



## Vigie – Interventions

### Les infections transmissibles sexuellement et par le sang

Le 30 novembre dernier, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) diffusait le *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2017 et projections 2018*. La publication de ce rapport annuel coïncide avec la Journée mondiale de lutte contre le sida qui a lieu, depuis 1988, le 1<sup>er</sup> décembre.

Ce document s'inscrit dans le cadre du [Programme national de santé publique](#) et 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 infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Il vise à fournir de l'information et une réflexion sur l'ampleur et la progression de ces infections et de leurs déterminants afin d'orienter les interventions et la planification des ressources en matière de lutte contre les ITSS.

Le survol proposé ici reprend la situation épidémiologique des principales ITSS identifiées par la Loi sur la santé publique (LSP) comme étant des maladies à déclaration obligatoire (MADO), à savoir l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique, la syphilis, la lymphogranulomatose vénérienne et les hépatites B et C. Les résultats et analyses reposent sur les données du fichier MADO au 4 juin 2018.

Bien qu'elle constitue une partie importante du *Portrait des ITSS*, l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'est pas abordée ici car elle n'est pas, à proprement parler, une MADO.

De fait, seuls les cas de VIH/SIDA détectés chez des personnes ayant donné ou reçu du sang, des produits sanguins, des organes ou des tissus sont visés par la déclaration obligatoire. Au cours des dix dernières années (période 2008-2017), trois cas d'infection par le VIH ont en moyenne été déclarés annuellement au fichier MADO (extraction du 6 décembre 2018).

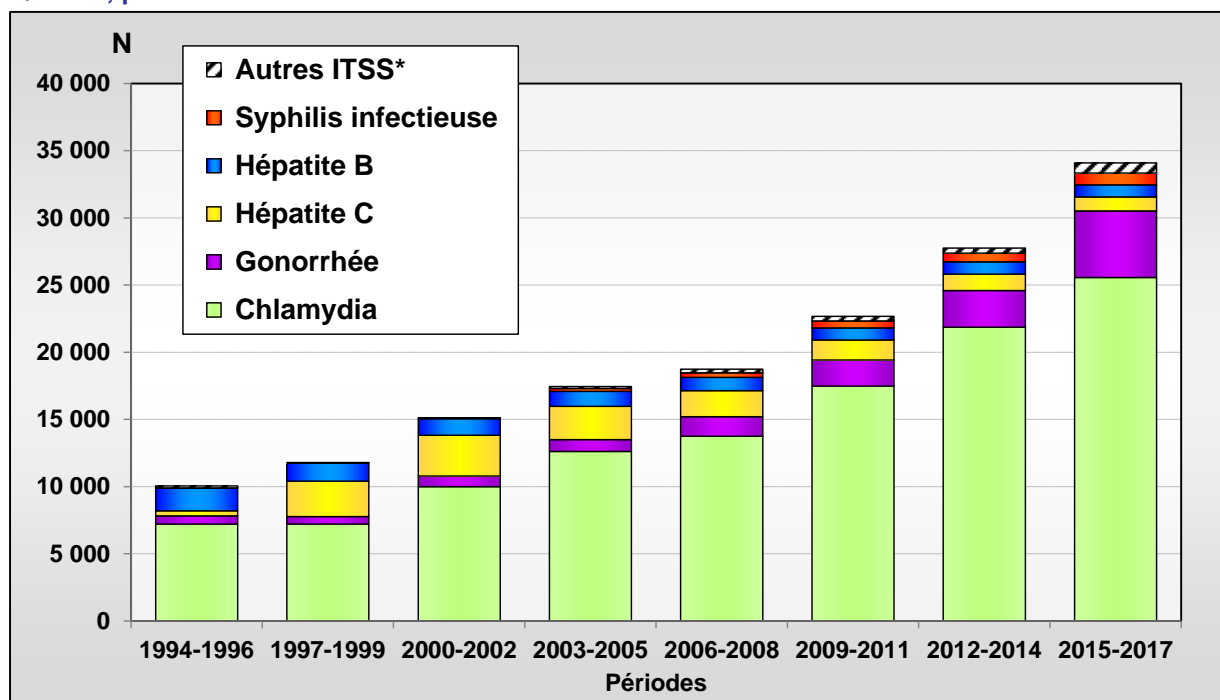
Le VIH fait toutefois l'objet d'une collecte de renseignements, aux fins d'une surveillance continue de l'état de santé de la population, auprès du professionnel ayant prescrit le test. Un rapport détaillé du programme de surveillance de l'infection par le VIH au Québec est publié annuellement; le plus récent, celui de 2016, est disponible en ligne sur le site de l'[INSPQ](#).

