

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2015 (et projections 2016)



SOMMAIRE

Novembre 2016

Karine Blouin, Sylvie Venne, Gilles Lambert

Avec plus de 31 000 cas déclarés en 2015, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) représentent 75 % de l'ensemble des infections recensées dans le fichier des maladies à déclaration obligatoire (MADO). À celles-ci s'ajoutent l'infection par le VIH qui n'est pas à déclaration obligatoire mais fait l'objet d'une collecte de renseignements à des fins de surveillance et d'autres infections transmissibles sexuellement très fréquentes telles l'herpès génital et les infections au virus du papillome humain.

Principaux constats

- L'infection à *Chlamydia trachomatis* est la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Elle touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans. L'incidence des cas déclarés augmente de manière constante, surtout chez les hommes. Cette hausse de cas déclarés pourrait être expliquée en partie par l'évolution des méthodes de détection de cette infection.
- Le taux d'incidence et le nombre de cas déclarés d'infection gonococcique ont plus que doublé entre 2011 et 2015. De plus, cette hausse semble s'accroître en 2016 chez les hommes. La hausse rapide et importante du nombre de cas déclarés d'infection gonococcique semble expliquée, en partie, par la possibilité de détecter plus facilement les infections extragénitales grâce à des analyses plus sensibles que la culture. Le nombre d'infections extragénitales déclarées en 2015 est sept fois plus élevé qu'en 2011. La progression de la résistance du gonocoque aux antibiotiques utilisés pour le traitement de cette infection pose plusieurs défis, notamment celui d'assurer la surveillance des résistances et des échecs au traitement, et celui d'être en mesure de proposer des schémas thérapeutiques efficaces.
- Même si la hausse réelle de l'incidence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* et de l'infection gonococcique est possiblement de moindre envergure que la hausse observée des cas déclarés, il est indéniable que ces infections sont extrêmement fréquentes, particulièrement chez les jeunes, et force est de constater que l'épidémie se poursuit. En fait, une meilleure détection des cas nous permet probablement d'avoir un portrait de plus en plus juste de l'ampleur de cette épidémie, même si elle est probablement encore sous-estimée.
- L'épidémie de syphilis infectieuse, initialement concentrée dans la région de Montréal, touche maintenant la plupart des régions du Québec. La hausse importante observée au cours des dernières années est inquiétante et touche surtout les hommes. Toutefois, les femmes ne sont pas épargnées, notamment celles en âge de procréer, ce qui rend possible la survenue de syphilis congénitale.

- Une recrudescence de la **lymphogranulomatose vénérienne** est observée depuis le printemps 2013 et touche presque exclusivement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Cette hausse s'est d'ailleurs fortement intensifiée en 2014 et en 2015. Le nombre de cas projetés pour l'année 2016 est légèrement supérieur à celui de l'année 2015.
- Le taux de cas déclarés d'**hépatite B** (de stade aigu, chronique ou non précisé) a diminué de 59 % entre 1994 et 2011. Depuis 2011, le taux est plutôt stable. Le virus de l'hépatite B est toujours présent au Québec, ce qui justifie de poursuivre les efforts pour augmenter la couverture du programme universel de vaccination en milieu scolaire et pour promouvoir la vaccination auprès des groupes de personnes davantage à risque.
- Environ 1 100 cas d'**hépatite C** (de stade aigu ou de stade non précisé) ont été déclarés en 2015. L'impact de l'hépatite C sur les services de santé, sa fréquence parmi les utilisateurs de drogues ainsi que la sous-estimation du nombre réel de cas aigus constituent des enjeux reconnus. D'autres enjeux sont de plus en plus préoccupants : la transmission sexuelle du virus de l'hépatite C chez les HARSAH vivant 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, notamment les personnes qui utilisent des drogues par injection (UDI).
- Le nombre annuel de nouveaux diagnostics de **VIH** diminue. Une tendance à la hausse a été observée entre 2009 et 2013 chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) de 15 à 24 ans, mais cette augmentation ne semble pas se poursuivre en 2014 et 2015. Cette tendance doit être interprétée avec prudence puisqu'il s'agit d'un faible nombre de cas.

