautement efficaces entraînant une réduction de la charge virale et du risque de transmission, des approches comportementales mieux adaptées et l’arrivée de la prophylaxie préexposition pour le VIH depuis 2016. Parmi les nouveaux diagnostics chez des HARSAH nés en dehors du Canada enregistrés en 2022, 80 % sont arrivés au Canada en 2021 ou en 2022; ils ont vraisemblablement contracté l’infection en dehors du pays.

⁴⁹ INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2023). Le bilan démographique du Québec. Édition 2023, [En ligne], Québec, L’Institut, 113 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2023.pdf>

Certains défis importants méritent également d'être soulignés, notamment la hausse de la proportion de nouveaux diagnostics sans test de détection antérieur ainsi que l'augmentation de la proportion de cas détectés tardivement chez les HARSAH nés au Canada.

10 CONCLUSION

- En 2022 et en 2023, une recrudescence importante des taux d'incidence de cas déclarés de l'infection gonococcique, de la syphilis infectieuse, de la syphilis congénitale et de la LGV a été observée. Le taux (projeté) de cas déclarés des infections par le VHB et le VHC a également augmenté en 2023 (particulièrement le taux de cas d'hépatite C dans la région de Montréal).
- Le pourcentage d'isolats de *Neisseria gonorrhoeae* résistants à l'azithromycine a atteint un sommet de 44 % en 2022. La résistance aux antibiotiques de *N. gonorrhoeae* pour les C3G en particulier semble sous contrôle au Québec, mais des prévalences élevées (8-15 %) de résistance à la ceftriaxone ont été rapportées récemment en Asie. Une vigilance constante est importante concernant l'émergence de souches de *N. gonorrhoeae* résistantes à la ceftriaxone au Québec.
- L'épidémie de syphilis s'installe de plus en plus au sein de la population hétérosexuelle et elle prend de l'essor dans la plupart des régions du Québec alors qu'elle était initialement concentrée dans la région de Montréal.
- Les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C demeurent toujours présents, ce qui justifie de poursuivre les efforts de prévention et d'intervention. Le traitement de l'hépatite C grâce aux antiviraux à action directe est une avancée importante et les efforts de vaccination contre l'hépatite B ont permis des gains importants.
- Une augmentation de 37 % des nouveaux diagnostics de VIH enregistrés a été observée entre 2019 et 2022; cette augmentation a été principalement manifeste chez les personnes nées dans un pays autre que le Canada. Parmi les personnes nées au Canada, le nombre de nouveaux diagnostics a plutôt diminué entre 2013 et 2022 (particulièrement dans la catégorie d'exposition des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, avec une baisse de 56 % durant cette période).

Les complications médicales des ITSS peuvent être évitées. Les ITSS sont souvent asymptomatiques. Le recours régulier au dépistage pour les personnes sexuellement actives ainsi que l'accès aux soins en présence de symptômes ou à la suite d'une notification par un(e) partenaire sexuel(le) sont quelques-unes des interventions essentielles afin d'éviter les conséquences sur la santé et contrôler la transmission.

ANNEXE 1 TESTS DE DÉTECTION DES ITSS

Cette section présente les nombres de tests de détection de l'infection à *C. trachomatis*, de l'infection gonococcique et de l'infection par le VIH effectués au Québec au cours des dernières années (la méthode est décrite à la section 2.4). Cette information aide à interpréter les tendances temporelles de ces d'ITSS décrites dans les chapitres suivants.

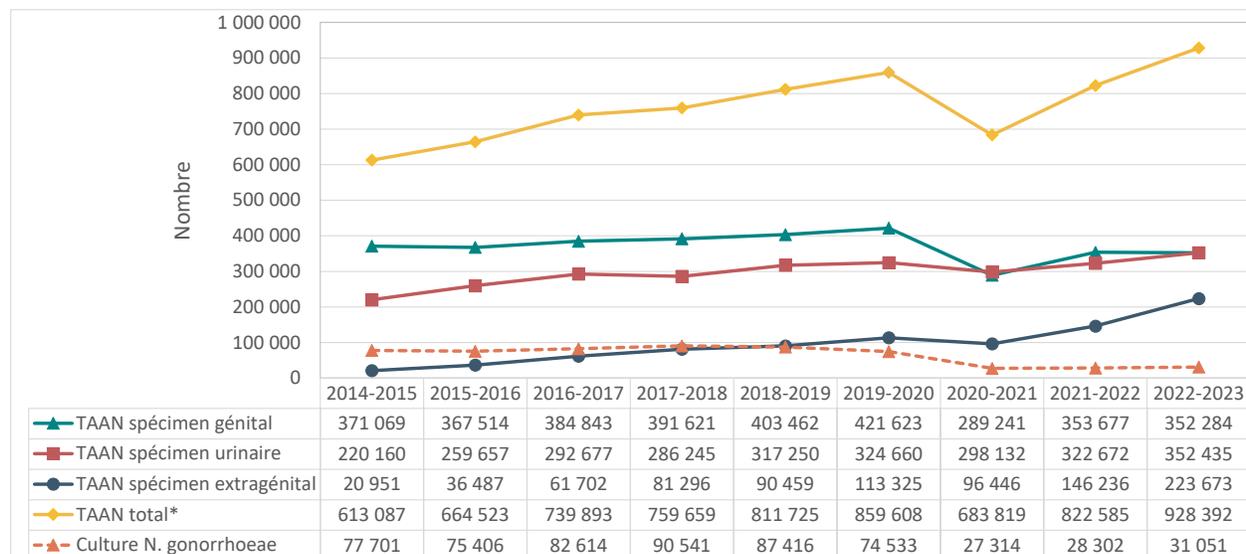
Tests de détection de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*

- Le nombre total de tests de détection a augmenté progressivement jusqu'en 2019-2020, puis a diminué pendant la pandémie de COVID-19. Un maximum de 928 392 tests effectués a été atteint en 2022-2023, soit le nombre le plus élevé depuis que cette donnée est colligée.
- Le nombre de tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) aux sites anatomiques extragénitaux augmente progressivement.
- Le nombre de prélèvements effectués pour la culture de *N. gonorrhoeae* a diminué de manière importante, de 74 533 en 2018-2019 à 27 314 en 2020-2021. Depuis, il se maintient à environ 30 000 tests par année.

Détection du VIH

- Hormis les années de la pandémie de COVID-19 où une diminution a été observée, le nombre de tests de détection du VIH se maintient à des niveaux relativement stables, soit entre 460 000 et 480 000 par année

Figure 31 Nombre de tests de détection de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae* réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2014-2015 à 2022-2023

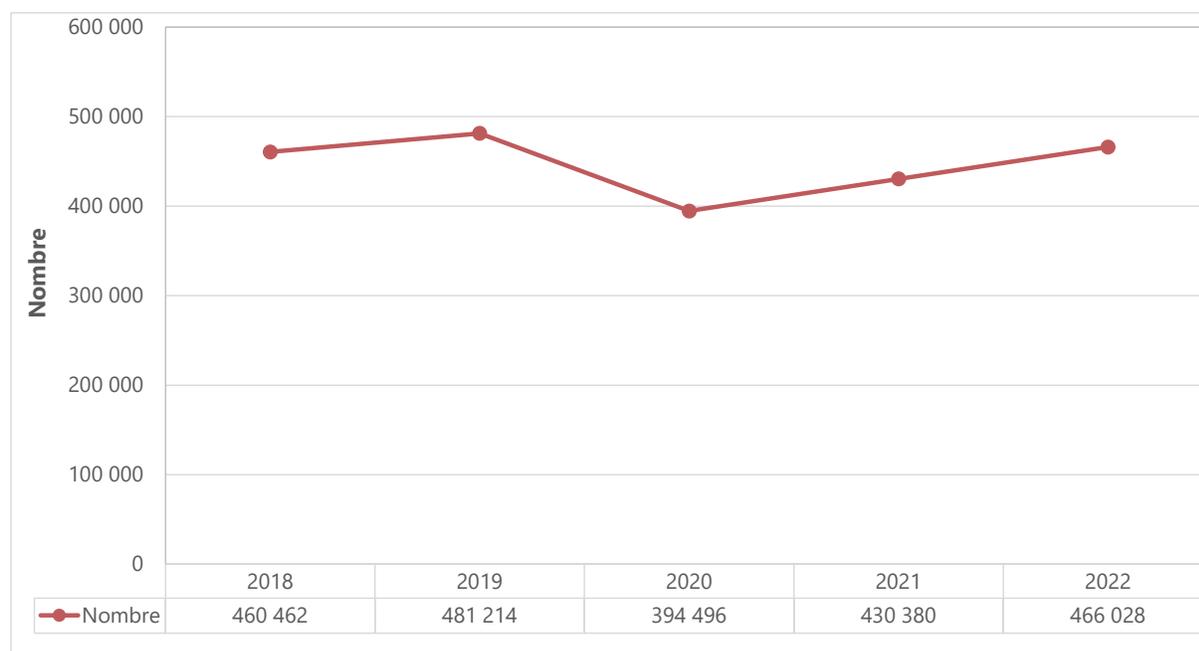


* Ce total TAAN inclut les cultures pour *C. trachomatis*. Le nombre de cultures pour *C. trachomatis* s'est toujours situé en deçà de 1 000 par année, et a diminué progressivement jusqu'à moins de 10 depuis 2020-2021. Le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) utilisé au Québec est majoritairement⁵⁰ un test duplex détectant à la fois *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis*.

Source : Données de la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab, extraites le 6 novembre 2023.

⁵⁰ À partir de 2019-2020, seul le TAAN duplex est utilisé.

Figure 32 Nombre de tests de détection d’anticorps du virus de l’immunodéficience humaine réalisés dans les laboratoires publics au Québec, de 2018 à 2023



Note : Le nombre de tests de détection exclut les tests de confirmation au LSPQ.

Source : Données de la Direction de la biovigilance et de la biologie médicale, Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Services sociaux, données tirées de Centralab, extraites le 6 novembre 2023.

Commentaires

- Les TAAN aux sites extragénitaux sont disponibles depuis le début des années 2010 et recommandés dans le Guide québécois de dépistage des ITSS depuis 2014, particulièrement dans certaines populations comme les HARSAH. Les recommandations concernant leur usage ont évolué en fonctions de nombreux facteurs, notamment l’évolution des technologies de détection et l’homologation par santé Canada des prélèvements extragénitaux à partir de certaines trousse commerciales.
- La dernière mise à jour du Guide québécois de dépistage des ITSS en 2019 simplifiait les recommandations à l’usage des TAAN extragénitaux et élargissait l’usage du TAAN à des situations pour lesquelles la culture était auparavant recommandée⁵¹.
- La hausse des tests de détection aux sites extragénitaux explique en partie l’augmentation progressive des taux de *N. gonorrhoeae* enregistrés depuis 2013. Ces infections extragénitales pouvaient passer inaperçues auparavant.

⁵¹ Prélèvements et analyses recommandés chez une personne asymptomatique – Infections à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae* et lymphogranulomatose vénérienne - Intervention préventive relative aux ITSS. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-308-10W.pdf>

- La diminution du nombre de prélèvements pour culture de *N. gonorrhoeae* effectués depuis 2020-2021 reflète possiblement le changement des recommandations en 2019, une meilleure adhésion aux indications ciblées d'effectuer des cultures ou des changements technologiques plutôt qu'une diminution causée par la pandémie de COVID-19. Le pourcentage de cas déclarés incluant une détection par cultures et le nombre de souches reçues au LSPQ dans le cadre du programme de surveillance de l'antibiorésistance demeurent relativement constants⁵².
- Il faut être prudent au sujet de la relation entre le nombre de tests effectués et le nombre de cas déclarés au registre des MADO. En effet, plusieurs tests de détection peuvent avoir été effectués pour un même épisode. Les résultats sous-estiment le nombre de tests de détection effectués au Québec, car les analyses effectuées dans des laboratoires privés ne sont pas incluses.

⁵² Lefebvre B., Labbé A-C. (2023) Surveillance des souches de *Neisseria gonorrhoeae* résistantes aux antibiotiques dans la province de Québec : rapport 2021. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3398> et Sommaire 2022 : <https://www.inspq.qc.ca/publications/3397>

ANNEXE 2 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE DE CERTAINES ITSS SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2022

Tableau 6 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, hommes, Québec, 2022

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Hépatite B ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx
< 1 an	4	9,3	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	2	0,5	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0
10-14	6	2,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,8	0	0,0	0	0,0
15-19	1 169	526	179	81	1	0,5	13	5,9	9	4,1	0	0,0	3	1,4
20-24	2 974	1180	923	366	4	1,6	84	33	30	12	6	2,4	26	10,3
25-29	2 122	736	1 300	451	31	10,8	141	49	41	14	22	7,6	51	18
30-34	1 451	488	1 188	400	23	7,7	175	59	74	25	27	9,1	69	23
35-39	944	327	809	280	27	9,4	163	57	74	26	41	14	60	21
40-44	675	221	604	198	10	3,3	115	38	76	25	46	15	43	14
45-49	383	138	325	117	15	5,4	105	38	44	16	41	15	14	5,0
50-54	258	97	287	107	6	2,2	76	28	45	17	51	19	11	4,1
55-64	348	56	391	63	17	2,7	140	23	51	8,2	133	22	15	2,4
65 et +	86	10,2	93	11	10	1,2	35	4,2	60	7,1	90	10,7	14	1,7
Inconnu	52		21		0		5		1		1		0	
Total	10 474	241	6 122	141	145	3,3	1 052	24	508	12	458	10,5	306	7,0

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2023.