#### Faits saillants 2017

Sur les 47 850 MADO déclarées au Québec en 2017, plus des trois quarts (77 %) concernent une ITSS. Les cas de *Chlamydia trachomatis*, d'infections gonococciques, de syphilis infectieuse, d'hépatite C, d'hépatite B et de lymphogranulomatose vénérienne représentent 97,5 % de tous les cas d'ITSS.

Les infections à *C. trachomatis* et, dans une moindre mesure, les infections gonococciques constituent les ITSS les plus fréquentes, soit 89 % de tous les cas déclarés en 2017. Elles sont suivies des hépatites (C et B) et des syphilis infectieuses, lesquelles comptent chacune pour un peu moins de 3 %. La lymphogranulomatose vénérienne représente quant à elle moins de 0,5 % de toutes les ITSS (figure 1).

**Figure 1**  
Évolution du nombre annuel moyen de cas des principales ITSS à déclaration obligatoire  
Québec, périodes 1994-1996 à 2015-2017



\* La catégorie « Autres ITSS » comprend les cas de lymphogranulomatose vénérienne.

Source : Direction de la vigilance sanitaire, MSSS, extraction MADO du 10 décembre 2018.

### L'infection à *Chlamydia trachomatis*.

Avec 26 656 cas déclarés en 2017, pour un taux brut d'incidence de 316 pour 100 000 personnes, cette infection est la plus fréquente des ITSS. La majorité des cas (61 %) sont des femmes.

L'infection touche particulièrement les jeunes de 15 à 24 ans. De fait, 67 % des cas de *C. Trachomatis* déclarés chez les femmes et 44 % des cas masculins surviennent dans ce groupe d'âge. Le taux d'incidence, sexes réunis, est de 1 658 pour 100 000, soit un taux 11 fois plus élevé que pour l'ensemble des autres groupes d'âge (150 pour 100 000).

**Tendance récente.** Au cours de la période 2013-2017, le taux d'incidence des cas déclarés a augmenté de 16 % (figure 2); la hausse est plus marquée chez les hommes (30 %) que chez les femmes (9 %).

L'augmentation touche tous les groupes d'âge, mais tant chez les hommes que chez les femmes, ce sont les groupes les plus âgés qui connaissent les plus fortes hausses. Ainsi, chez les hommes, le taux d'incidence a fait un bond de 121 % dans le groupe des 50-64 ans et de 50 % dans celui des 30-49 ans. Chez les femmes, le taux d'incidence a augmenté de 49 % pour les 40 ans ou plus et de 22 % pour les 30-39 ans. La hausse de cas déclarés s'expliquerait en partie par l'évolution des méthodes de détection de cette infection et par l'augmentation du nombre de tests réalisés.

**Les infections gonococciques.** En 2017, 6 142 cas ont été déclarés dans MADO, soit un taux brut d'incidence de 73 pour 100 000 personnes. La majorité des cas (78 %) concernent des hommes.