Populations particulièrement touchées

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

- Les personnes UDI sont particulièrement affectées par le virus de l'**hépatite C** et par le **VIH**. Une hausse encourageante de la proportion de personnes UDI ayant consulté un médecin récemment pour leur infection par le VIH et prenant des médicaments contre le VIH a été observée au cours des dix dernières années.
- Les hommes gais et autres HARSAH constituent la population la plus touchée par la **syphilis** et la **lymphogranulomatose vénérienne**; ils représentent une proportion très importante des cas d'infection gonococcique et des cas d'infection au VIH. Chez les HARSAH et chez les autres groupes de population, les indicateurs de la « cascade de soins » reliée au VIH sont peu documentés, notamment le moment d'initiation de la thérapie antirétrovirale, le niveau d'adhésion à cette thérapie ainsi que le niveau de la charge virale des personnes infectées.
- La prévalence du **VIH** observée lors d'une étude récente auprès des communautés montréalaises originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes anglophones était de 1,4 %, soit une prévalence 7 fois plus élevée que celle de la population générale (0,2 %) et environ 10 fois moins élevée que celle observée parmi les UDI (14,0 %) et les HARSAH (13,5 %).
- La proportion de personnes ignorant qu'elles sont infectées par le **VIH** varie selon le groupe de population. Globalement, on estime que 21,7 % des 19 870 personnes vivant avec le VIH en 2014 au Québec ignoraient qu'elles étaient infectées.

Pistes d'action¹

Les constats issus de la vigie et de la surveillance des ITSS confirment la pertinence de consolider les actions et la mobilisation pour mieux joindre, dépister, détecter et traiter les ITSS. La prévention des ITSS est l'un des objectifs poursuivis par le [Programme national de santé publique 2015-2025²](#) (PNSP), lequel définit l'offre de services de santé publique déployée par le réseau de la santé et des services sociaux.

En matière de lutte contre les ITSS, une **approche intégrée** permet à la fois de cibler un ensemble de facteurs souvent communs à plusieurs de ces infections et d'aborder la santé sexuelle et la consommation de substances psychoactives. Une telle approche intégrée repose sur un ensemble d'actions qui couvre le continuum des interventions au regard des ITSS et peut se résumer par trois actions clés : **joindre, dépister et détecter, traiter**.

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

Dépister et détecter sont des interventions plus ciblées qui visent à joindre efficacement les personnes à risque afin d'identifier les personnes infectées. Les ITSS sont souvent asymptomatiques. Le déploiement d'approches adaptées aux besoins et caractéristiques des groupes vulnérables est d'une grande importance. Par ailleurs, l'évaluation régulière des facteurs de risque des personnes actives sexuellement permet le dépistage des infections chez les personnes qui ne font pas partie des

groupes vulnérables. La reconnaissance des signes et des symptômes des ITSS par les professionnels de la santé est le complément essentiel du dépistage pour favoriser une détection précoce des personnes infectées.

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

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

- surveillance pour favoriser l'appropriation et l'utilisation des données de surveillance pour soutenir la planification et l'évaluation des actions;
- gestion pour contrer le travail en silo, optimiser l'utilisation des ressources et améliorer la réponse aux besoins de la population;
- protection pour consolider l'intervention préventive de santé publique à la suite de la déclaration d'une ITSS;
- création d'environnements favorables en collaborant à la création d'environnements sains et sécuritaires et à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la prévention des ITSS.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2015-2025 JOINDRE, DÉPISTER ET DÉTECTER, TRAITER Intégrer la prévention des ITSS dans les plans d'action régionaux de santé publique. Document complémentaire. Document de travail inédit*

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2015-2025 : pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015a, 86 p. Également disponible en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>

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

Infections	Province de Québec					
	2011		2015		2016p ¹	
	N	Tx	N	Tx	N	Tx
BACTÉRIENNES						
Infection génitale à <i>Chlamydia trachomatis</i>	19 167	239,4	24 449	294,9	24 971	298,8
▪ < 1 an – Sexes réunis ²	8	9,0	3	3,4	2	1,8
▪ 15-24 ans – Hommes	3 188	620,5	4 310	871,1	4 242	877,5
▪ 15-24 ans – Femmes	9 547	1 900,1	10 563	2 189,9	10 453	2 227,8
Lymphogranulomatose vénérienne	13	0,2	107	1,3	118	1,4
Infection gonococcique	1 873	23,4	3 926	47,4	4 911	58,8
▪ < 1 an – Sexes réunis	0	0,0	1	1,1	2	1,8
▪ 15-24 ans – Hommes	404	78,6	756	152,8	898	185,7
▪ 15-24 ans – Femmes	422	84,0	609	126,3	455	97,1
Syphilis infectieuse³	647	8,1	737	8,9	894	10,7
▪ 15-24 ans – Hommes	115	22,4	92	18,6	79	16,3
▪ 15-24 ans – Femmes	11	2,2	5	1,0	12	2,5
Syphilis congénitale	1	0,6	0	0,0	2	0,9
VIRALES						
Hépatite B⁴	862	10,8	884	10,7	922	11,0
▪ aiguë	22	0,3	11	0,1	12	0,1
▪ < 1 an – Sexes réunis	2	2,3	0	0,0	0	0,0
Hépatite C⁵	1 344	16,8	1 073	12,9	1 113	13,3
▪ < 1 an – Sexes réunis	1	1,1	6	6,7	0	0,0
Infection par le VIH⁶	321	4,0	299	3,6	nd	nd
▪ Transmission mère-enfant ⁷	0		1		nd	nd
▪ HARSAH ⁸	199	nd	188	nd	nd	nd
Résultats d'études auprès de populations spécifiques						
UDI – incidence du VHC (anticorps)	1997-2015 : 21,9 pour 100 personnes-années (2010 : 15,3; 2011 : 12,1 ; 2012 : 17,3 ; 2013 : 21,6)					
UDI – incidence du VIH	1995-2015 : 2,1 pour 100 personnes-années (2010 : 1,0; 2011 : 0,6; 2012 : 0,8; 2013: 0,7)					
HARSAH – incidence du VIH	2008-2009: 1,3 pour 100 personnes-années					