Source : Système d'information —Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 7 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, femmes, Québec, 2022

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Infection par le VHB ³		Hépatite C ⁴		VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx
< 1 an	8	20	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	7	1,8	2	0,5	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,3	2	0,5
10-14	114	49	14	6,0	0	0,0	1	0,4	2	0,9	1	0,4	1	0,4
15-19	3 885	1812	313	146	0	0,0	17	7,9	8	3,7	1	0,5	2	0,9
20-24	5 190	2212	577	246	1	0,4	41	17	15	6,4	4	1,7	3	1,3
25-29	2 603	982	367	138	0	0,0	34	13	47	18	19	7,2	8	3,0
30-34	1 291	463	263	94	0	0,0	36	13	86	31	25	9,0	25	9,0
35-39	766	275	143	51	0	0,0	31	11	72	26	32	12	21	7,6
40-44	416	142	127	43	0	0,0	16	5,4	49	17	31	10,5	20	6,8
45-49	204	76	61	23	0	0,0	13	4,8	26	9,7	22	8,2	6	2,2
50-54	87	33	25	9,6	0	0,0	5	1,9	9	3,4	24	9,2	9	3,4
55-64	67	10,8	20	3,2	0	0,0	5	0,8	24	3,9	63	10,2	13	2,1
65 et +	9	0,9	4	0,4	0	0,0	1	0,1	43	4,4	56	5,8	4	0,4
Inconnu	57		9		0		0		0		2		0	
Total	14 704	339	1 925	44	1	0,0	200	4,6	382	8,8	281	6,5	114	2,6

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2023.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 8 Nombre de cas déclarés et taux d'incidence¹ de certaines ITSS, selon le groupe d'âge, sexes réunis, Québec, 2022

Âge	Infection à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		LGV		Syphilis infectieuse ²		Infection par le VHB ³		Infection par le VHC ⁴		Infection par le VIH	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N ⁵	Tx
< 1 an	12	14	1	1,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1-9	9	1,1	3	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,3	1	0,1	2	0,3
10-14	120	25	14	3,0	0	0,0	1	0,2	4	0,8	1	0,2	1	0,2
15-19	5 071	1161	494	113	1	0,2	30	6,9	17	3,9	1	0,2	5	1,1
20-24	8 206	1686	1 516	312	5	1,0	125	26	45	9,2	10	2,1	29	6,0
25-29	4 754	859	1 683	304	31	5,6	175	32	89	16	42	7,6	59	10,7
30-34	2 760	479	1 459	253	23	4,0	212	37	160	28	52	9,0	95	16
35-39	1 719	303	959	169	27	4,8	195	34	149	26	73	13	82	14
40-44	1 096	183	732	122	10	1,7	132	22	127	21	79	13	63	10,5
45-49	589	108	388	71	15	2,7	118	22	70	13	63	12	20	3,7
50-54	348	66	312	59	6	1,1	81	15	54	10,2	75	14	20	3,8
55-64	416	34	411	33	17	1,4	145	12	75	6,1	196	16	28	2,3
65 et +	95	5,2	98	5,4	10	0,6	36	2,0	103	5,7	146	8,1	18	1,0
Inconnu	144		42		1		8		2		3		0	
Total	25 339	291	8 112	93	146	1,7	1 258	14	897	10,3	742	8,5	422	4,9

¹ Taux pour 100 000 personnes.

² Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

³ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁵ Nombre total de nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Il peut s'agir d'une infection acquise récemment ou d'une infection ancienne. Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), 2023.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

ANNEXE 3 NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ET TAUX D'INCIDENCE BRUTS DES ITSS SELON LA RÉGION, QUÉBEC, 2018 À 2023p

Tableau 9 Infection génitale à *Chlamydia trachomatis* : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2018 à 2023p (projections pour 2023)

Région	2018		2019		2020		2021		2022		Moyenne 2018-2022		2023p		Variation 2022-2018			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
01 - Bas-Saint-Laurent	464	235	453	229	365	184	334	168	326	163	388	196	299	148	-138	-30	-73	-31
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	783	282	757	272	631	226	729	260	622	220	704	252	881	310	-161	-21	-62	-22
03 - Capitale-Nationale	2 595	349	2 483	330	2 243	296	1 988	261	2 284	296	2 319	306	2 629	335	-311	-12	-53	-15
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	1 719	333	1 816	349	1 367	260	1 345	252	1 453	269	1 540	292	1 416	258	-266	-15	-64	-19
05 - Estrie	1 602	331	1 543	315	1 314	264	1 276	252	1 324	257	1 412	283	1 508	288	-278	-17	-74	-22
06 - Montréal	7 855	387	8 414	407	6 163	297	6 534	323	7 915	388	7 376	361	8 768	417	60	1	0,9	0
07 - Outaouais	1 305	333	1 408	355	1 117	278	984	243	1 071	262	1 177	294	1 103	266	-234	-18	-71	-21
08 - Abitibi-Témiscamingue	405	274	444	301	418	283	378	255	348	234	399	269	378	254	-57	-14	-40	-15
09 - Côte-Nord	325	357	265	292	217	239	151	167	112	124	214	236	260	288	-213	-66	-233	-65
10 - Nord-du-Québec	33	239	34	249	25	186	18	134	16	120	25	186	20	148	-17	-52	-119	-50
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	119	131	120	133	119	131	103	112	109	118	114	125	153	165	-10	-8	-13	-10,2
12 - Chaudière-Appalaches	1 012	237	990	231	768	177	796	182	781	176	869	200	857	191	-231	-23	-61	-26
13 - Laval	1 296	298	1 292	294	1 054	238	907	205	1 121	251	1 134	257	1 245	275	-175	-14	-47	-16
14 - Lanaudière	1 747	343	1 671	324	1 467	280	1 421	266	1 538	283	1 569	298	1 608	292	-209	-12	-61	-18
15 - Laurentides	2 047	335	2 105	339	1 783	282	1 697	262	1 899	289	1 906	301	1 756	263	-148	-7	-46	-14
16 - Montérégie	3 676	262	3 881	273	3 239	225	3 029	208	3 515	239	3 468	241	3 615	243	-161	-4	-22	-8,6
17 - Nunavik	536	3 879	585	4 146	490	3 409	552	3 791	665	4 537	566	3 954	927	6 247	129	24	657	17
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	400	2 234	293	1 616	245	1 331	239	1 279	234	1 238	282	1 533	327	1 709	-166	-42	-996	-45
Région non précisée/hors Québec	2		0		2		75		6		17		7		4			
Province de Québec	27 921	332	28 554	336	23 022	268	22 556	262	25 339	291	25 478	298	27 756	314	-2 582	-9	-41	-12

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 10 Infection gonococcique : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2018 à 2023p (projections pour 2023)

Région	2018		2019		2020		2021		2022		Moyenne 2018-2022		2023p		Variation 2022-2018			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	%Tx								
01 - Bas-Saint-Laurent	25	13	29	15	15	7,6	18	9,0	20	10,0	21	10,8	30	15	-5	-20	-2,7	-21
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	40	14	38	14	37	13	24	8,6	64	23	41	14	44	16	24	60	8,2	57
03 - Capitale-Nationale	454	61	384	51	318	42	375	49	702	91	447	59	842	107	248	55	30	49
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	153	30	168	32	104	20	141	26	195	36	152	29	210	38	42	27	6,5	22
05 - Estrie	155	32	216	44	134	27	162	32	184	36	170	34	245	47	29	19	3,7	12
06 - Montréal	4 213	208	4 263	206	3 101	150	3 916	193	4 552	223	4 009	196	5 075	241	339	8,0	16	7,5
07 - Outaouais	254	65	270	68	174	43	164	41	184	45	209	52	215	52	-70	-28	-20	-31
08 - Abitibi-Témiscamingue	59	40	44	30	30	20	13	8,8	26	18	34	23	23	15	-33	-56	-22	-56
09 - Côte-Nord	11	12	2	2,2	3	3,3	1	1,1	16	18	7	7,3	33	36	5	45	5,6	47
10 - Nord-du-Québec	3	22	5	37	1	7,4	1	7,5	2	15	2	18	2	12	-1	-33	-6,7	-31
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	6	6,6	6	6,6	7	7,7	3	3,3	6	6,5	6	6,1	7	7,1	0	0	-0,1	-1,9
12 - Chaudière-Appalaches	75	18	50	12	70	16	83	19	128	29	81	19	100	22	53	71	11	64
13 - Laval	256	59	308	70	223	50	221	50	319	71	265	60	301	66	63	25	13	21
14 - Lanaudière	285	56	299	58	250	48	208	39	325	60	273	52	370	67	40	14	3,7	6,6
15 - Laurentides	342	56	380	61	247	39	238	37	367	56	315	50	383	57	25	7,3	-0,1	-0,1
16 - Montérégie	783	56	673	47	559	39	684	47	760	52	692	48	878	59	-23	-2,9	-4,0	-7,2
17 - Nunavik	255	1 846	358	2 537	355	2 473	307	2 108	259	1 767	307	2 145	654	4 408	4	1,6	-79	-4,3
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	33	184	22	121	8	41	7	37	3	16	15	79	16	86	-30	-91	-168	-91
Région non précisée/hors Québec	0		0		0		12		0		2		3		0		0	
Province de Québec	7 402	88	7 515	88	5 632	66	6 578	76	8 112	93	7 048	82	9 432	107	710	9,6	5,2	5,9

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 11 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 2018 à 2023p (projections pour 2023)

Région	2018		2019		2020		2021		2022		Moyenne 2018-2022		2023p		Variation 2022-2018			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	5	2,5	9	4,6	1	0,5	2	1,0	7	3,5	5	2,4	10	4,9	2	40	1,0	38
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	7	2,5	6	2,2	10	3,6	3	1,1	14	5,0	8	2,9	10	3,5	7	100	2,4	96
03 - Capitale-Nationale	52	7,0	59	7,9	45	5,9	22	2,9	51	6,6	46	6,1	125	16	-1	-1,9	-0,4	-5,4
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	14	2,7	19	3,6	20	3,8	12	2,3	18	3,3	17	3,1	28	5,1	4	29	0,6	23
05 - Estrie	52	10,7	39	8,0	26	5,2	20	3,9	31	6,0	34	6,7	25	4,7	-21	-40	-4,7	-44
06 - Montréal	499	25	687	33	634	31	472	23	696	34	598	29	774	37	197	39	9,5	39
07 - Outaouais	63	16	44	11	29	7,2	35	8,7	44	10,8	43	10,7	53	13	-19	-30	-5,3	-33
08 - Abitibi-Témiscamingue	0	0	5	3,4	1	0,7	0	0,0	5	3,4	2	1,5	8	5,5	5	ND	3,4	ND
09 - Côte-Nord	2	2,2	1	1,1	2	2,2	1	1,1	1	1,1	1	1,5	0	0,0	-1	-50	-1,1	-50
10 - Nord-du-Québec	0	0	1	7,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	1,5	0	0,0	0	ND	0,0	ND
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	1	1,1	2	2,2	1	1,1	1	1,1	1	1,1	1	1,3	2	1,8	0	0,0	0,0	-1,9
12 - Chaudière-Appalaches	8	1,9	11	2,6	16	3,7	6	1,4	13	2,9	11	2,5	38	8,4	5	63	1,1	56
13 - Laval	35	8,0	34	7,7	24	5,4	19	4,3	40	9,0	30	6,9	54	12	5	14	0,9	11
14 - Lanaudière	22	4,3	35	6,8	28	5,3	38	7,1	56	10,3	36	6,8	77	14	34	155	6,0	138
15 - Laurentides	36	5,9	51	8,2	35	5,5	48	7,4	52	7,9	44	7,0	49	7,4	16	44	2,0	34
16 - Montérégie	120	8,5	148	10,4	126	8,7	104	7,2	142	9,7	128	8,9	125	8,4	22	18	1,1	13
17 - Nunavik	16	116	60	425	70	484	81	556	82	559	62	431	95	642	66	413	444	383
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	5,6	0	0	0	0,0	3	16	5	26	2	9,8	0	0,0	4	400	21	374
Région non précisée/hors Québec	0		0		0		0		0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	933	11	1 211	14	1 067	12	867	10,1	1 258	14	1 067	12	1 473	17	325	35	3,4	30

Note : Taux pour 100 000 personnes. 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.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 12 Lymphogranulomatose vénérienne : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec, de 2018 à 2023p (projections pour 2023)

Région	2018		2019		2020		2021		2022		Moyenne 2018-2022		2023p		Variation 2022-2018			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	%N	Tx	%Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,5	0	0,1	0	0,0	1	ND	0,5	ND
02 - 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	ND	0,0	ND
03 - Capitale-Nationale	1	0,1	5	0,7	3	0,4	0	0,0	7	0,9	3	0,4	10	1,3	6	600	0,8	575
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	0	0,0	2	0,4	1	0,2	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	1	ND	0,2	ND
05 - Estrie	1	0,2	1	0,2	3	0,6	3	0,6	1	0,2	2	0,4	7	1,3	0	0,0	0,0	-5,9
06 - Montréal	82	4,0	109	5,3	103	4,9	66	3,3	102	5,0	92	4,5	71	3,4	20	24	1,0	24
07 - Outaouais	1	0,3	2	0,5	0	0,0	3	0,7	4	1,0	2	0,5	2	0,4	3	300	0,7	284
08 - Abitibi-Témiscamingue	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
09 - Côte-Nord	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,8	0	ND	0,0	ND
10 - 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
11 - 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
12 - Chaudière-Appalaches	1	0,2	3	0,7	0	0,0	1	0,2	6	1,4	2	0,5	2	0,4	5	500	1,1	476
13 - Laval	3	0,7	2	0,5	3	0,7	1	0,2	2	0,4	2	0,5	3	0,7	-1	-33	-0,2	-35
14 - Lanaudière	2	0,4	3	0,6	1	0,2	0	0,0	6	1,1	2	0,5	2	0,3	4	200	0,7	181
15 - Laurentides	0	0,0	1	0,2	2	0,3	0	0,0	4	0,6	1	0,2	3	0,5	4	ND	0,6	ND
16 - Montérégie	3	0,2	6	0,4	11	0,8	7	0,5	12	0,8	8	0,5	12	0,8	9	300	0,6	282
17 - 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
18 - 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/hors Québec	0		0		0		0		0		0		0		0		0,0	
Province de Québec	94	1,1	134	1,6	127	1,5	81	0,9	146	1,7	116	1,4	112	1,3	52	55	0,6	50