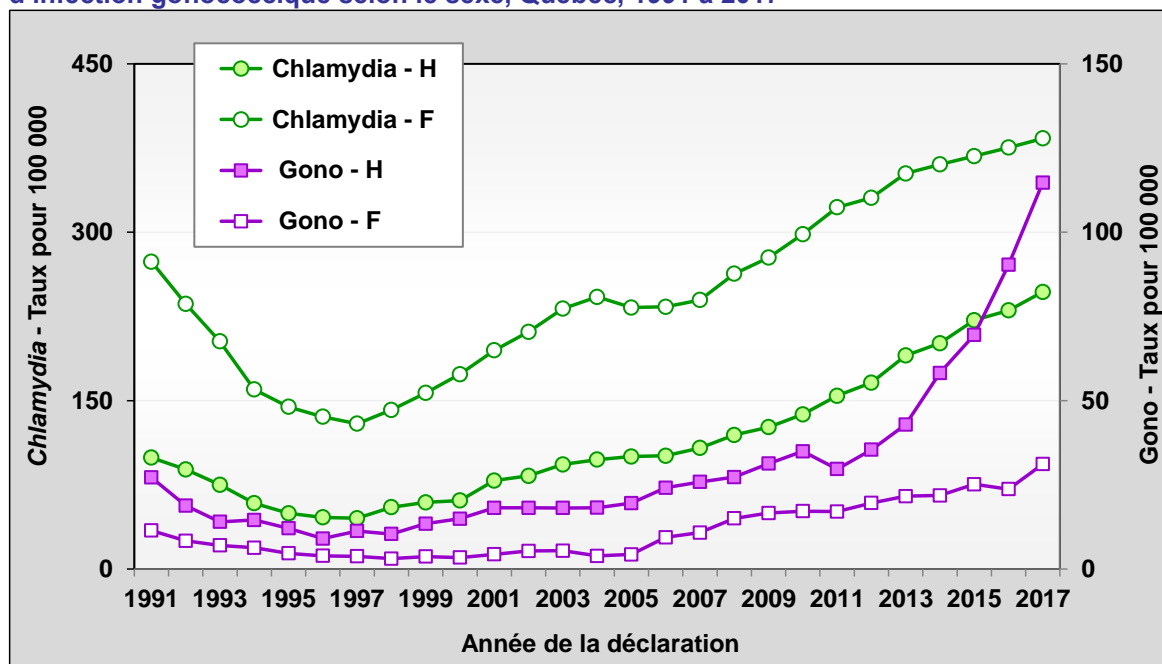
Chez les hommes, les groupes d'âge les plus touchés sont les 20-29 ans et les 15-19 ans, avec des taux d'incidence de 343 et de 101 pour 100 000 respectivement. Chez les femmes, ce sont les 15-24 ans, avec un taux de 141 pour 100 000.

**Tendance récente.** Le nombre de cas déclarés et le taux brut d'incidence ont presque doublé entre 2013 et 2017 (figure 2). La hausse rapide et importante du nombre de cas déclarés, particulièrement chez les hommes, s'explique en partie par le recours récent à des analyses plus sensibles que la culture pour la détection d'infections pharyngées et rectales.

En parallèle, la progression de la résistance du gonocoque aux antibiotiques, et en particulier l'augmentation de la résistance à l'azithromycine, qui atteint 31 % en 2017, est très inquiétante. Ce phénomène se produit dans un contexte de forte augmentation du nombre de cas et pose de grands défis, notamment la surveillance des résistances (et des échecs du traitement qui peuvent en résulter) et la mise au point de schémas thérapeutiques efficaces. Pour plus de détails, voir le [Sommaire des résultats d'antibiorésistance des souches de \*Neisseria gonorrhoeae\* au Québec : 2017](#).

Figure 2

Évolution du taux brut d'incidence des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique selon le sexe, Québec, 1991 à 2017



Source : Direction de la vigilance sanitaire, MSSS, données tirées du Portrait des ITSS 2017, INSPQ.

**La syphilis infectieuse.** En 2017, 918 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés, pour un taux brut d'incidence de 11 pour 100 000 personnes. Parmi les syphilis infectieuses, 24 % sont des cas de syphilis primaire, 30 %, de syphilis secondaire, et 46 %, de syphilis latente précoce. La presque totalité des cas (92 %) concerne des hommes.

Chez les hommes, plus de la moitié des cas (53 %) sont âgés de 20 à 39 ans. Toutefois, les plus touchés sont les 30-34 ans et les 25-29 ans, avec des taux d'incidence de 47 et 40 pour 100 000 respectivement.

Chez les femmes, 69 cas ont été rapportés, en très grande majorité (87 %) chez des femmes en âge de procréer, l'âge médian se situant à 28 ans. Les 20-24 ans sont les plus touchées, avec un taux d'incidence de 6,3 pour 100 000, suivies des 25-29 ans (4,7 pour 100 000).

**Tendance récente.** L'épidémie de syphilis infectieuse, concentrée à l'origine dans la région de Montréal, s'étend désormais à la plupart des régions du Québec. En outre, la hausse enregistrée au cours des dernières années est préoccupante (figure 3). Celle-ci concerne surtout les hommes, mais une augmentation est également constatée chez les femmes en 2017. Le fait que la majorité d'entre elles soient en âge de procréer augmente le risque de syphilis congénitale. Quatre cas de syphilis congénitale ont d'ailleurs été déclarés en 2016-2017, comparativement à cinq durant la période 2000-2015.

En marge de la résurgence de la syphilis infectieuse, on note également une hausse des cas de syphilis non infectieuse et sans précision.