¹ Nombre de cas projetés à partir du nombre de cas déclarés au cours des 222 premiers jours de l'année.

² Pour ce groupe d'âge, comprend tous les cas d'infection à *C. trachomatis* (génitale, oculaire et pulmonaire).

³ Comprend tous les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente de moins d'un an).

⁴ Comprend tous les cas d'hépatite B (aiguë, chronique et non précisée).

⁵ Comprend tous les cas d'hépatite C (aiguë et non précisée).

⁶ Nouveaux diagnostics (aucun antécédent connu de test anti-VIH positif). Pour l'année 2015, ce nombre inclut 31 nouveaux diagnostics sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédant 2012 où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.

⁷ Nouveaux diagnostics de transmission verticale nés au Canada.

⁸ Pour l'année 2015, le nombre inclut 12 nouveaux diagnostics sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédant 2012 où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.

Note : Taux exprimés pour 100 000 personnes.

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

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

Infection génitale à <i>C. trachomatis</i>		Infection gonococcique		Syphilis infectieuse ¹		Hépatite B ²		Hépatite C ³		VIH	
RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx	RSS	Tx ⁴
17	4 194,0	17	1 891,1	6	21,5	6	25,2	6	18,5	6	8,8
18	2 044,1	18	243,5	3	9,5	10	14,2	15	17,5	Qc	3,6
8	360,7	6	110,5	QC	8,9	13	11,6	7	16,9	9	3,1
9	340,7	QC	47,4	5	5,9	QC	10,7	5	15,1	3	2,9
4	333,2	13	33,8	14	5,8	3	9,8	10	14,2	16	2,6
15	318,7	16	31,8	2	5,7	7	8,5	QC	12,9	14	2,4
6	315,7	14	29,8	16	5,0	5	7,8	8	12,8	13	2,3
14	305,1	15	29,7	15	4,5	16	6,8	3	11,9	15	2,2
QC	294,9	7	23,4	12	4,0	18	5,7	9	11,5	8	2,0
5	291,1	3	20,9	4	3,7	4	4,5	18	11,3	4	1,6
3	290,9	4	18,4	13	3,5	2	4,3	4	11,2	1	1,5
7	275,0	8	16,8	1	3,0	15	3,9	11	10,8	2	1,4
16	255,4	5	14,9	7	2,3	11	3,2	13	10,0	7	1,0
13	252,9	10	14,2	8	1,3	14	3,2	14	8,9	5	0,8
2	240,2	9	10,5	11	1,1	8	2,7	16	8,6	12	0,7
10	212,4	2	8,6	9	0,0	12	2,4	2	8,3	10	0,0
1	199,6	12	7,8	10	0,0	1	1,5	1	7,5	11	0,0
12	190,8	1	7,0	17	0,0	9	0,0	12	7,1	17	0,0
11	163,7	11	6,5	18	0,0	17	0,0	17	0,0	18	0,0

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

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

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

⁴ Taux estimé à partir du nombre total de nouveaux diagnostics enregistrés en 2015. Ce nombre inclut 31 cas de nouveaux diagnostics sans NAM qui ont pu être enregistrés contrairement aux années précédant 2012 où seuls les cas avec NAM pouvaient être enregistrés.

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

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

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

EFFECTIFS DE POPULATION PAR RÉGION SOCIO SANITAIRE, 2015

RSS = Région sociosanitaire			Effectifs population		
01	Bas-Saint-Laurent		200 920		
02	Saguenay – Lac-Saint-Jean		278 560		
03	Capitale-Nationale		736 787		
04	Mauricie et Centre-du-Québec		510 163		
05	Estrie		476 108		
06	Montréal		1 992 106		
07	Outaouais		389 496		
08	Abitibi-Témiscamingue		148 596		
09	Côte-Nord		95 404		
10	Nord-du-Québec		14 122		
QC			8 291 355		

Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2015 (et projections 2016)

AUTEURS

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

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

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

SOUS LA COORDINATION DE

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

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

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

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

© Gouvernement du Québec (2016)

N° de publication : 2201 – Sommaire.