Note : Taux pour 100 000 personnes. 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.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 13 Hépatite B (aiguë, chronique et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux bruts d'incidence, selon la région, Québec, de 2018 à 2023p (projections pour 2023)

Région	2018		2019		2020		2021		2022		Moyenne 2018-2022		2023p		Variation 2022-2018			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	8	4,1	7	3,5	1	0,5	5	2,5	5	2,5	5	2,6	2	0,8	-3	-38	-1,6	-39
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	4	1,4	6	2,2	6	2,2	10	3,6	27	9,6	11	3,8	15	5,2	23	575	8,1	563
03 - Capitale-Nationale	32	4,3	61	8,1	25	3,2	52	6,8	73	9,5	49	6,4	92	12	41	128	5,2	120
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	14	2,7	22	4,2	12	2,3	20	3,8	43	8,0	22	4,2	41	7,5	29	207	5,3	194
05 - Estrie	32	6,6	29	5,9	17	3,4	26	5,1	35	6,8	28	5,6	44	8,5	3	9,4	0,2	2,9
06 - Montréal	685	34	577	28	383	18	364	18	416	20	485	24	500	24	-269	-39	-13,4	-40
07 - Outaouais	51	13	54	14	58	14	59	15	39	9,5	52	13	46	11	-12	-24	-3,5	-27
08 - Abitibi-Témiscamingue	9	6,1	3	2,0	4	2,7	13	8,8	10	6,7	8	5,3	8	5,5	1	11	0,6	10,4
09 - Côte-Nord	3	3,3	9	9,9	2	2,2	3	3,3	4	4,4	4	4,6	8	9,1	1	33	1,1	34
10 - Nord-du-Québec	1	7,2	0	0	0	0,0	0	0,0	3	22	1	5,9	0	0,0	2	200	15,2	211
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	4	4,4	1	1,1	1	1,1	2	2,2	1	1,1	2	2,0	5	5,3	-3	-75	-3,3	-75
12 - Chaudière-Appalaches	9	2,1	7	1,6	15	3,5	25	5,7	21	4,7	15	3,5	30	6,6	12	133	2,6	124
13 - Laval	60	14	61	14	29	6,4	42	9,5	38	8,5	46	10,4	54	12	-22	-37	-5,3	-38
14 - Lanaudière	26	5,1	13	2,5	9	1,7	19	3,6	21	3,9	18	3,3	35	6,3	-5	-19	-1,3	-24
15 - Laurentides	38	6,2	33	5,3	28	4,4	33	5,1	24	3,7	31	4,9	30	4,4	-14	-37	-2,6	-41
16 - Montérégie	145	10,3	170	12	116	8,1	133	9,2	137	9,3	140	9,8	166	11	-8	-5,5	-1,0	-9,7
17 - Nunavik	1	7,2	0	0	0	0,0	0	0	0	0,0	0	1,4	0	0,0	-1	-100	-7,2	-100
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	1	5,6	0	0	0	0,0	1	5,4	0	0,0	0	2,2	0	0,0	-1	-100	-5,6	-100
Région non précisée/hors Québec	0		0		0		3		0		1		0		0		0,0	
Province de Québec	1 123	13	1 053	12	705	8,2	810	9,4	897	10,3	918	10,7	1 075	12	-226	-20	-3,1	-23

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 14 Hépatite C (aiguë ou récente et non précisée) : nombre de cas déclarés et taux brut d'incidence, selon la région, Québec de 2018 à 2023p (projections pour 2023)

Région	2018		2019		2020		2021		2022		Moyenne 2018-2022		2023p		Variation 2022-2018			
	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx
01 - Bas-Saint-Laurent	4	2,0	13	6,6	11	5,6	16	8,0	5	2,5	10	4,9	7	3,3	1	25	0,5	23
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	22	7,9	22	7,9	19	6,8	20	7,1	16	5,7	20	7,1	38	13	-6	-27	-2,3	-29
03 - Capitale-Nationale	105	14	102	14	73	9,6	55	7,2	65	8,4	80	10,6	97	12	-40	-38	-5,7	-40
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	62	12	37	7,1	35	6,6	38	7,1	47	8,7	44	8,3	58	10,5	-15	-24	-3,3	-27
05 - Estrie	75	15	56	11	43	8,5	33	6,5	33	6,4	48	9,6	58	11	-42	-56	-9,1	-59
06 - Montréal	545	27	453	22	293	14	245	12	279	14	363	18	676	32	-266	-49	-13	-49
07 - Outaouais	81	21	78	20	50	12	75	19	55	13	68	17	41	9,9	-26	-32	-7,2	-35
08 - Abitibi-Témiscamingue	23	16	14	9,5	8	5,4	16	10,8	11	7,4	14	9,7	25	17	-12	-52	-8,2	-52
09 - Côte-Nord	13	14	12	13	14	15	20	22	11	12	14	15	13	15	-2	-15	-2,1	-15
10 - Nord-du-Québec	3	22	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,4	2	12	-3	-100	-22	-100
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	10	11	11	12	6	6,6	10	10,9	8	8,7	9	9,9	3	3,5	-2	-20	-2,4	-22
12 - Chaudière-Appalaches	18	4,2	23	5,4	30	6,9	50	11	25	5,6	29	6,7	36	8,1	7	39	1,4	33
13 - Laval	37	8,5	35	8,0	37	8,2	36	8,1	43	9,6	38	8,5	35	7,6	6	16	1,1	13
14 - Lanaudière	61	12	55	10,7	39	7,3	38	7,1	38	7,0	46	8,8	23	4,2	-23	-38	-5,0	-42
15 - Laurentides	68	11	51	8,2	19	3,0	9	1,4	6	0,9	31	4,8	49	7,4	-62	-91	-10,2	-92
16 - Montérégie	116	8,3	125	8,8	119	8,3	121	8,3	99	6,7	116	8,1	81	5,4	-17	-15	-1,5	-18
17 - Nunavik	3	22	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	4,2	3	22	-3	-100	-22	-100
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	2	11	2	11	1	5,4	2	10,7	1	5,3	2	8,7	0	0,0	-1	-50	-5,9	-53
Région non précisée/hors Québec	0	0,0	0	0,0	0		2	0,0	0	0,0	0		0		0		0,0	
Province de Québec	1 248	15	1 089	13	794	9,3	786	9,1	742	8,5	932	10,9	1 243	14	-506	-41	-6,3	-43

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Système d'information — Gestion des maladies à déclaration obligatoire d'origine infectieuse (SI-GMI), données extraites à l'infocentre.

Tableau 15 Infection par le VIH : nombre et taux brut d'incidence de nouveaux diagnostics, selon la région, Québec, de 2018 à 2022

Région	2018		2019		2020		2021		2022		Moyenne 2018-2022		Variation 2022-2018			
	N	Tx	N	Tx	N	% N	Tx	% Tx								
01 - Bas-Saint-Laurent	1	0,5	2	1,0	1	0,5	0	0,0	2	1,0	1	0,6	1	100	0,5	97
02 - Saguenay—Lac-Saint-Jean	4	1,4	3	1,1	8	2,9	2	0,7	5	1,8	4	1,6	1	25	0,3	23
03 - Capitale-Nationale	21	2,8	20	2,7	23	3,0	18	2,4	18	2,3	20	2,6	-3	-14	-0,5	-17
04 - Mauricie et Centre-du-Québec	10	1,9	10	1,9	5	1,0	5	0,9	9	1,7	8	1,5	-1	-10,0	-0,3	-14
05 - Estrie	5	1,0	5	1,0	5	1,0	3	0,6	3	0,6	4	0,8	-2	-40	-0,5	-44
06 - Montréal	199	9,8	190	9,2	116	5,6	141	7,0	310	15	191	9,3	111	56	5,4	55
07 - Outaouais	6	1,5	11	2,8	8	2,0	15	3,7	5	1,2	9	2,2	-1	-17	-0,3	-20
08 - Abitibi-Témiscamingue	5	3,4	3	2,0	3	2,0	4	2,7	1	0,7	3	2,2	-4	-80	-2,7	-80
09 - Côte-Nord	2	2,2	0	0,0	1	1,1	0	0,0	2	2,2	1	1,1	0	0	0,0	0,8
10 - Nord-du-Québec	0	0,0	1	7,3	1	7,4	1	7,5	0	0,0	1	4,4	0	ND	0,0	ND
11 - Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	0	0,0	1	1,1	0	0,0	0	0,0	2	2,2	1	0,7	2	ND	2,2	ND
12 - Chaudière-Appalaches	4	0,9	4	0,9	6	1,4	2	0,5	3	0,7	4	0,9	-1	-25	-0,3	-28
13 - Laval	11	2,5	13	3,0	6	1,4	11	2,5	13	2,9	11	2,4	2	18	0,4	15
14 - Lanaudière	7	1,4	5	1,0	3	0,6	5	0,9	9	1,7	6	1,1	2	29	0,3	20
15 - Laurentides	11	1,8	11	1,8	9	1,4	4	0,6	8	1,2	9	1,4	-3	-27	-0,6	-32
16 - Montérégie	43	3,1	30	2,1	16	1,1	34	2,3	32	2,2	31	2,2	-11	-26	-0,9	-29
17 - Nunavik	0	0,0	0	0,0	1	7,0	1	6,9	0	0,0	0	2,8	0	ND	0,0	ND
18 - 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	ND	0,0	ND
Région non précisée/hors Québec	0		0		0		0		0		0		0			
Province de Québec	329	3,9	309	3,6	212	2,5	246	2,9	422	4,9	304	3,5	93	28	0,9	24

Note : Taux pour 100 000 personnes.

Source : Données du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), Infocentre, 15 janvier 2024.

ANNEXE 4 DONNÉES DU PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG, DE 2018 À 2022

Au Québec, depuis avril 1992, le *Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)* permet aux personnes atteintes d'une ITSS (cas index), ainsi qu'aux partenaires sexuels d'une personne atteinte (cas contact) de se procurer gratuitement les médicaments prescrits pour le traitement de leur infection.

Nombre et caractéristiques des médicaments prescrits, 2018-2020

Le nombre total de médicaments prescrits a diminué de 25 % entre 2018 et 2022; il est passé de 78 929 médicaments prescrits en 2018 à 59 694 en 2022 (tableau 16).

Les antibiotiques prescrits le plus fréquemment en 2022 sont la doxycycline, l'azithromycine, la ceftriaxone, le céfixime et la pénicilline G benzathine (tableau 17).

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

Le nombre annuel de personnes différentes ayant reçu au moins une ordonnance a diminué progressivement, passant de 47 105 personnes en 2018 à 38 252 en 2022, soit une diminution de 19 % (tableau 18). Davantage d'hommes que de femmes ont reçu des ordonnances au cours de cette période (respectivement 59 % et 41 % en 2022) et le rapport hommes/femmes est demeuré relativement stable entre 2018 (1,3) et 2022 (1,4).

En 2022, la grande majorité des personnes (83 %, 31 819) ont eu une seule ordonnance au cours de l'année (tableau 19). Une proportion non négligeable de personnes a eu entre deux et cinq ordonnances (16 %, 6 220), mais seulement 213 en ont eu 5 ou plus.

Globalement, au cours des cinq dernières années, le nombre total d'ordonnances est passé de 57 813 en 2018 à 47 265 en 2022, soit une diminution de 18 % (tableau 20).

Le rapport entre le nombre d'ordonnances destinées à des personnes atteintes (code K) et à des cas contacts (code L) a augmenté légèrement en 2021 et en 2022 (tableau 20). Il est plus élevé chez les femmes que chez les hommes en 2022 (2,9 comparativement à 1,6).

En 2022, la majorité des ordonnances ont été prescrites par des omnipraticiens (86 %) (tableau 21).

Depuis 2017, le guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Approche syndromique⁵⁴ recommande la combinaison de ceftriaxone 250 mg IM, doxycycline 100 mg BID et métronidazole 500 mg PO BID pour le traitement de l'atteinte inflammatoire pelvienne. Le tableau 22 permet de suivre la tendance du nombre d'ordonnances de cette combinaison chez les femmes : on observe une augmentation de 41 % entre 2018 (163 ordonnances) et 2022 (230 ordonnances).

Tableau 16 Nombre total de médicaments prescrits selon le sexe, Province, 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Femmes	28 820	28 699	24 738	21 546	21 689	125 492
Hommes	50 109	50 830	42 133	36 613	38 005	217 690
Total	78 929	79 529	66 871	58 159	59 694	343 182

⁵⁴ Consulter le site Web de l'Institut d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) pour connaître ses plus récentes recommandations concernant le traitement des ITSS (www.inesss.qc.ca/index.php).