### La lymphogranulomatose vénérienne.

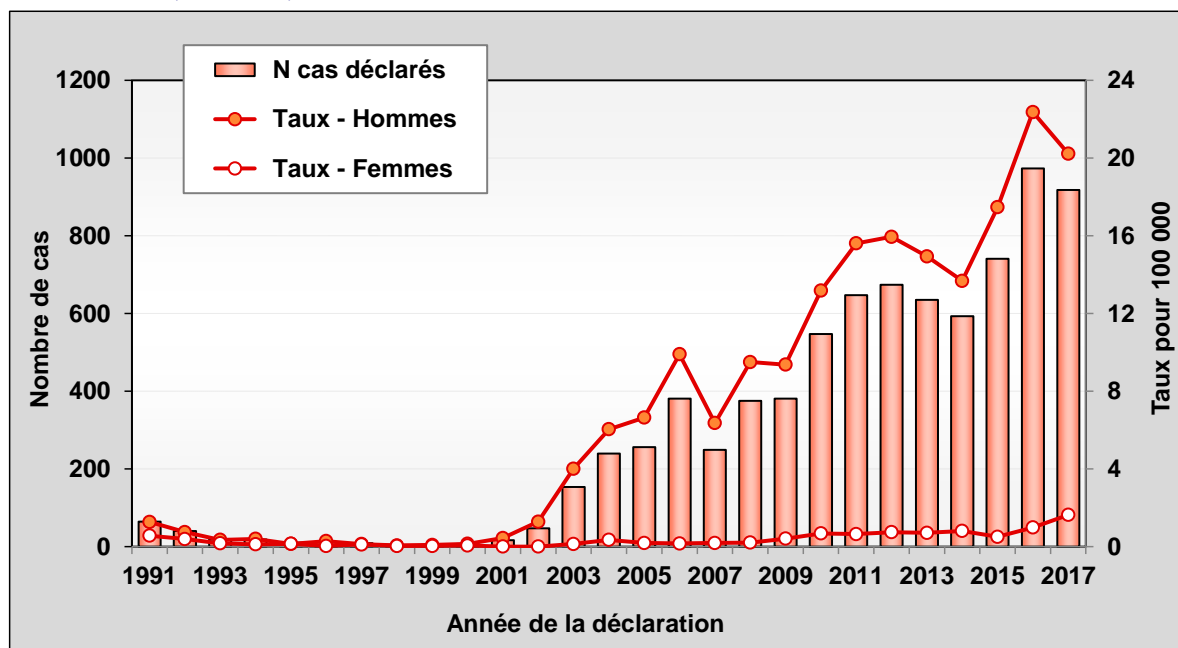
En 2017, 105 cas de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ont été déclarés, dont 80 % chez des résidents de la région de Montréal. À l'exception d'un cas pour lequel le sexe est inconnu, tous concernent des hommes, ce qui représente, dans la population masculine, un taux brut d'incidence de 2,5 pour 100 000.

La majorité des cas (88 %) sont des hommes âgés de 25 à 54 ans. Les plus touchés sont les 35-39 ans et les 30-34 ans, avec des taux d'incidence de 7,2 et 5,7 pour 100 000 respectivement.

**Tendance récente.** Depuis le printemps 2013, on note une recrudescence de la LGV, laquelle touche essentiellement les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Cette hausse s'est fortement intensifiée entre 2014 et 2016, année où le nombre de cas déclarés a atteint le chiffre record de 123.