Tableau 17 Répartition des médicaments prescrits selon le sexe des personnes, Province, 2022

	Hommes	Femmes	Total
Doxycycline	16 995	11 012	28 007
Azithromycine	7 545	6 028	13 573
Ceftriaxone	7 661	1 578	9 239
Céfixime	3 198	1 577	4 775
Pénicilline G (benzathine)	1 591	205	1 796
Métronidazole	140	994	1 134
Autres ¹	397	109	506
Moxifloxacine	130	47	177
Gentamicine	116	42	158
Lévofloxacine	89	23	112
Non précisé	36	20	56
Pénicilline G sodique	55	0	55
Ciprofloxacine	30	19	49
Amoxicilline	11	28	39
Triméthoprim/sulfaméthoxazole	5	7	12
Céfuroxime axetil	6	0	6
Total	38 005	21 689	59 694

¹ Médicaments regroupés dans la catégorie « autres » : lidocaïne, véhicules pour suspension orale, eau stérile pour injection, chlorhydrate de diphenhydramine, chlorure de sodium, perfuseur elastomérique et seringue jetable (sans aiguille).

Tableau 18 Nombre de personnes¹ ayant reçu une ou des ordonnances selon le sexe, Province, 2018 à 2022

	2018	2019	2020	2021	2022
Femmes	20 103	19 863	17 117	15 625	15 671
Hommes	27 002	27 080	23 501	22 001	22 581
Total	47 105	46 943	40 618	37 626	38 252

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

Tableau 19 Nombre d'ordonnances¹ par personne chaque année, selon l'année et le sexe, Province, 2018 à 2022

		1 ordonnance	2 à 4 ordonnances	5 ordonnances et plus	Nombre total de personnes ²
2018	Hommes	21 898	4 886	218	27 002
	Femmes	17 530	2 557	16	20 103
	Total	39 428	7 443	234	47 105
2019	Hommes	21 786	5 048	246	27 080
	Femmes	17 233	2 617	13	19 863
	Total	39 019	7 665	259	46 943
2020	Hommes	19 013	4 315	173	23 501
	Femmes	14 853	2 249	15	17 117
	Total	33 866	6 564	188	40 618
2021	Hommes	17 877	3 949	175	22 001
	Femmes	13 778	1 836	11	15 625
	Total	31 655	5 785	186	37 626
2022	Hommes	18 129	4 255	197	22 581
	Femmes	13 690	1 965	16	15 671
	Total	31 819	6 220	213	38 252

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

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

Tableau 20 Nombre d'ordonnances selon la nature du cas¹ et le sexe, Province, 2018 à 2022

	Femmes			Hommes			Total ²	Femmes rapport K/L	Hommes rapport K/L	Sexes réunis rapport K/L
	K	L	M	K	L	M				
2018	16 153	7 126	0	19 813	14 976	0	57 813	2,3	1,3	1,6
2019	15 971	7 031	76	20 064	14 981	178	58 057	2,2	1,3	1,6
2020	13 372	5 995	523	16 526	12 321	1 439	49 950	2,2	1,3	1,6
2021	12 327	4 965	550	15 531	11 223	1 506	45 921	2,5	1,4	1,7
2022	13 112	4 538	469	17 130	10 728	1 510	47 265	2,9	1,6	2,0
Total	70 935	29 655	1 618	89 064	64 229	4 633	259 006	2,4	1,4	1,7

¹ Code K : personne atteinte; code L : cas contact; code M—TAP : traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydie ou d'une gonorrhée.

² La somme des codes est plus élevée que le nombre d'ordonnances, car une ordonnance peut contenir plusieurs codes différents (un code par médicament).

Tableau 21 Répartition du nombre d'ordonnances selon la spécialité médicale du prescripteur et le sexe des personnes, Province, 2022

Spécialité du prescripteur	2022
Omnipraticiens	40 693
Obstétriciens-gynécologues	1 929
Infectiologues	1 566
Résidents	1 489
Autres spécialités	1 073
Spécialités manquantes	477
Urologues	30
Dermatologues	8
Total	47 265

Tableau 22 Combinaison de médicaments reçue à une même date de service par une même personne, compatible avec le traitement d'une l'atteinte inflammatoire pelvienne - Province, 2018 à 2022

		2018	2019	2020	2021	2022	Total
Ceftriaxone 250 mg et doxycycline 100mg BID (14 comprimés) et métronidazole 500 mg PO BID (dose totale de 14 000 mg) <i>traitement syndromique de l'atteinte inflammatoire pelvienne</i>	Femmes	163	214	204	232	230	1 043
	Hommes	1	1	1	2	2	7
	Total	164	215	205	234	232	1 050

Commentaires

La base de données analysée 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 niveau de complétion des informations fournies par les professionnels. 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 cliniciens. Les données du programme sous-estiment le nombre de personnes traitées pour une ITS ciblée et le nombre de traitements administrés pour le traitement des ITS ciblées dans la mesure où le traitement serait fourni hors programme (traitement ITS sans que les codes ne soient inscrits sur la prescription ou traitement administré en milieu hospitalier). La base de données ne comprend pas de renseignements directs sur le diagnostic, ce qui limite l'identification de l'ITS traitée. L'ITS traitée peut parfois être déduite à partir des profils de traitement (ex. : prescription de Pénicilline G benzathine et syphilis). 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 LGV et de syphilis (toutes syphilis) déclarés au registre des MADO en 2022 était de 36 528. Ce nombre est près du nombre d'ordonnances prescrites à des personnes atteintes (code K) en 2022, c'est-à-dire 30 242 ordonnances. Les personnes traitées comme cas contact (code L) peuvent ne pas être incluses dans le fichier MADO car seuls les cas confirmés par laboratoire sont généralement enregistrés au fichier MADO et qu'il est recommandé de traiter les partenaires même en l'absence d'un test avec résultat 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 2022 (47 265 – tableau 20) excède le nombre de cas déclarés au SI-GMI (MADO).

Le rapport des codes K/L était stable (1,6) depuis plusieurs années, et une hausse est observée en 2021 (1,7) et 2022 (2,0), ce qui signifie proportionnellement moins d'ordonnances prescrites à des cas-contacts. Une première explication serait une diminution de la notification des partenaires sexuels, une intervention qui est essentielle pour contrôler les épidémies d'ITS. Toutefois, des inversions des codes K (personne atteinte) et L (cas contact) sont aussi possibles. Il est donc nécessaire d'interpréter ce rapport des codes K/L avec prudence.

Le traitement accéléré du partenaire d'une personne atteinte d'une chlamydiose ou d'une gonorrhée⁵⁵ est encadré au Québec depuis la fin de l'année 2019 (code M). L'année 2020 est donc la première année complète pour le code M, qui a été identifié pour 523 ordonnances chez des femmes et 1 439 ordonnances chez des hommes. Les années 2021 et 2022 montrent des fréquences stables et similaires.

⁵⁵ <https://www.inspq.qc.ca/formation/institut/itss/tap-personnes-atteintes-infection-c-trachomatis-n-gonorrhoeae>

La combinaison de ceftriaxone, doxycycline et métronidazole est considérée comme un traitement spécifique de l'atteinte inflammatoire pelvienne. Une hausse du nombre d'ordonnances est observée au cours des dernières années chez les femmes, une observation qui doit être surveillée et analysée davantage afin de mieux la comprendre. Bien que ces données soient intéressantes, elles ne tiennent pas compte des traitements administrés à l'hôpital pour une telle condition.

ANNEXE 5 COMPARAISONS PROVINCIALES ET INTERNATIONALES

Infection à *C. trachomatis*

Tableau 23 *Chlamydia trachomatis* : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022

Province ou Pays	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	Taux								
Québec	27 921	332,3	28 554	335,8	23 022	268,4	22 556	262,2	25 339	291,4
Ontario ¹	47 928	335,0	51 539	354,5	37 113	252,2	35 389	239,2	38 943	257,7
Colombie-Britannique ²	16 394	327,2	17 325	340,1	12 909	250,4	13 038	250,6		
Alberta ^{2,3}	17 374	404,2	18 192	417,0	14 107	319,4	14 064	316,5	16 809	370,0
États-Unis ⁴	1 758 668	537,5	1 808 703	551,0	1 579 885	476,7	1 644 416	495,5	1 649 716	495,0
France ^{5,6}						90,0	12 665	89,0	14 199	102,0
Suède ⁵	31 815	314,4	34 784	340,0	32 890	318,5	30 171	290,7	32 802	313,8
Danemark ⁵	33 415	578,0	35 680	614,5	34 681	595,6	36 632	627,3	41 634	708,9
Angleterre ⁷	219 607	392,3	230 028	408,7	161 875	286,3	160 279	283,5	199 233	352,4
Australie ⁸	104 763	430,6	107 238	436,1	91 327	373,0	87 258	364,9	93 777	386,5

Figure 33 *Chlamydia trachomatis* : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2018-2022

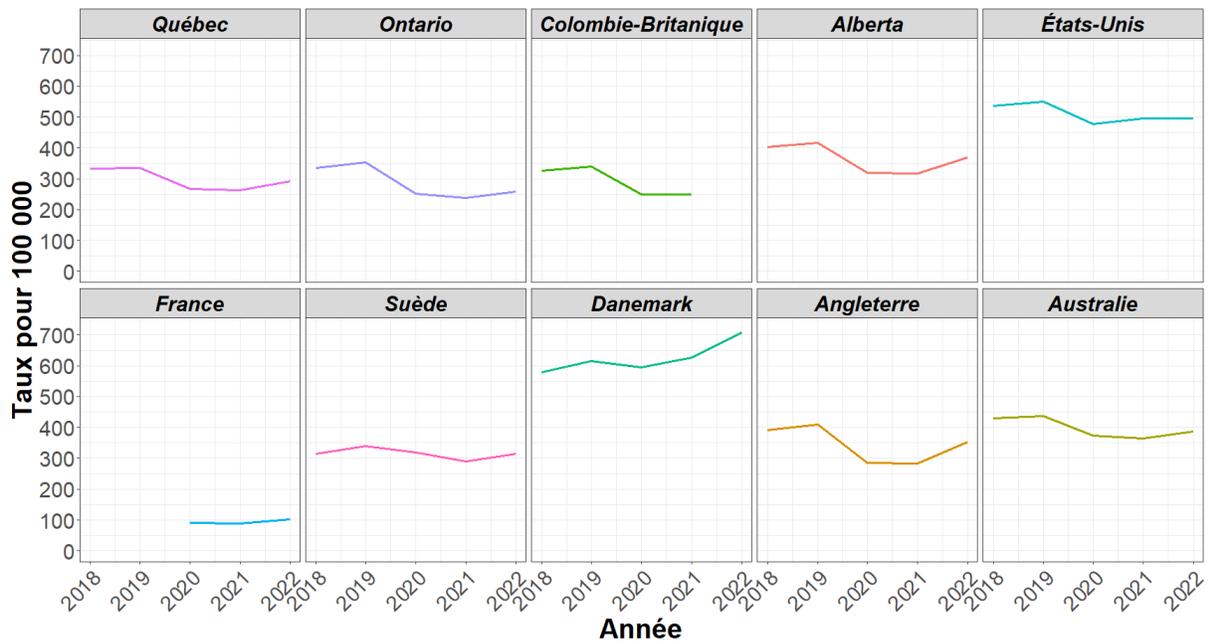
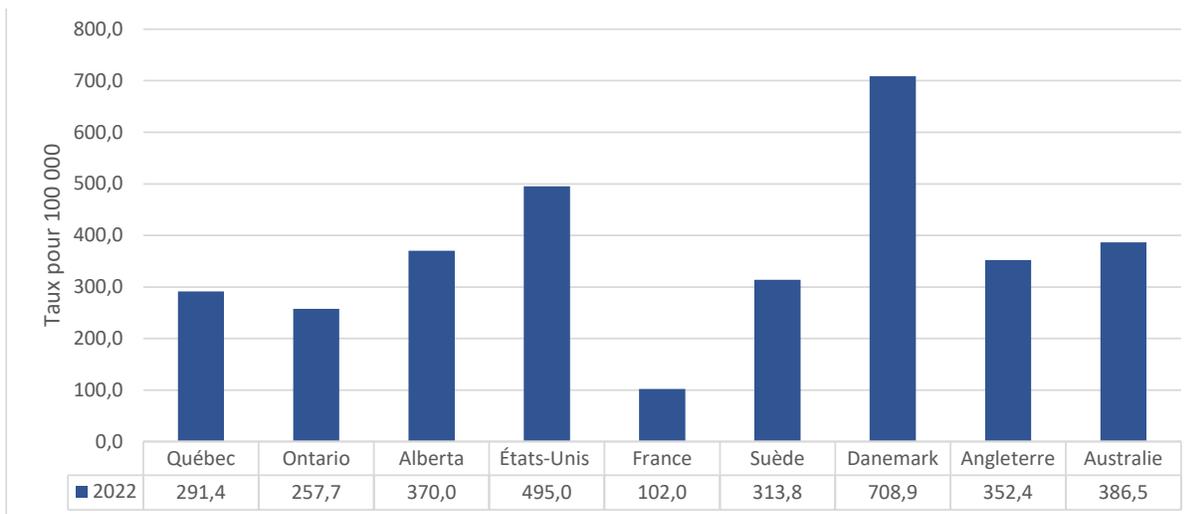


Figure 34 *Chlamydia trachomatis* : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2022.



Infection gonococcique

Tableau 24 Infection gonococcique : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022

Province ou Pays	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	Taux								
Québec	7402	88,1	7515	88,4	5632	65,7	6578	76,5	8112	93,3
Ontario ^{2,9}	10 435	72,9	1148	76,6	9122	61,9	9818	66,3	11 739	77,7
Colombie-Britannique ²	3839	76,6	4190	82,2	4122	80,0	3738	71,9		
Alberta ¹⁰	5008	116,5	5339	122,4	4895	110,8	5016	112,9	4984	109,7
États-Unis ¹¹	583 405	178,3	616 392	187,8	677 769	204,5	710 151	214,0	648 056	194,4
France ^{6,12}	3990		3611		5398	22,0	7077	32,0	8704	44,0
Suède ¹³	2717	26,5	3244	31,4	2690	25,9	2691	25,8	3355	31,9
Danemark ¹²	2197	38,0	2210	38,1	2669	45,8	2818	48,3	3928	66,9
Angleterre ⁷	56 690	101,3	71 133	126,4	50 678	89,6	54 961	97,2	82 592	146,1
Australie ⁸	30 838	127,0	34 745	141,5	29 799	121,1	26 594	109,6	32 877	133,8

Tableau 25 Infection gonococcique : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, selon le sexe, 2018 à 2022

Province ou Pays	2018				2019				2020				2021				2022			
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
	n	Taux																		
Québec	1627	38,6	5726	136,7	1831	43,0	5627	132,5	1435	33,5	4174	97,3	1487	34,6	5060	117,6	1925	44,3	6122	140,6
Ontario ^{2,9}	2807	38,7	7574	107,2	3143	42,7	7956	110,7	2733	36,7	6324	86,9	2099	41,4	6672	91,2	3230	40,0	8500	115
Colombie-Britannique ²	1053	41,6	2763	111,4	1026	39,9	3146	124,8	1227	47,1	2869	112,5	1027	39,1	2693	104,7				
Alberta ¹⁰	2140	100,3	2866	132,4	2266	104,5	3064	139,6	2093	95,3	2798	126,0	2306	104,3	2699	120,8	2245	99,3	2732	119,7
États-Unis ¹⁴	241 074	145,2	341 401	211,9	253 359	152,1	361 586	223,7	290 666	173,8	385 551	234,8	298 015	177,9	410 388	249,7	255 566	152,1	390 548	236,3
Suède ¹³	652		2065		892		2352		621		2066		544		2145		772		2580	
Angleterre ⁷	14 853	52,5	41 125	148,6	19 022	66,8	50 946	183,1	12 568	44,0	37 040	132,4	13 834	47,9	39 386	142,3	20 999	72,8	57 189	206,6
Australie ⁸	8091	67,8	22 628	185,9	9419	78,0	25 203	204,5	8926	74,2	20 766	167,7	8095	68,6	18 410	150,4	9518	79,8	23 206	187,3

Figure 35 Infection gonococcique : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2018-2022

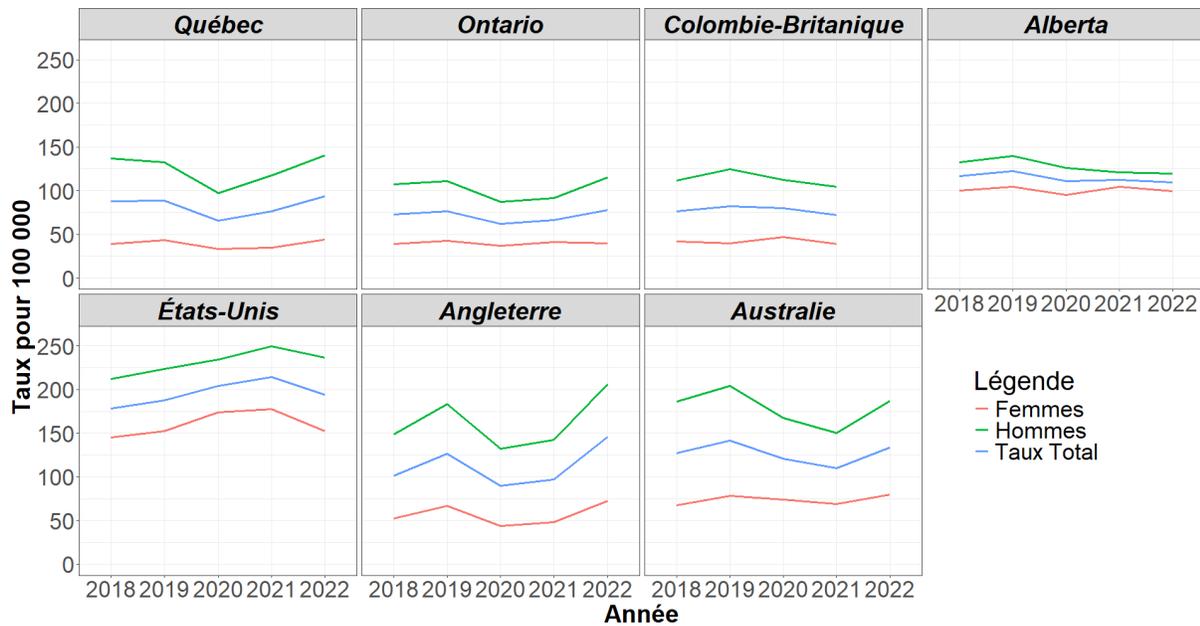
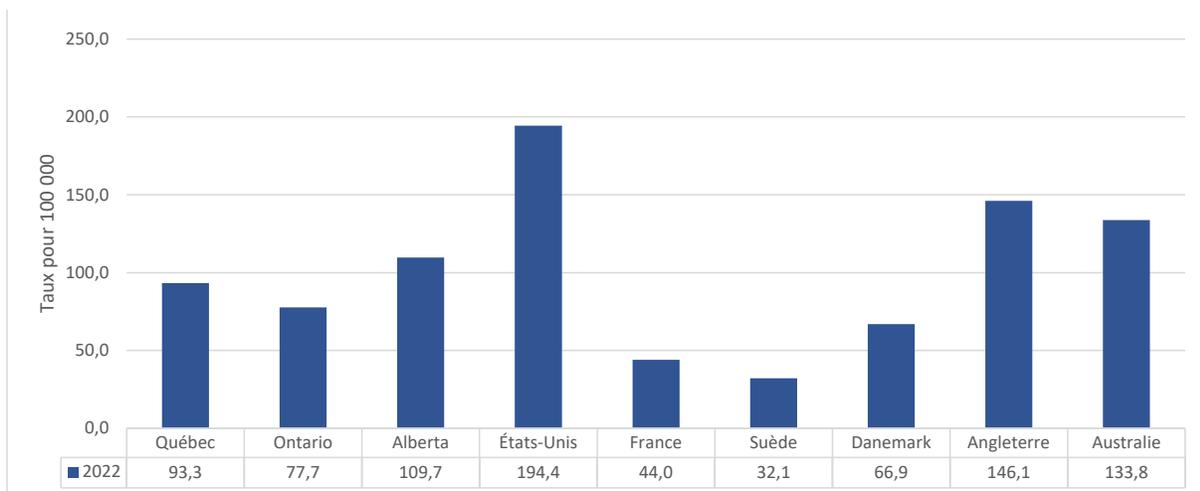


Figure 36 Infection gonococcique : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2022



Syphilis infectieuse

Tableau 26 Syphilis infectieuse : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022

Province ou pays	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	Taux								
Québec	933	11,1	1211	14,2	1067	12,4	867	10,1	1258	14,5
Ontario ^{2,15}	1944	13,6	2448	16,8	2432	16,5	2997	20,2	3560	23,6
Colombie-Britannique ^{2,16}	749	14,9	884	17,4	753	14,6	1121	21,5	1476	28,0
Colombie-Britannique ¹⁷	931	18,5	1067	20,9	910	17,6	1433	27,4	1971	36,8
Alberta ^{2,10}	1544	35,9	2265	51,9	2511	56,9	3209	72,2	3326	73,2
États-Unis ^{18, a}	35 063	10,7	38 992	11,9	41 655	12,6	53 767	16,2	59 016	17,7
France ^{6,19}	1606		1080		982	10,0	1285	15,0	1761	21,0
Suède ¹⁹	479	4,7	431	4,2	473	4,6	583	5,6	535	5,1
Danemark ¹⁹	322	5,6	361	6,2	445	7,6	638	10,9	677	11,5
Angleterre ⁷	7405	13,2	8040	14,3	6941	12,3	7543	13,3	8692	15,4
Australie ⁸	5059	20,8	5900	24,0	5355	21,7	5754	23,5	6036	24,3

^a Cas et taux pour syphilis primaire et secondaire

Figure 37 Syphilis Infectieuse : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2018-2022

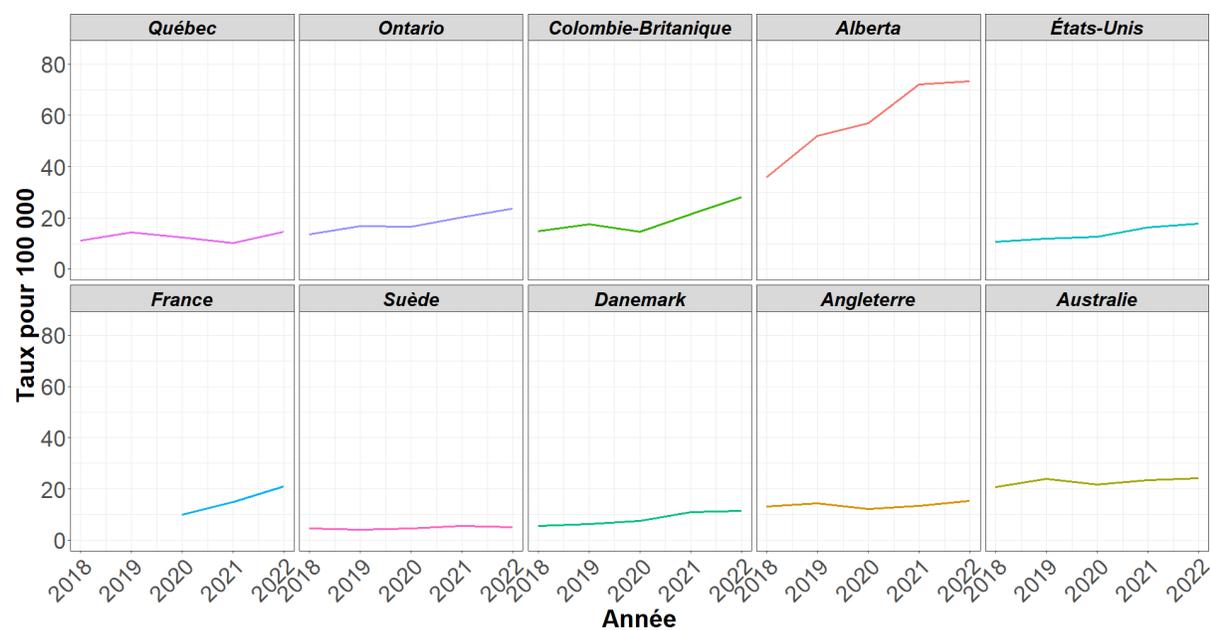


Tableau 27 Syphilis infectieuse : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, selon le sexe, 2018 à 2022

Province ou pays	2018				2019				2020				2021				2022			
	Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes		Femmes		Hommes	
	n	Taux	n	Taux																
Québec	87	2,1	838	20,0	128	3,0	1078	25,4	128	3,0	933	21,8	147	3,4	717	16,7	200	4,6	1052	24,2
Ontario ¹⁵	99	1,4	1833	26,0	160	2,2	2259	31,4	235	3,2	2164	39,7	439	5,9	2490	34,0	660	7,5	2900	40,0
Colombie-Britannique ²	27	1,1	707	28,5	43	1,7	834	33,1	81	3,1	669	26,2	174	6,6	943	36,6				
Alberta ¹⁰	609	28,5	934	43,4	1055	48,7	1210	56,5	1093	49,8	1417	63,9	1451	65,6	1758	79,5	4537	68,0	1788	78,4
États-Unis ¹⁸	4995	3,0	30 034	18,6	6493	3,9	32 402	20,0	7901	4,7	33 646	20,5	12 265	7,3	41 349	25,2	14 652	8,7	44 309	26,8
Suède ²⁰	56		420		29		402		111		363		46		545		123		414	
Danemark ²¹⁻²⁴	82		444		39		326		37		409		52		582		70		60 6 ²¹	
Angleterre ⁷	514	1,8	6784	24,5	673	2,4	7161	25,7	552	1,9	6177	22,1	616	2,1	6552	23,7	743	2,6	7428	26,8
Australie ⁸	736	6,1	4306	35,5	971	8,1	4903	40,0	961	8,0	4372	35,4	1040	8,8	4693	38,3	1063	8,8	4943	39,8

Figure 38 Syphilis Infectieuse: Taux de cas déclarés totaux et selon le sexe pour certaines provinces et pays, 2018-2022