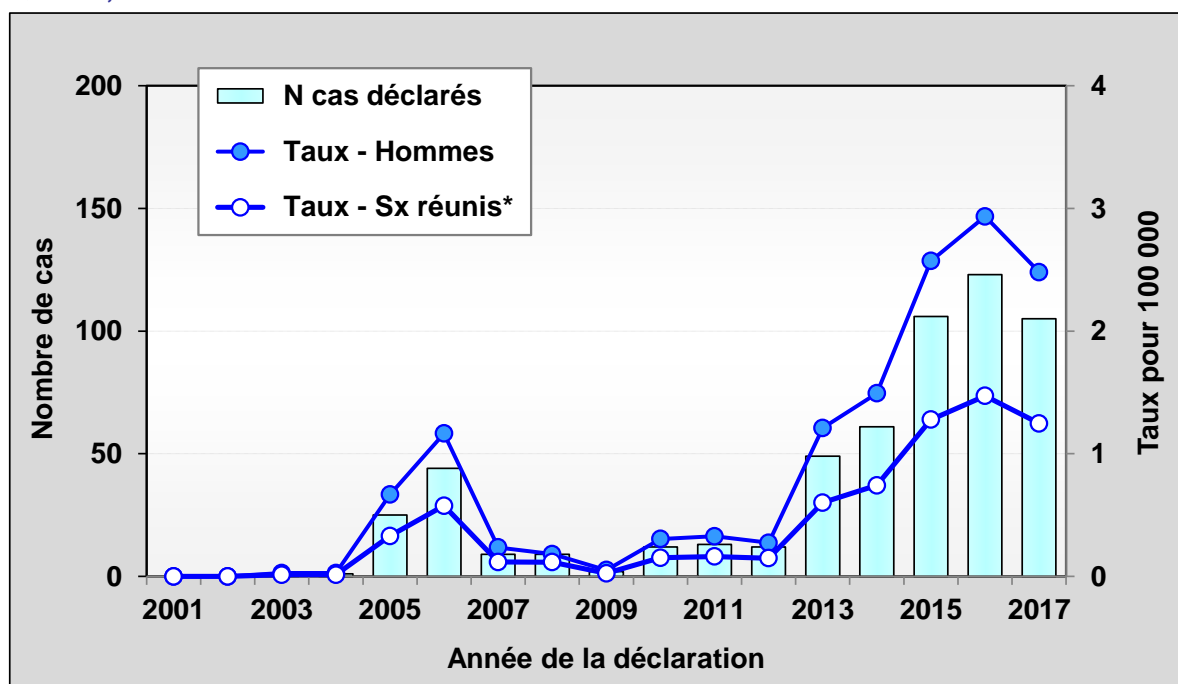
La diminution du nombre de déclarations enregistrée en 2016-2017, appuyée par la baisse du nombre de cas rapportés en 2018 (77 cas, données provisoires au 18 septembre 2018), pourrait indiquer que le pic de l'éclosion a été atteint (figure 4).

**Figure 3**  
Évolution du nombre et du taux brut d'incidence des cas déclarés de syphilis infectieuse selon le sexe, Québec, 1991 à 2017



Source : Direction de la vigilance sanitaire, MSSS, données tirées du Portrait des ITSS 2017, INSPQ.

**Figure 4**  
Évolution du nombre et du taux brut d'incidence des cas déclarés de LGV Québec, 2001 à 2017



\* Au cours de la période 1990-2017, 580 cas de LGV ont été déclarés dans MADO. De ce nombre, seulement quatre cas se rapportent à des femmes, soit deux cas en 1990, un cas en 2008 et un cas en 2012.

Source : Direction de la vigilance sanitaire, MSSS, données tirées du Portrait des ITSS 2017, INSPQ.

**L'hépatite B.** En 2017, 898 cas d'hépatite B ont été déclarés dans MADO, pour un taux brut d'incidence de 11,7 pour 100 000. De ce nombre, on distingue 11 cas d'hépatite B aiguë (taux brut de 0,1 pour 100 000), 473 cas d'hépatite B chronique (5,6 pour 100 000) et 505 cas d'hépatite B dont le stade n'a pu être précisé (6,0 pour 100 000).

Tous types d'hépatite confondus, les hommes sont plus atteints, avec un taux brut d'incidence de 13,8 pour 100 000, contre 9,7 chez les femmes. Chez les premiers, les 30-44 ans, et en particulier les 35-39 ans, sont les plus touchés, avec des taux d'incidence allant de 28 à 36 pour 100 000. Chez les secondes, les 30-34 ans, suivies des 25-29 ans, présentent les plus hauts taux d'incidence, soit de 34 et 30 pour 100 000 respectivement.

L'hépatite B aiguë. L'hépatite B est une maladie évitable par la vaccination. Au Québec, un programme de vaccination universelle a été mis en place en milieu scolaire en 1994. Par conséquent, la population québécoise âgée de moins de 35 ans est considérée comme protégée contre cette infection.

À l'exception d'un cas rapporté chez une femme appartenant au groupe des 50 ans ou plus, tous les cas d'hépatite B aiguë déclarés en 2017 concernent des hommes. Un seul était âgé de moins de 35 ans. D'après l'enquête, il n'était pas vacciné.