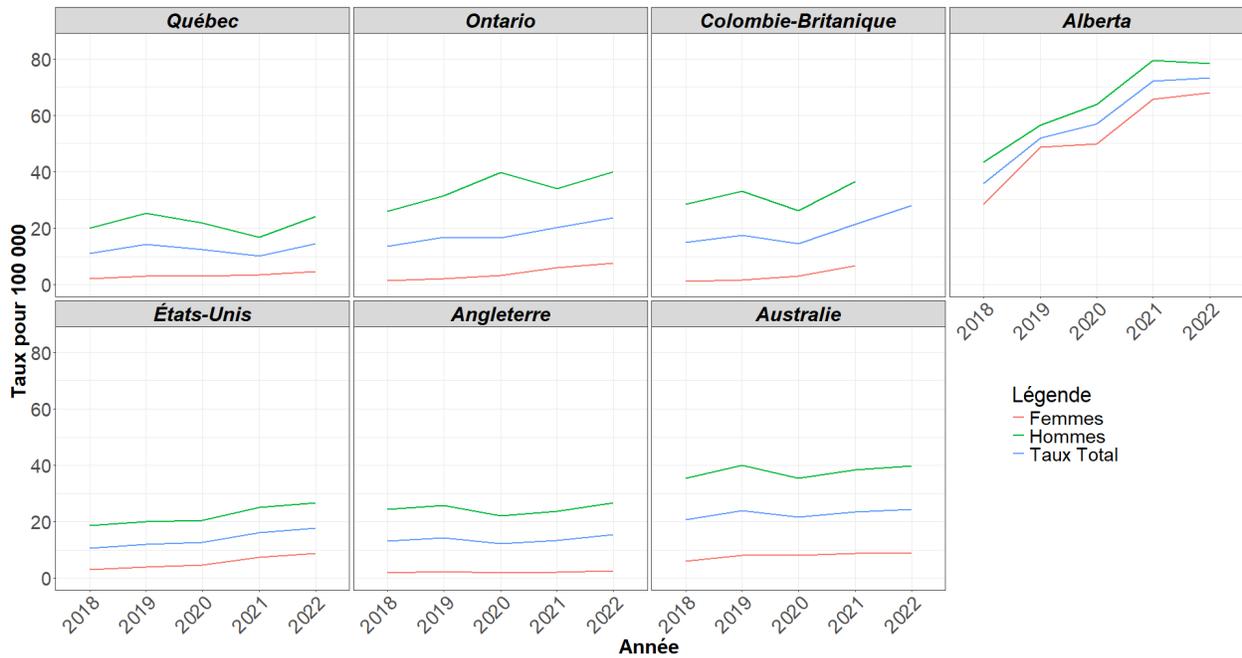
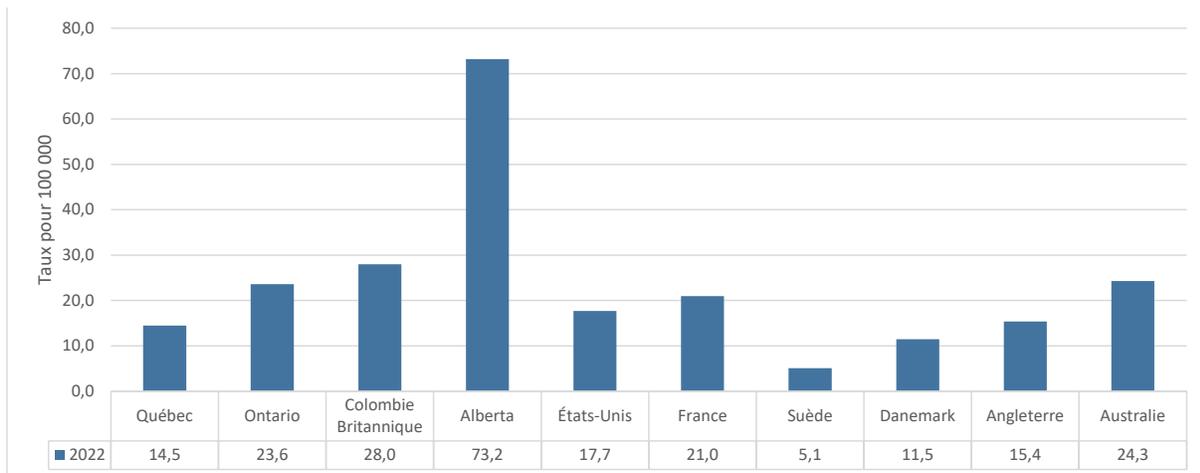


Figure 39 Syphilis infectieuse : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2022



Syphilis congénitale

Tableau 28 Syphilis congénitale : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 naissances vivantes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022

Province ou pays	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux	n	Taux
Québec	1	1,2	2	2,4	3	3,7	6	7	14	17,4
Ontario ^{15, a}	1	0,5	3	1,5	5	1,9	6	2,1	27	9,9
Colombie-Britannique ²⁵	0		3		1		4		3	
Alberta ³	16	30,8	45	87,2	57	116,9	75	152,0	80	169,1
États-Unis ²⁶	1325	34,9	1882	50,2	2162	59,8	2875	78,5	3755	102,5
Suède ²⁷	2	1,7	1	0,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Danemark ²⁷	0	0,0	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Australie ^{28,29}	Allochtone (n = 4)	1,4	Allochtone (n = 3)	1,1	Allochtone (n = 9)	3,3	Allochtone (n = 6)	2,1	Allochtone (n = 7)	
Australie ^{28,29}	Autochtone (n = 4)	18,2	Autochtone (n = 1)	4,6	Autochtone (n = 8)	36,3	Autochtone (n = 9)	38,3	Autochtone (n = 8)	

^a Taux pour 100 000 population

Figure 40 Syphilis congénitale : taux chez moins de 2 ans pour certaines provinces et pays, 2018-2022

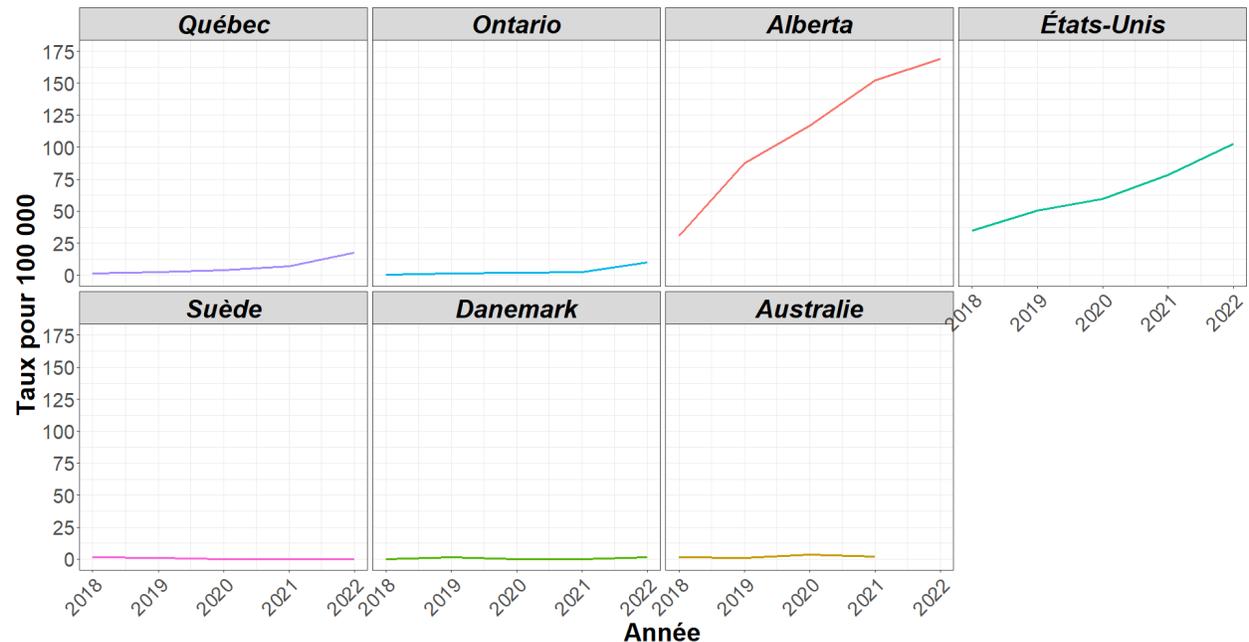


Figure 41 Syphilis congénitale : nombre et taux de cas déclarés pour 100 000 naissances vivantes, Canada, 2018 à 2022

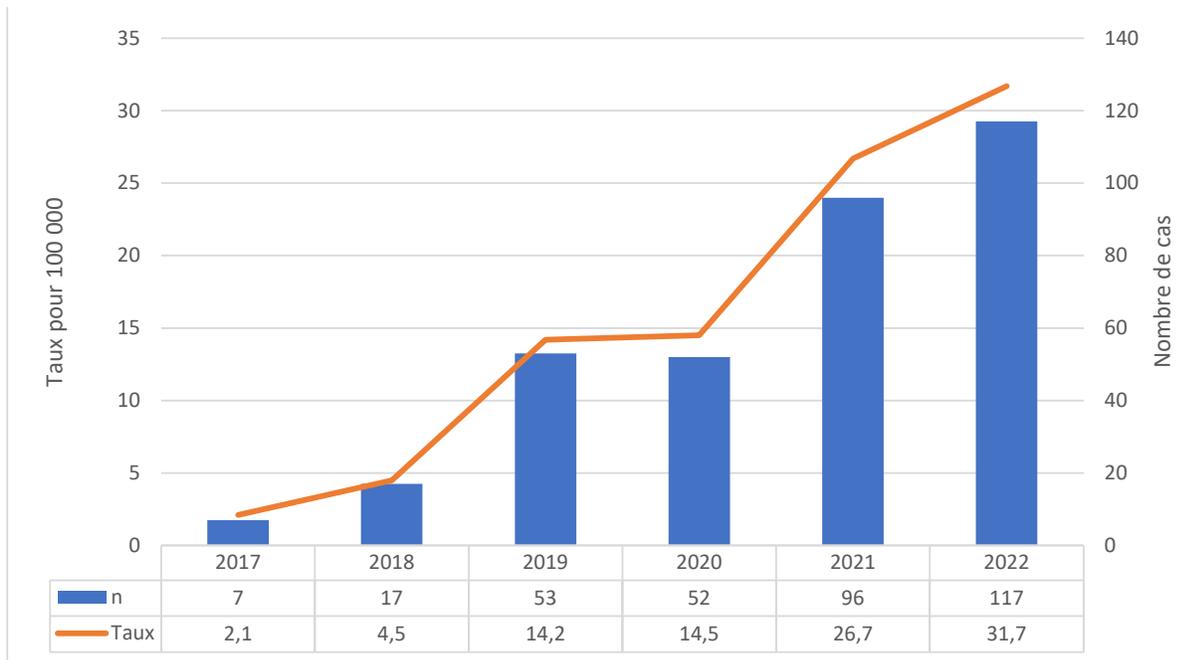
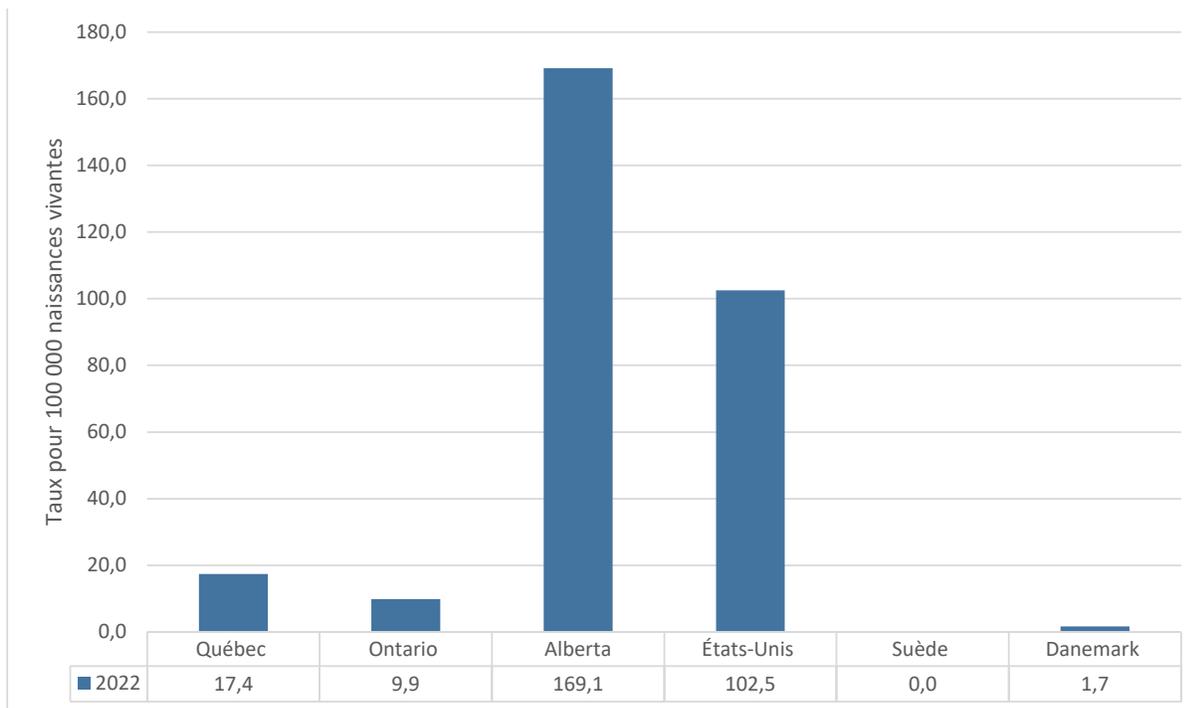


Figure 42 Syphilis congénitale : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2022



Si l'on considère les taux de syphilis infectieuse, on constate une augmentation constante au fil des ans (avec une interruption pendant la pandémie) dans les provinces canadiennes incluses ici et aux États-Unis. Dans les pays européens (à l'exception de la France), les taux sont beaucoup plus bas et augmentent plus lentement. Compte tenu de l'augmentation des taux de syphilis infectieuse, on pourrait s'attendre à ce que les taux de syphilis congénitale suivent la même tendance. En effet, nous constatons que les taux de syphilis congénitale augmentent dans les provinces canadiennes incluses ici et aux États-Unis. Cela contraste avec les taux de syphilis congénitale dans les deux pays européens et en Australie, où les taux sont comparativement très bas et stables.

Hépatite C

Tableau 29 Hépatite C : Nombre de cas déclarés et taux pour 100 000 personnes pour quelques provinces et pays, 2018 à 2022

Province ou pays	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	Taux								
Québec	1248	14,9	1089	12,8	794	9,3	786	9,1	742	8,5
Ontario³⁰⁻³²	5351	37,4	4877	33,5	2866	19,5	3019	20,4	2758	18,2
Colombie-Britannique³⁰	1973	39,4	1830	35,9	1386	27,8	1363	26,2		
Alberta³⁰	1460	34,0	1324	30,3	601	13,6	653	14,7		
Suède³³	1610	15,9	1397	13,7	1023	9,9	1131	10,9		
Danemark³³	183	3,2	122	2,1	161	2,8	149	2,6		
Australie³⁴	9565	38,6	9176	36,4	8078	31,7	7547	29,5	6728	25,8

Figure 43 Hépatite C : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays 2018-2022

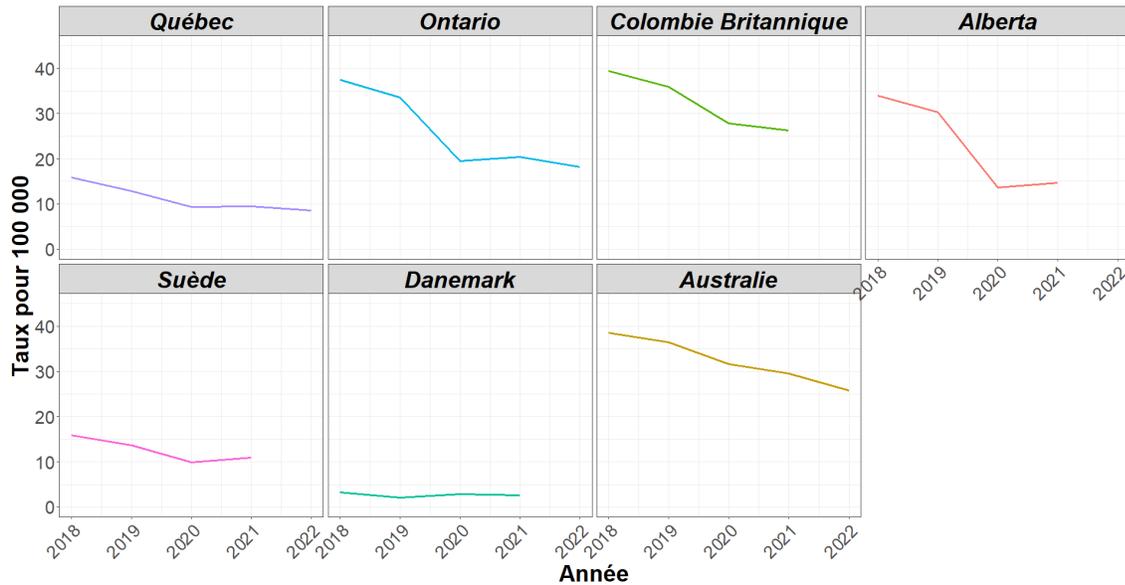
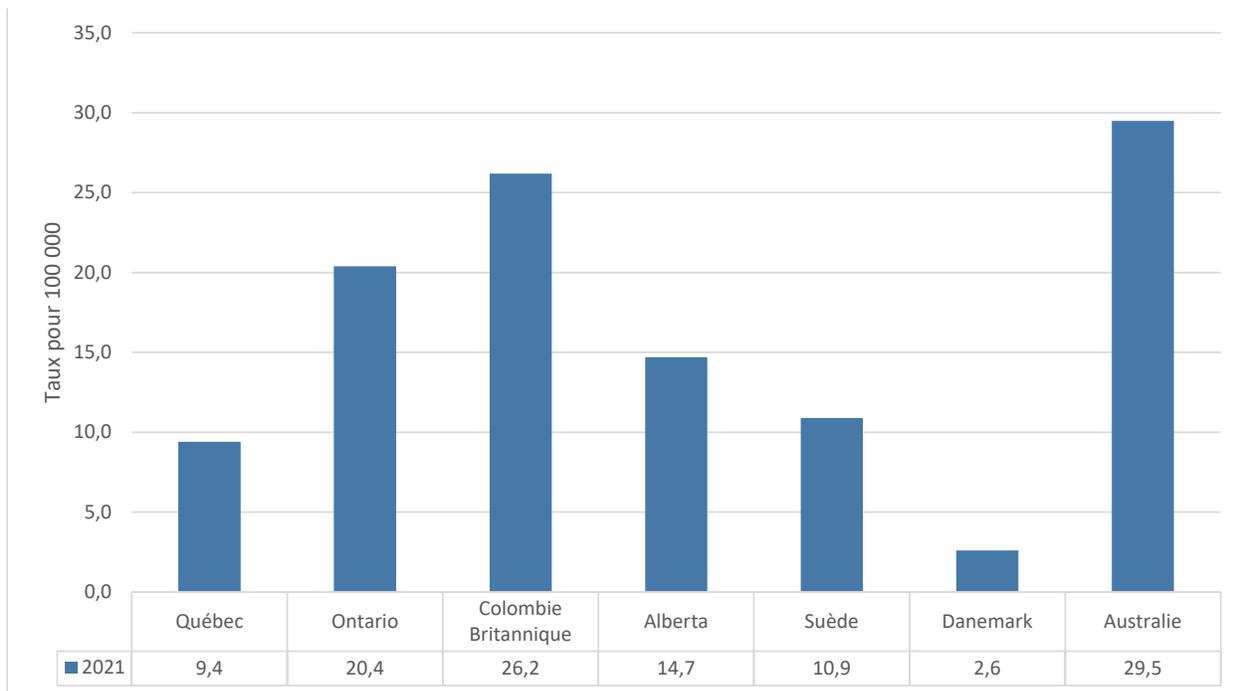


Figure 44 Hépatite C : taux de cas déclarés pour certaines provinces et pays, 2021



Infection par le VIH

Tableau 30 VIH : Nouveaux diagnostics et taux de nouveaux diagnostics pour 100 000 personnes pour certaines provinces, 2018-2022

Province/Pays	2018		2019		2020		2021		2022	
	n	Taux								
Québec ³⁵	329	3,9	309	3,6	212	2,5	246	2,9	422	4,9
Ontario ^{36,37}	738	5,2	683	4,7	515	3,5	485	3,3	623	4,1
Colombie-Britannique ³⁶⁻³⁸	198	4,0	176	3,5	136	2,6	144	2,8	134	2,5
Alberta ^{36,37}	250	5,8	252	5,8	147	3,3	179	4,0	286	4,2

Figure 45 VIH : taux de nouveaux diagnostics pour certaines provinces au Canada 2018-2022

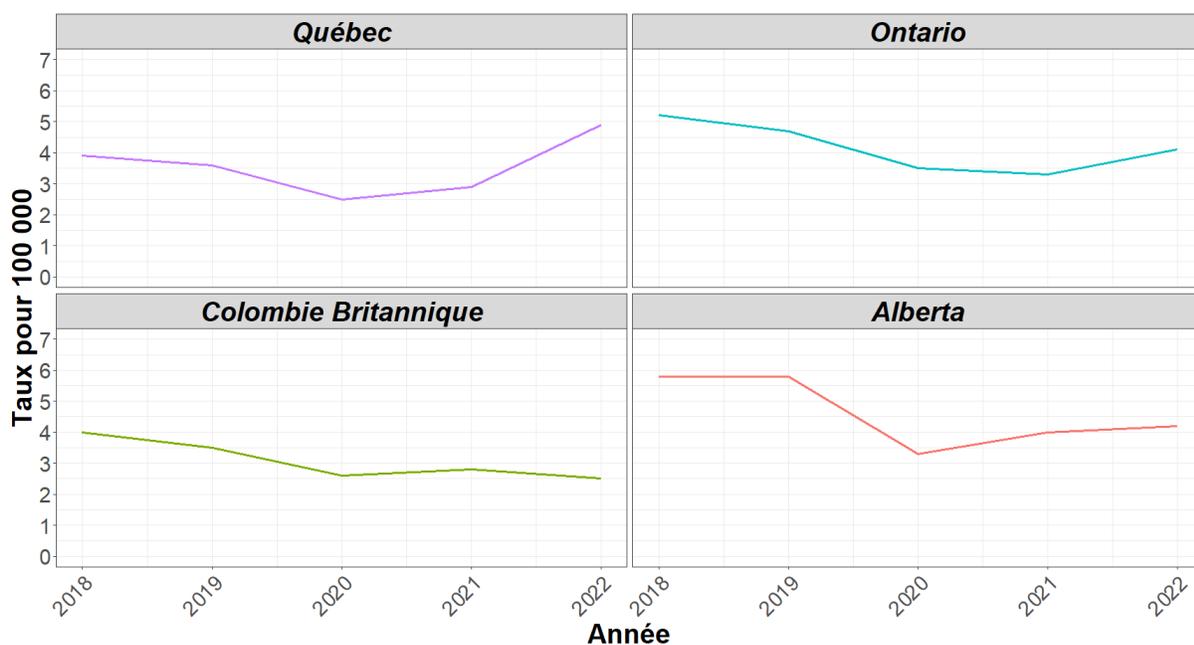
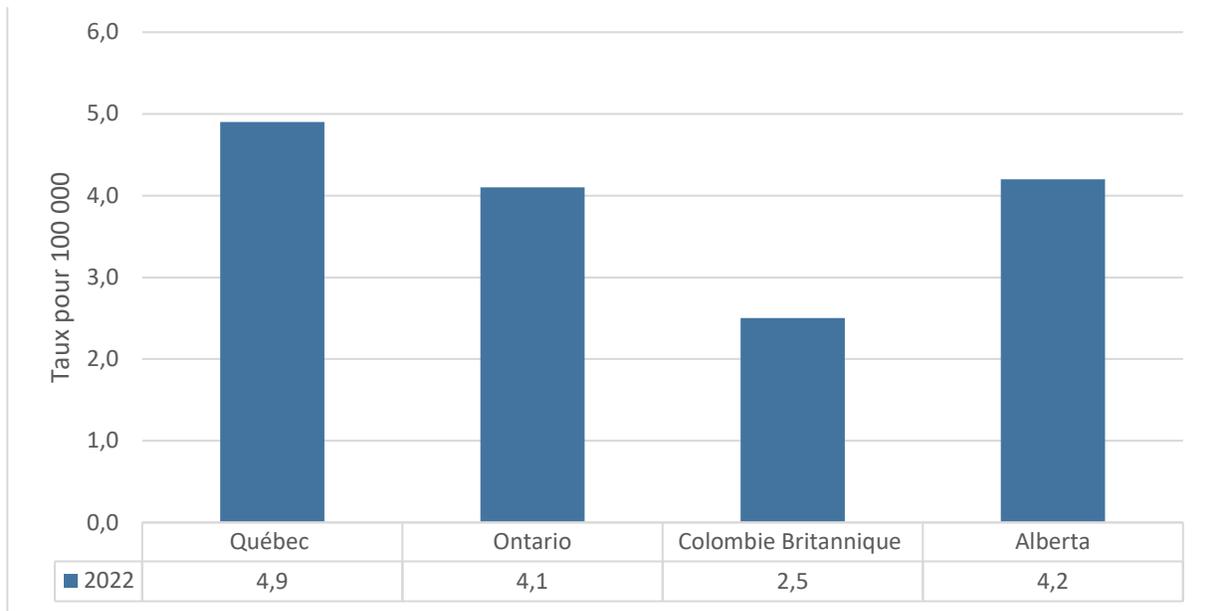


Figure 46 VIH : taux d'incidence de nouveaux diagnostics en 2022 pour certaines provinces au Canada



Références de l'annexe 5

1. *Chlamydia in Ontario : Focus on 2022*. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario); 2024. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/2023/chlamydia-ontario-focus-2022.pdf?rev=d7e0d63507a0423fa4c05114a136f34f&sc_lang=en
2. *Chlamydia, Gonorrhea and Infectious Syphilis in Canada: 2021 Surveillance Data Update*. Public Health Agency of Canada; 2023. Accessed April 27, 2024. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/chlamydia-gonorrhea-infectious-syphilis-2021-surveillance-data.html>
3. *Alberta Sexually Transmitted Infections and HIV 2022*. Government of Alberta; 2023. <https://open.alberta.ca/dataset/c6850032-20d3-4845-a465-568ed7e61b7c/resource/facb3e6b-3890-4606-be07-45d5c35565e9/download/hlth-alberta-sexually-transmitted-infections-and-hiv-2022.pdf>
4. *Sexually Transmitted Infections Surveillance, 2022 - Table 3. Chlamydia — Reported Cases and Rates of Reported Cases by State/Territory and Region in Alphabetical Order, United States, 2018–2022*. Center for Disease Control and Prevention; 2024. Accessed April 27, 2024. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/tables/3.htm>
5. *Chlamydia - Annual Epidemiological Report for 2022*. European Center for Disease Prevention and Control; 2024. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/CHLAM_AER_2022_Report.pdf
6. Niaré D, Launay T, Rossignol L, et al. *Surveillance Des Infections Sexuellement Transmissibles Bactériennes En Médecine Générale, France Métropolitaine, 2020-2022*. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, Santé Publique France; 2023. Accessed April 27, 2024. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/24-25/2023_24-25_2.html
7. *Sexually Transmitted Infections (STIs): Annual Data Tables*. UK Health Security Agency; 2023. Accessed April 25, 2024. <https://www.gov.uk/government/statistics/sexually-transmitted-infections-stis-annual-data-tables>
8. *Detailed Sexually Transmissible Infections Dashboards*. Kirby Institute, UNSW; 2022. Accessed April 25, 2024. <https://www.data.kirby.unsw.edu.au/sexually-transmissible-infections>
9. *Gonorrhea in Ontario: Focus on 2022*. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario); 2024. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/G/2023/gonorrhea-ontario-focus-2022.pdf?rev=7e857b5d18454de2a7245df143ec16c1&sc_lang=en
10. *Alberta Interactive Health Data Application*. Government of Alberta; 2024. Accessed April 27, 2024. http://www.ahw.gov.ab.ca/IHDA_Retrieval/selectSubCategory.do
11. *Sexually Transmitted Infections Surveillance, 2022 - Table 15. Gonorrhea — Reported Cases and Rates of Reported Cases by Age Group and Sex, United States, 2018–2022*. Center for Disease Control and Prevention; 2023. Accessed April 27, 2024. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/tables/15.htm>
12. *Gonorrhoea - Annual Epidemiological Report for 2022*. European Center for Disease Prevention and Control; 2024. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/GONO_AER_2022_Report%20FINAL.pdf
13. *Gonorré – sjukdomsstatistik*. Accessed April 26, 2024. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/gonorre/>