L'hépatite B néonatale. Aucun cas d'hépatite B aiguë n'a été déclaré en 2017 chez des enfants de moins de 1 an; le dernier cas rapporté dans MADO remonte à 2009. Aucun cas d'hépatite B chronique ou sans précision n'a été déclaré chez des enfants de moins de 1 an depuis 2013, comparativement à cinq entre 2009 et 2012.

**Tendance récente.** Au cours de la période 2013-2017, l'incidence de l'hépatite B aiguë est restée stable, à moins de 0,5 cas pour 100 000. Le taux brut d'incidence d'hépatite B sans précision a augmenté de 88 %, passant de 3,2 à 6,0 pour 100 000 entre 2013 et 2017 (figure 5); cette hausse notable a affecté les deux sexes de la même manière.

Il est possible que la déclaration de cas chroniques et de cas de stade non précisé soit alimentée par des personnes originaires de pays où l'hépatite B est endémique, qui ont acquis l'infection avant leur arrivée au Québec et qui reçoivent maintenant un diagnostic. L'information nécessaire à la classification des cas selon le stade d'infection est parfois difficile à obtenir.

Le programme de vaccination universelle, étendu aux nouveau-nés en 2013, ainsi que les programmes d'offre de vaccination aux personnes les plus susceptibles de contracter l'infection ont eu une influence majeure sur la prévention de l'hépatite B.

Ces programmes contribuent à augmenter la proportion de personnes protégées. Une couverture vaccinale sous-optimale est cependant notée chez les jeunes en général et chez les personnes les plus vulnérables et exposées, et un grand bassin de population sensible à l'infection subsiste toujours.

**L'hépatite C.** En 2017, 1 027 cas d'hépatite C (aiguë et non précisée) ont été déclarés dans MADO. Les hépatites C non précisées constituent la vaste majorité (98 %) des cas rapportés.

Les deux sexes réunis, les moins de 25 ans comptent pour moins de 5 % de tous les cas déclarés en 2017. Les deux tiers (65 %) des cas concernent les hommes, pour un taux brut d'incidence de 15,8 pour 100 000, contre 8,2 pour les femmes.

Chez les hommes, les individus âgés de 45 à 64 ans sont les plus touchés, avec des taux d'incidence se situant autour de 30 pour 100 000. Chez les femmes, ce sont les 25-29 ans et les 30-34 ans, avec des taux de 13 et de 15 pour 100 000 respectivement.

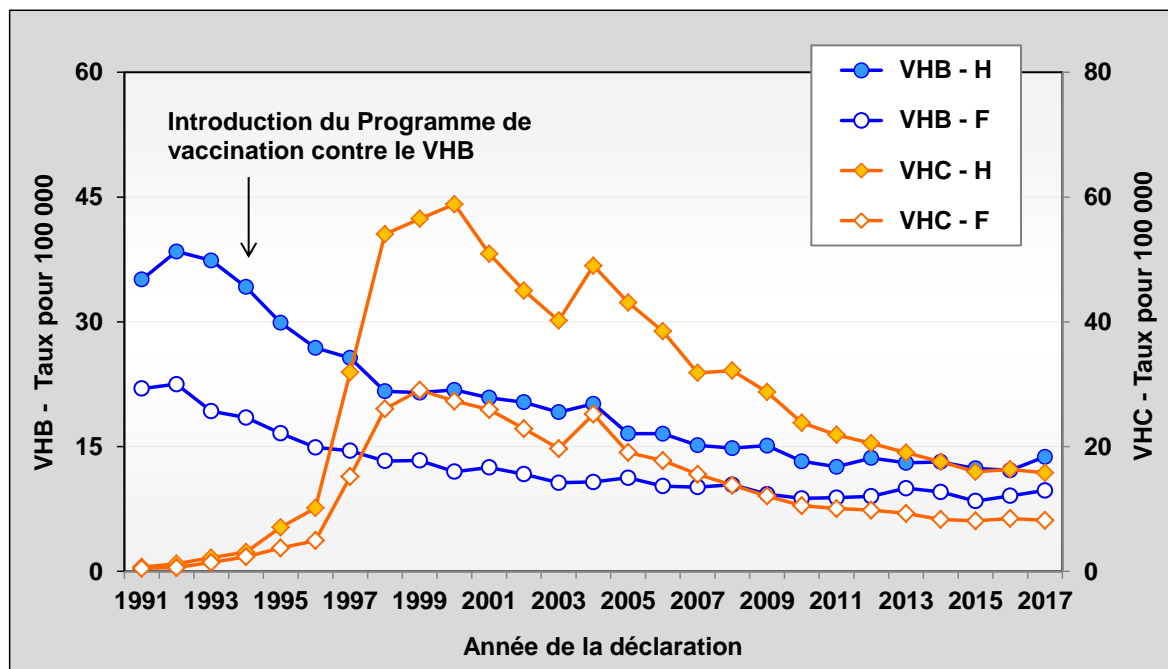
L'hépatite C aiguë. En 2017, 19 cas d'hépatite C aiguë ont été déclarés dans MADO, dont 13 (68 %) concernaient des hommes. La majorité des cas, soit 17 (89 %) sont âgés de 24 à 54 ans, et sont des personnes résidentes de Montréal dans une même proportion.

**Tendance récente.** De 2013 à 2017, le nombre de cas déclarés a diminué progressivement, passant de 1 235 à 1 027 cas, pour un recul de 19 % du taux brut d'incidence (figure 5). Les deux sexes contribuent à la baisse, les hommes un peu plus que les femmes. On constate également un nombre accru de cas de sexe inconnu (19 en 2013 vs 83 en 2017).

Si, dans l'ensemble, l'incidence de cas déclaré d'hépatites C a diminué, celle des hépatites C sans précision a connu une hausse, le taux brut passant de 12 à 15 pour 100 000. La présentation clinique de l'hépatite C aiguë est bien souvent fruste et les tests de laboratoire courants, insuffisamment spécifiques pour distinguer une infection aiguë d'une infection chronique. En outre, la définition nosologique retenue au Québec aux fins de surveillance est basée sur un ensemble de critères qui assure une excellente spécificité, mais qui restreint la capacité de reconnaître un cas comme aigu/récent, et le nombre de cas d'hépatite C aigus/récents déclarés se situe possiblement bien en deçà de la situation réelle dans la communauté. Suivant cette logique, il n'est donc pas étonnant de constater une hausse des cas d'hépatite sans précision.



**Figure 5**  
Évolution du taux brut d'incidence des cas déclarés d'hépatite B et d'hépatite C selon le sexe  
Québec, 1991 à 2017



Source : Direction de la vigilance sanitaire, MSSS, données tirées du Portrait des ITSS 2017, INSPQ.

## Conclusion

Comme déjà mentionné, les résultats présentés ici ne constituent qu'un aperçu du *Portrait des ITSS*, qui contient des informations très variées et détaillées. Ainsi, outre les infections par le VIH et les variations épidémiologiques régionales, écartées d'emblée de ce survol, le rapport traite de la nature et de l'ampleur des populations vulnérables et exposées. Y sont par exemple présentés les résultats d'enquêtes et de programmes de surveillance propres à certaines de ces populations, notamment des résultats de l'étude Engage réalisée auprès des HARSAH de la région de Montréal, et dont les données ont été collectées entre février 2017 et juin 2018<sup>1</sup>. Nous vous invitons donc à consulter le *Portrait des ITSS*, disponible en ligne sur le site de l'[INSQP](http://inspq.qc.ca).

1. Le rapport *Engage Montréal 2017-2018 – Faits saillants* sera disponible sous peu. De l'information générale sur l'étude est disponible sur le site [Engage Montréal](http://engage.montreal.ca).

## Auteurs :

Karine Blouin et Gilles Lambert, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, INSPQ;

Sylvie Venne, Direction de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang, DGAPPS, MSSS;

France Markowski, Direction de la vigilance sanitaire, DGAPSP, MSSS.

Le *FlashVigie* est un bulletin produit par la Direction de la vigilance sanitaire de la Direction de la protection de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Il a pour but de rapporter des situations relatives aux domaines des maladies infectieuses, de la santé environnementale et de la santé au travail.

La vigilance des maladies infectieuses au Québec s'appuie sur diverses sources de données et demande la collaboration des directions régionales de santé publique et de l'Institut national de santé publique du Québec. Nous les remercions ici pour leur aide précieuse. Pour en savoir plus ou pour nous faire part de vos commentaires, communiquez avec France Markowski à l'adresse suivante : [france.markowski@msss.gouv.qc.ca](mailto:france.markowski@msss.gouv.qc.ca).

Le *FlashVigie* peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web du Ministère, à l'adresse : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/>