14. Table 15. Gonorrhoea — Reported Cases and Rates of Reported Cases by Age Group and Sex, United States, 2018–2022. Published November 30, 2023. Accessed April 26, 2024. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/tables/15.htm>
15. Infectious Syphilis and Early Congenital Syphilis in Ontario: Focus on 2022. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario); 2024. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/S/2023/syphilis-ontario-focus-2022.pdf?rev=65558c76d7df4a13addbc19c16565dab&sc_lang=en
16. Infectious Syphilis and Congenital Syphilis in Canada, 2022. Public Health Agency of Canada; 2023. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2023-49/issue-10-october-2023/ccdrv49i10a04a-eng.pdf>
17. Syphilis Indicators in British Columbia : BCCDC CPS Surveillance Report. BC Center for Disease Control; 2023. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/STI/Syphilis_indicator_Report_2023Q4.pdf
18. Sexually Transmitted Infections Surveillance, 2022 - Table 25. Primary and Secondary Syphilis — Reported Cases and Rates of Reported Cases by Age Group and Sex, 2018–2022. Center for Disease Control and Prevention; 2023. Accessed April 26, 2024. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/tables/25.htm>
19. Syphilis - Annual Epidemiological Report for 2022. European Center for Disease Prevention and Control; 2024. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/SYPH_AER_2022_Report_0.pdf
20. Syfilis – Sjukdomsstatistik. Public Health Agency of Sweden (Fohm) Accessed April 28, 2024. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/statistik-a-o/sjukdomsstatistik/syfilis/>
21. Syphilis 2018. Statens Serum Institut, Danish Ministry of Health; 2019. Accessed April 26, 2024. <https://en.ssi.dk/surveillance-and-preparedness/surveillance-in-denmark/annual-reports-on-disease-incidence/syphilis-2018>
22. *Syphilis 2019 and 2020*. Statens Serum Institut, Danish Ministry of Health; 2022. Accessed April 28, 2024. <https://en.ssi.dk/surveillance-and-preparedness/surveillance-in-denmark/annual-reports-on-disease-incidence/syphilis-2019-and-2020>
23. *Syphilis 2021*. Statens Serum Institut, Danish Ministry of Health; 2023. Accessed April 28, 2024. <https://en.ssi.dk/surveillance-and-preparedness/surveillance-in-denmark/annual-reports-on-disease-incidence/syphilis-2021>
24. *Syphilis 2022*. Statens Serum Institut, Danish Ministry of Health; 2024. Accessed April 28, 2024. <https://en.ssi.dk/surveillance-and-preparedness/surveillance-in-denmark/annual-reports-on-disease-incidence/syphilis-2022>
25. *British Columbia Syphilis Indicators- 2023 Q4*. BC Center for Disease Control; 2023. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/STI/Syphilis_indicator_Report_2023Q4.pdf

26. *Sexually Transmitted Infections Surveillance, 2022 - Table 32. Congenital Syphilis — Reported Cases and Rates of Reported Cases by Year of Birth, by State/Territory* and Region in Alphabetical Order, United States, 2018–2022*. Center for Disease Control and Prevention; 2024. Accessed April 28, 2024. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/tables/32.htm>
27. *Congenital Syphilis - Annual Epidemiological Report for 2022*. European Center for Disease Prevention and Control; 2024. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/congenital-syphilis-annual-epidemiological-report-2022_0.pdf
28. King J, McManus H, Kwon A, Gray R, McGregor S. *HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmissible Infections in Australia- Annual Surveillance Report 2022*. The Kirby Institute, UNSW Sydney; 2022. https://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/documents/Annual-Surveillance-Report-2022_STI.pdf
29. *Syphilis*. The Kirby Institute, UNSW Sydney; 2022. Accessed April 28, 2024. <https://www.data.kirby.unsw.edu.au/syphilis>
30. *Hepatitis C in Canada: 2021 Surveillance Data Update*. Public Health Agency of Canada; 2023. Accessed April 28, 2024. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hepatitis-c-canada-2021-surveillance-data-update.html>
31. *Diseases of Public Health Significance Cases for January to December 2022*. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario); 2024. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/Surveillance-Reports/Infectious/2022/surveillance-report-infectious-diseases-jan-dec-2022.pdf?rev=5549ab2c6b25405cbcf7caa18e07fb96&sc_lang=en
32. *Hepatitis C*. Public Health Ontario Accessed April 28, 2024. <https://www.publichealthontario.ca/en/Diseases-and-Conditions/Infectious-Diseases/Blood-Borne-Infections/Hepatitis-C>
33. *Hepatitis C- Annual Epidemiological Report for 2022*. European Center for Disease Prevention and Control; 2024. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-HEP-C-2021.pdf>
34. *Hepatitis C*. Kirby Institute, UNSW Accessed April 28, 2024. <https://www.data.kirby.unsw.edu.au/hepatitis-c>
35. Bitera R et coll. *Programme de Surveillance de l'infection Par Le Virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) Au Québec: Rapport Annuel 2022*. Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Centre de recherche du CHU de Québec, Hôpital du Saint-Sacrement, Axe Santé des populations et pratiques optimales en santé. Données fournies avant publication par R. Bitera en décembre 2023.
36. *HIV in Canada, Surveillance Report to December 31, 2021*. Public Health Agency of Canada; 2023. Accessed April 28, 2024. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-canada-surveillance-report-december-31-2021.html>
37. *Canada PHA of. HIV in Canada : 2022 Surveillance highlights*. Published December 1, 2023. Accessed April 28, 2024. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/hiv-2022-surveillance-highlights.html>
38. *Sexually Transmitted and Blood Borne Infection (STBBI) and Tuberculosis (TB) Surveillance Report*. BC Center for Disease Control https://bccdc.shinyapps.io/stbbi_tb_surveillance_report/

ANNEXE 6 CATÉGORIES D'EXPOSITION DES NOUVEAUX DIAGNOSTICS D'INFECTION PAR LE VIH, 2013-2022

Tableau 31 Nombre de cas d'infections par le VIH selon le genre et l'année du prélèvement, Québec, 2013-2022

Année	Anciens diagnostics				Nouveaux diagnostics				Diagnostics non caractérisés			Ensemble des cas			
	H	F	Trans*	s/tot	H	F	Trans*	s/tot	H	F	s/tot	H	F	Trans*	Total
2013	193	84	0	277	302	63	0	365	17	4	21	512	151	0	663
2014	149	76	0	225	239	53	0	292	16	1	17	404	130	0	534
2015	212	81	2	295	255	51	0	306	8	2	10	475	134	2	611
2016	244	70	2	316	251	53	0	304	5	1	6	500	124	2	626
2017	228	100	0	328	266	86	0	352	14	7	21	508	193	0	701
2018	207	129	2	338	245	83	1	329	3	4	7	455	216	3	674
2019	223	115	2	340	231	75	3	309	3	3	6	457	193	5	655
2020	213	88	0	301	164	48	0	212	1	1	2	378	137	0	515
2021	198	67	3	268	197	46	3	246	2	0	2	397	113	6	516
2022	335	151	3	489	306	114	2	422	5	1	6	646	266	5	917

Note : Ancien diagnostic : antécédent connu de test positif. Nouveau diagnostic : aucun antécédent de test positif. Trans* : inclus les hommes trans et les femmes trans. H : hommes, F : Femmes, s/tot : sous-total

Source : Données provisoires tirées du Programme de surveillance du VIH au Québec (INSPQ), janvier 2024.

Tableau 32 Répartition des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie d'exposition et année du prélèvement chez les HOMMES, 2013-2022

Année	HARSAH		HARSAH/PUDI		PUDI		Pays endémiques		Relations hétérosexuelles				Transfusion Facteurs de coagulation	Aucun risque identifié	Mère- Enfant	Total
									Partenaire à risque		Partenaire sans risque identifié					
	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	n	N	
2013	231	76,5	9	6	2,0	24	7,9	9	3,0	18	6,0	0	1	4	302	
2014	177	74,1	5	11	4,6	26	10,9	9	3,8	11	4,6	0	0	0	239	
2015	193	75,7	7	6	2,4	23	9,0	7	2,7	18	7,1	0	0	1	255	
2016	200	79,7	4	4	1,6	18	7,2	6	2,4	19	7,6	0	0	0	251	
2017	154	57,9	2	7	2,6	64	24,1	12	4,5	24	9,0	0	3	0	266	
2018	165	67,3	5	11	4,5	31	12,7	11	4,5	22	9,0	0	0	0	245	
2019	164	71	8	2	0,9	29	12,6	3	1,3	25	10,8	0	0	0	231	
2020	115	70,1	6	9	5,5	15	9,1	3	1,8	15	9,1	0	1	0	164	
2021	137	69,5	9	5	2,5	16	8,1	7	3,6	22	11,2	0	0	1	197	
2022	159	52,0	5	6	2,0	105	34,3	4	1,3	26	8,5	0	1	0	306	

Note : Les partenaires à risque ont un des risques suivants : VIH+, originaires de pays endémique, PUDI, HARSAH, receveur transfusion ou facteur de coagulation. Relations hétérosexuelles avec des partenaires sans risque identifié, mais avec multiples partenaires, des travailleur(euse) du sexe, antécédents ITS, séjour en pays endémique, sans précision sur les partenaires.

Tableau 33 Répartition des nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie principale d'exposition et année du prélèvement chez les FEMMES, 2013-2022.

Année	PUDI		Pays endémiques		Relations hétérosexuelles				Transfusion Facteur de coagulation	Aucun risque identifié	Mère- Enfant	Total
					Partenaire à risque		Partenaire sans risque identifié					
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	n	n	N
2013	11	17,5	34	54,0	4	6,3	12	19,0	0	1	1	63
2014	4	7,5	30	56,6	11	20,8	7	13,2	0	1	0	53
2015	2	3,9	24	47,1	20	39,2	3	5,9	0	1	1	51
2016	2	3,8	35	66,0	8	15,1	7	13,2	0	0	1	53
2017	0	0,0	67	77,9	10	11,6	7	8,1	0	0	2	86
2018	7	8,4	52	62,7	11	13,3	12	14,5	0	0	1	83
2019	0	0,0	55	73,3	5	6,7	14	18,7	0	1	0	75
2020	3	6,3	29	60,4	8	16,7	7	14,6	0	0	1	48
2021	3	6,5	28	60,9	10	21,7	4	8,7	0	1	0	46
2022	3	2,6	88	77,2	5	4,4	14	12,3	0	0	4	114

Note : Les partenaires à risque ont un des risques suivants : VIH+, origine pays fortement endémique, PUDI, HARSAH, receveur transfusion ou facteur de coagulation.

Relations hétérosexuelles avec des partenaires sans risque identifié, mais avec multiples partenaires, travailleur(euse) du sexe, antécédents ITS, séjour en pays endémique, sans autre précision sur les partenaires.

Tableau 34 Nouveaux diagnostics d'infections par le VIH par catégorie d'exposition et année du prélèvement, sexes réunis, 2013-2022

Année	HARSAH		HARSAH /PUDI	PUDI		Pays endémiques		Relations hétérosexuelles				Transfusion Facteurs de coagulation	Aucun risque identifié	Mère-Enfant	Total
	n	%		n	n	%	n	%	Partenaire à risque		Partenaire sans risque identifié				
			n						%	n	%	n	%	n	N
2013	231	63,3	9	17	4,7	58	15,9	13	3,6	30	8,2	0	2	5	365
2014	177	60,6	5	15	5,1	56	19,2	20	6,8	18	6,2	0	1	0	292
2015	193	63,1	7	8	2,6	47	15,4	27	8,8	21	6,9	0	1	2	306
2016	200	65,8	4	6	2,0	53	17,4	14	4,6	26	8,6	0	0	1	304
2017	154	43,8	2	7	2,0	131	37,2	22	6,3	31	8,8	0	3	2	352
2018	166	50,5	5	18	5,5	83	25,2	22	6,7	34	10,3	0	0	1	329
2019	167	54,0	8	2	0,6	84	27,2	8	2,6	39	12,6	0	1	0	309
2020	115	54,2	6	12	5,7	44	20,8	11	5,2	22	10,4	0	1	1	212
2021	139	56,5	9	8	3,3	44	17,9	18	7,3	26	10,6	0	1	1	246
2022	161	38,2	5	9	2,1	193	45,7	9	2,1	40	9,5	0	1	4	422

Note : Les partenaires à risque ont un des risques suivants : VIH+, origine pays fortement endémique, PUDI, HARSAH, receveur transfusion ou facteur de coagulation.

Relations hétérosexuelles avec des partenaires sans risque identifié, mais avec multiples partenaires, travailleur(euse) du sexe, antécédents ITS, séjour en pays endémique, sans autre précision sur les partenaires.

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca