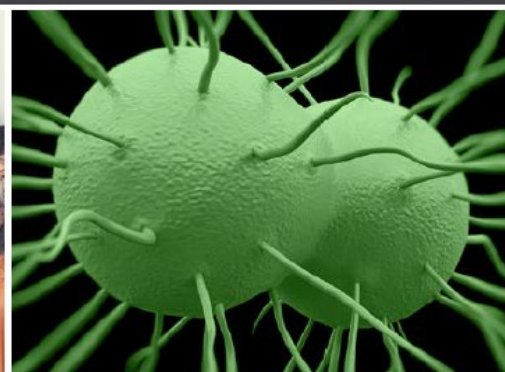


Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada :

2013-2014



PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Report on Sexually Transmitted Infections in Canada: 2013-2014

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour recevoir une copie du présent rapport ou d'autres rapports connexes, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Numéro sans frais : 1-866-225-0709

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2017

Date de publication : mai 2017

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier. Toutefois, la reproduction en multiples exemplaires de cette publication, en tout ou en partie, à des fins commerciales ou de redistribution est interdite sans l'autorisation écrite préalable du ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

Suggestion pour citer la source : Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2013-2014*. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses. Agence de la santé publique du Canada; 2017.

Cat. : HP37-10F-PDF

ISSN : 1923-2985

Pub. : 160082

Avant-propos

Le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada (l'Agence), est heureux de vous présenter l'édition 2013-2014 du *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada*. Le présent rapport vise à fournir de l'information sur les tendances de cas déclarés d'infections transmissibles sexuellement (ITS) à tous ceux qui sont préoccupés par leurs incidences sur la santé publique (gestionnaires de programmes, responsables des politiques, chercheurs, etc.). Le présent rapport renferme des données détaillées sur les ITS à déclaration obligatoire au Canada pour les années 2013 et 2014 et comprend des comparaisons par rapport à certains taux déclarés au cours des 10 dernières années. Un rapport distinct sur les ITS à déclaration obligatoire au Canada pour l'année 2013 n'est pas publié en raison de la disponibilité de données mises à jour. Les données du présent rapport remplacent les données présentées dans les éditions précédentes des années 2005 à 2012.

Le *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada* est basé sur les rapports de surveillances présentés à l'Agence par les unités épidémiologiques provinciales et territoriales; les données sont résumées selon l'âge, le sexe, et la province ou le territoire. Le rapport comporte trois chapitres, qui traitent des trois principales ITS à déclaration obligatoire au Canada : l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis. Des notes techniques et des détails explicatifs se rapportant précisément aux données de surveillance provinciales ou territoriales se trouvent à la fin du présent rapport.

L'Agence s'efforce de faire part des renseignements les plus exacts et les plus à jour possible; les données présentées dans le présent rapport sont les plus récentes disponibles au moment de la rédaction. Toutefois, en raison de la nature évolutive de la surveillance des maladies transmissibles, on peut s'attendre à ce que le nombre de cas signalés par les provinces et territoires soit mis à jour en raison du nettoyage des données ou de la reclassification de cas, à mesure que les déclarations de cas sont reçues. Ces changements peuvent également se refléter dans le Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SCSMDO) à mesure que les provinces et les territoires avisent l'Agence des changements. Lorsqu'il y a un écart entre les données présentées par l'Agence et celles présentées individuellement par les provinces et les territoires, ce sont les données provinciales et territoriales qui prévalent, car elles sont plus à jour. En outre, les taux peuvent varier légèrement d'un rapport annuel à l'autre en raison de la mise à jour des projections de la population et de l'analyse des résultats du recensement. Cependant, les mises à jour devraient être mineures et elles ne devraient pas modifier les tendances nationales générales.

Tous les commentaires et toutes les suggestions susceptibles d'améliorer les publications à venir sont les bienvenus. Nous vous invitons d'ailleurs à les adresser au personnel du Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, à l'adresse ccdlic-clmti@phac-aspc.gc.ca

Remerciements

La publication du présent rapport n'aurait pas été possible sans les données fournies par l'ensemble des provinces et territoires. Nous leur sommes très reconnaissants de leur contribution continue à la surveillance nationale des ITS. Les auteurs sont également reconnaissants envers le Réseau de surveillance des infections transmissibles par le sang pour son expertise et sa contribution, et pour avoir passé en revue le présent rapport.

Ce rapport a été préparé par le Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections de la Direction générale de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses de l'Agence de la santé publique du Canada.

Résumé

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) demeurent un problème de santé publique important au Canada. Les taux déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse ne cessent d'augmenter depuis les années 2000. Le présent rapport décrit les tendances de ces trois ITS à déclaration obligatoire au Canada, en mettant l'accent sur la dernière décennie (de 2005 à 2014) et comprend des renseignements détaillés sur les années 2013 et 2014 (aucune publication distincte visant les données de 2013 n'est en cours de préparation).

Infection à Chlamydia trachomatis

L'infection à *Chlamydia trachomatis* continue d'être l'ITS la plus couramment signalée au Canada. De 2005 à 2014, les taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont augmenté de 49,3%, passant de 206,0 à 307,4 cas pour 100 000 habitants, la plus forte augmentation relative du taux, près de 65 %, étant observée chez les hommes. En 2014, le taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes (382,5 cas pour 100 000 habitants) était 1,7 fois plus élevé que chez les hommes (230,5 cas pour 100 000 habitants). Chez les hommes comme chez les femmes, les taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* les plus élevés ont été observés chez les personnes âgées de 20 à 24 ans, ce qui constitue la tendance observée au cours de la dernière décennie.

Infection gonococcique

De 2005 à 2014, les taux de cas déclarés d'infection gonococcique ont augmenté de 61,2%, passant de 28,4 à 45,8 cas pour 100 000 habitants. Au cours de la même période, les taux ont connu une hausse plus marquée chez les hommes (64,2 %) que chez les femmes (55,9 %). En 2014, comme pour les années précédentes, le taux de cas déclarés d'infection gonococcique était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (58,8 cas contre 32,9 cas pour 100 000 habitants). C'est chez les femmes âgées de 15 à 24 ans et les hommes âgés de 20 à 29 ans que les taux d'infection gonococcique les plus élevés ont été signalés en 2014.

Syphilis infectieuse

Les taux de cas déclarés de syphilis infectieuse ont augmenté de 95,1 % entre 2005 et 2014, passant de 3,4 à 6,6 cas pour 100 000 habitants. Au cours de cette période, les taux de syphilis infectieuse ont augmenté de 115,5 % chez les hommes et ont diminué de 18,2 % chez les femmes. En 2014, comme pour les années précédentes, le taux de cas déclarés de syphilis infectieuse était considérablement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (12,5 cas contre 0,9 cas pour 100 000 habitants). Chez les hommes, les taux de syphilis infectieuse étaient plus élevés dans le groupe d'âge de 25 à 29 ans, alors que chez les femmes, ils étaient plus élevés dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans.

Taux et cas déclarés (pour 100,000 habitants) d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse selon le sexe, 2014, Canada

Sexe	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>		Infection Gonococcique		Syphilis infectieuse	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
Femmes	68 525	382,5	5 892	32,9	155	0,9
Hommes	40 624	230,5	10 362	58,8	2 198	12,5
Total	109 263	307,4	16 285	45,8	2 357	6,6

Taux et cas déclarés (pour 100,000 habitants) d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse selon le sexe, 2013, Canada

Sexe	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>		Infection Gonococcique		Syphilis infectieuse	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
Femmes	66 696	376,3	5 806	32,8	142	0,8
Hommes	38 482	220,8	8 394	48,2	2 038	11,7
Total	105 274	299,5	14 227	40,5	2 182	6,2

Les taux d'ITS à déclaration obligatoire ont augmenté en dépit de nombreuses interventions de santé publique visant à accroître la sensibilisation et à prévenir, à diagnostiquer et à traiter les infections. Divers facteurs peuvent expliquer ces observations, notamment une réelle augmentation de l'incidence, l'utilisation de méthodes diagnostiques améliorées et des méthodes plus efficaces de recherche de contacts et de dépistage des cas. La surveillance continue des taux d'ITS et l'étude des raisons de l'évolution observée aideront à orienter et à évaluer l'intervention en santé publique pour lutter contre les ITS au Canada.

Table des matières

Avant-propos.....	i
Remerciements	ii
Résumé.....	iii
1.0 Méthodologie.....	6
2.0 L'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	7
2.1 Introduction	7
2.2 Tendances nationales.....	7
2.3 Tendances provinciales	12
2.4 Comparaison internationale	15
2.5 Conclusion	15
3.0 L'infection gonococcique	17
3.1 Introduction	17
3.2 Tendance nationales.....	17
3.3 Tendances provinciales	22
3.4 Comparaison internationale	24
3.5 Conclusion	25
4.0 Syphilis infectieuse.....	26
4.1 Introduction	26
4.2 Tendance nationales.....	26
4.3 Tendance provinciale.....	31
4.4 Comparaison internationales	34
4.5 Syphilis congénitale	35
4.6 Conclusion	36
Références.....	37
Annexe A: Définition de cas	41

1.0 Méthodologie

Au Canada, la surveillance des maladies infectieuses à déclaration obligatoire incombe à l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) en coordination avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, qui fournissent volontairement des données non nominatives à l'Agence. La responsabilité de la collecte de données primaires sur les maladies à déclaration obligatoire relève habituellement des autorités de santé publique locales en vertu des lois provinciales et territoriales (1).

L'Agence recueille et gère les données communiquées par les provinces et les territoires par l'intermédiaire du Système canadien de surveillance des maladies à déclaration obligatoire (SCSMDO). Le personnel du SCSMDO valide les données déclarées par une province ou un territoire au cours du traitement des données pour résoudre les erreurs ou les incohérences et maximiser l'exactitude des données. Les provinces et territoires fournissent des données sur les variables suivantes : âge au moment du diagnostic, année du diagnostic, province ou territoire où le diagnostic a été posé et sexe. Par conséquent, les rapports nationaux sont limités à l'analyse de ces variables. Les données extraites du SCSMDO servent de base aux rapports nationaux de surveillance; le présent rapport est fondé sur les données extraites en juillet 2016. Les données pour les trois ITS à déclaration obligatoire (infection à *Chlamydia trachomatis*, infection gonococcique et syphilis infectieuse) étaient disponibles dans l'ensemble des provinces et territoires entre 2005 et 2014. Il convient de noter que les cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* signalés par Terre-Neuve-et-Labrador en 2007 n'étaient pas répartis selon l'âge et le sexe.

Définitions de cas

Les définitions de cas pour les trois ITS à déclaration obligatoire sont présentées à l'annexe A. Tous les cas signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis* et d'infection gonococcique sont inclus dans les analyses à l'échelle nationale; seules les données sur les cas de syphilis infectieuse (primaire, secondaire, latente précoce, neurosyphilis infectieuse) sont présentées dans ce rapport.

Analyse des données

Une analyse descriptive des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse par année, par groupe d'âge et par sexe a été menée à partir des données déclarées au SCSMDO. Les caractéristiques démographiques d'âge et de sexe ont été examinées pour les cas déclarés en 2013 et en 2014 afin de fournir un aperçu plus détaillé des données accessibles les plus récentes. Les taux sont indiqués pour 100 000 habitants. Les tendances observées au fil du temps doivent être interprétées avec prudence, car les taux basés sur de petits nombres de cas sont plus susceptibles de fluctuer au fil du temps. L'amélioration des capacités diagnostiques, une meilleure élimination des doublons, des délais de

déclaration plus courts et des changements dans les pratiques de déclaration à l'échelle des provinces et des territoires peuvent également entraîner des changements.

Les taux de cas déclarés pour 100 000 habitants ont été calculés en utilisant les données du SCSMDO en tant que numérateurs et les estimations de la population de Statistique Canada en tant que dénominateurs. Les taux de syphilis congénitale ont été calculés pour 100 000 naissances d'enfant vivant en utilisant les données sur les naissances d'enfant vivant de Statistique Canada (2). Étant donné que les données sur les dénominateurs de la population ont été mises à jour, les taux peuvent différer de ceux présentés dans les rapports précédents; toutefois, les différences sont probablement mineures.

Pour 2007, les taux nationaux d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont été ajustés pour tenir compte de l'absence de répartition par âge et par sexe des données déclarées par Terre-Neuve-et-Labrador cette année-là.

2.0 L'infection à *Chlamydia trachomatis*

2.1 Introduction

La chlamydia est une infection causée par la bactérie *Chlamydia trachomatis* dont la déclaration est obligatoire au Canada depuis 1991. Les infections sont souvent asymptomatiques chez les hommes et chez les femmes, et peuvent donc ne pas être diagnostiquées en l'absence de dépistage et ainsi contribuer à la propagation de l'infection parmi les personnes sexuellement actives (3).

L'atteinte inflammatoire pelvienne est l'une des complications les plus courantes associées à l'infection à *Chlamydia trachomatis* non traitée et récurrente chez les femmes, et elle peut être à l'origine de douleurs pelviennes chroniques, de grossesses ectopiques et de cas de stérilité. Chez les femmes enceintes, l'infection à *Chlamydia trachomatis* non traitée peut être transmise au bébé à l'accouchement et causer une conjonctivite ou une pneumonie néonatales. Chez les hommes, les complications sont plus rares, mais comprennent les infections des organes génitaux et des cas de stérilité. Comme c'est le cas pour les autres ITS, l'infection à *Chlamydia trachomatis* a un effet de synergie avec le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et accroît le risque de transmission du VIH, ainsi que la gravité de l'infection (4,5).

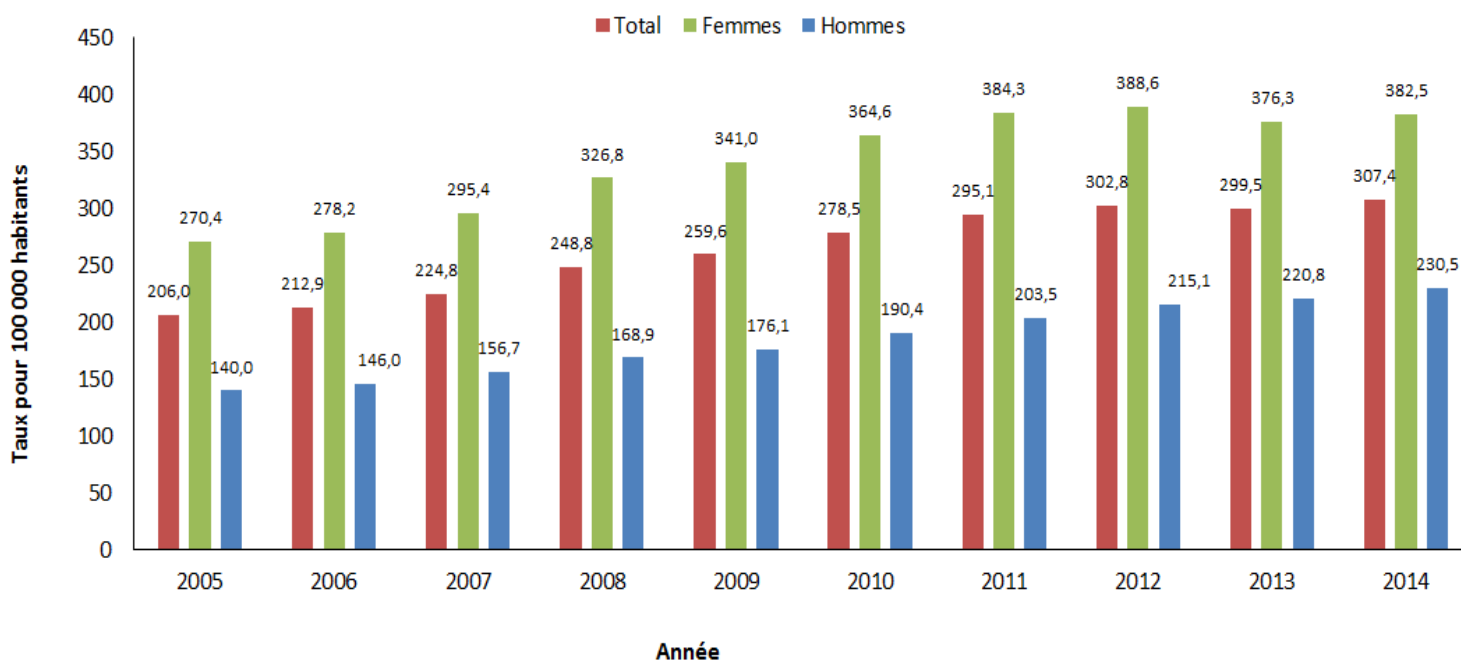
On estime que plus de 50 % des hommes infectés et 70 % des femmes infectées n'ont pas de symptômes et ignorent qu'ils sont atteints de la maladie (6).

2.2 Tendances nationales

La tendance sur 10 ans, de 2005 à 2014, des taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* est à l'augmentation constante, à l'exception d'une légère

diminution en 2013 (figure 1). En 2014, 109 263 cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont été déclarés, ce qui correspond à un taux de 307,4 pour 100 000 habitants, soit une hausse de 49,2 % par rapport au taux de 206,0 cas pour 100 000 habitants en 2005. Chez les hommes, les taux ont augmenté de 64,6 %, passant de 140,0 à 230,5 cas pour 100 000 habitants; chez les femmes, ils ont augmenté de 41,4 %, passant de 270,4 à 382,5 cas pour 100 000 habitants.

Figure 1: Taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* dans l'ensemble et selon le sexe (pour 100 000 habitants), de 2005 à 2014, Canada



En général, les taux globaux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes sont considérablement plus élevés que les taux correspondants chez les hommes; en 2014, le taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* était 1,7 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (figure 1). Toutefois, le rapport des taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* entre les sexes varie selon le groupe d'âge. En 2014, le taux chez les femmes était 3,8 fois plus élevé que chez les hommes; de même, le taux était presque deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes pour les personnes de 20 à 24 ans. Dans les groupes plus âgés, l'écart entre les sexes est moins prononcé et s'est même inversé; les taux de cas déclarés étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les groupes d'âge de 40 à 59 ans et de 60 ans et plus (figure 2). Les personnes âgées de 15 à 29 ans représentent près de 80 % des cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* en 2014. Les taux les plus élevés chez les hommes et les femmes ont été déclarés chez les personnes de 20 à 24 ans (figure 2). Des tendances similaires ont été observées au cours de l'année 2013 (figure 3).

Figure 2: Taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* selon le sexe et le groupe d'âge, 2014, Canada

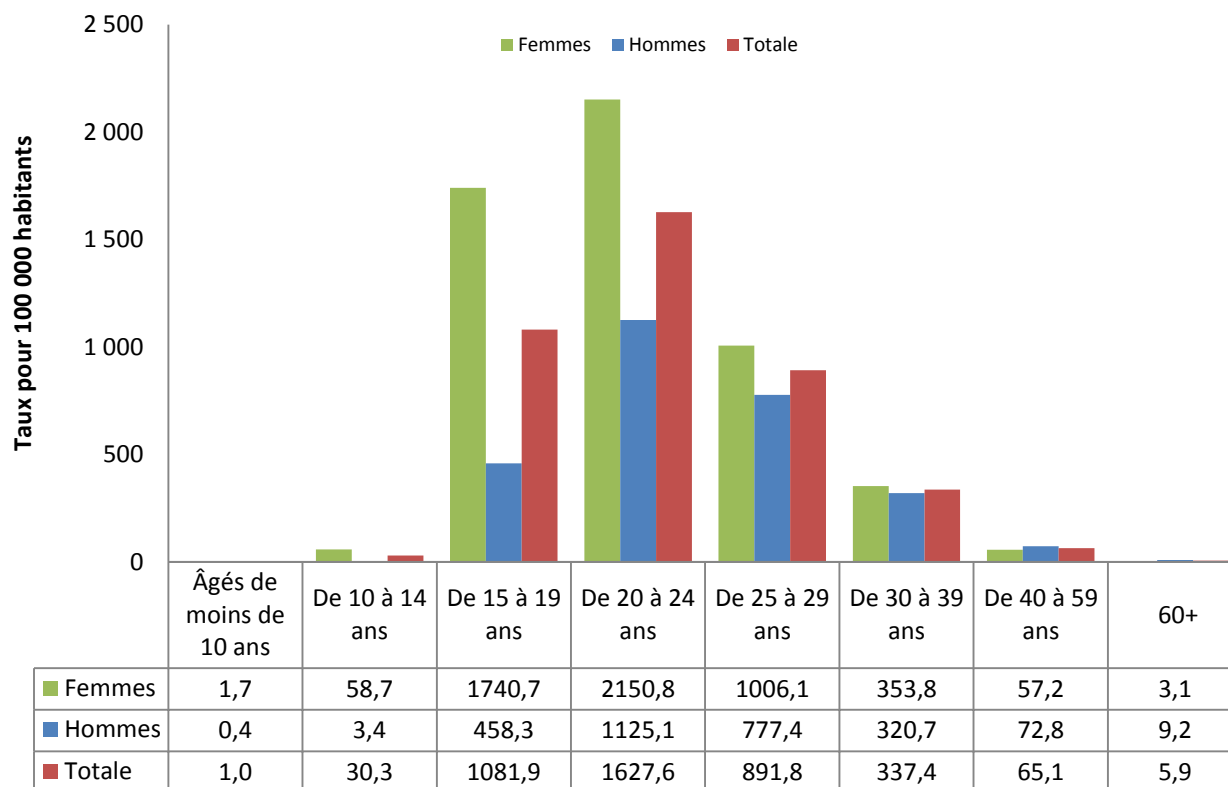
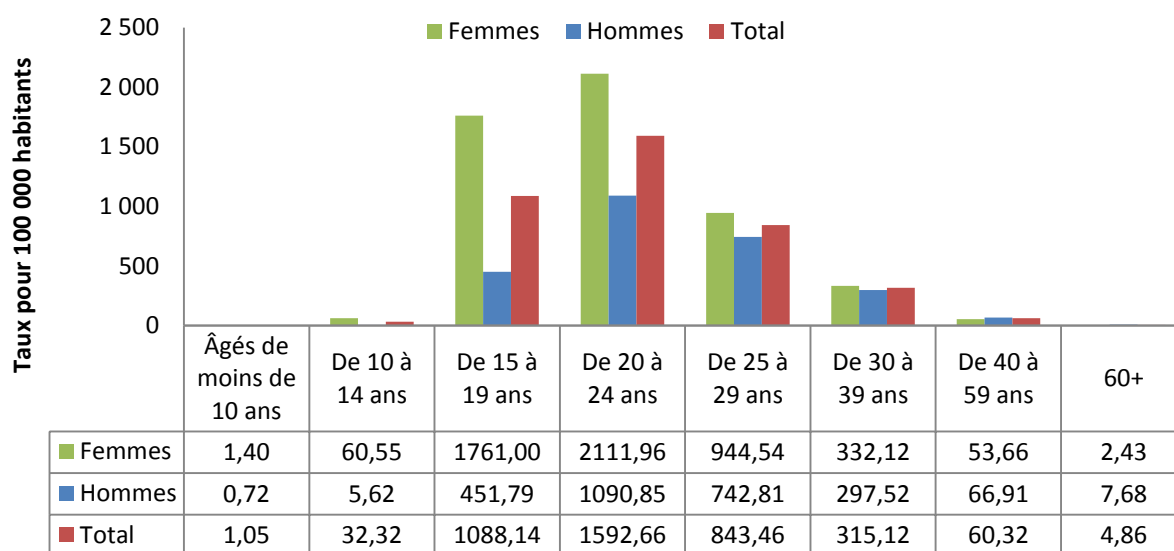


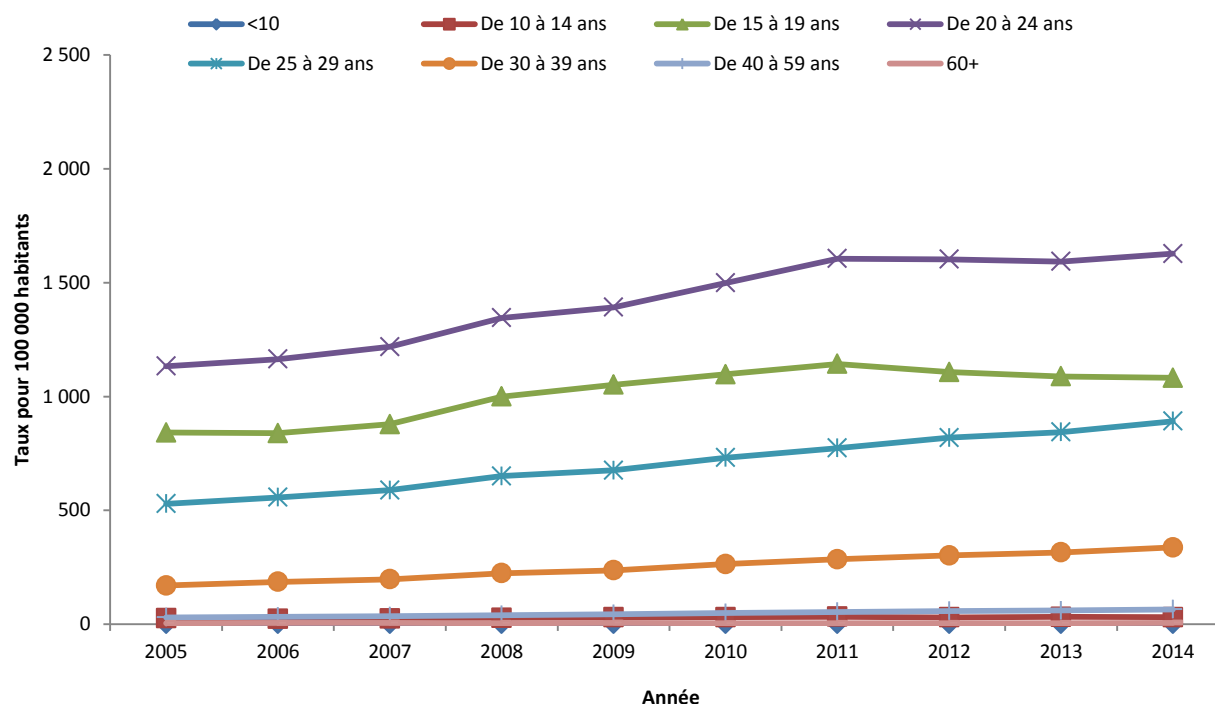
Figure 3 : Taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* selon le sexe et le groupe d'âge, 2013, Canada



Dans l'ensemble, entre 2005 et 2014, les taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont augmenté de 68 % dans le groupe d'âge des 25 à 29 ans, comparativement à des augmentations de 43 % et 27 % observées dans les groupes

d'âge de 20 à 24 ans et de 15 à 19 ans, respectivement (figure 4). La tendance sur 10 ans chez les femmes est à l'augmentation des taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* pour tous les groupes d'âge; cependant, on observe une légère tendance à la baisse depuis 2011 dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans (figure 5). Cette tendance à la baisse chez les femmes est à l'origine de la diminution du taux d'ensemble pour les deux sexes dans ce groupe d'âge (figure 4). Chez les hommes, les taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont augmenté dans tous les groupes d'âge entre 2005 et 2014 (figure 6). Chez les hommes comme chez les femmes, on enregistrait invariablement les taux les plus élevés de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans sur la période totale de 10 ans.

Figure 4 : Taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* dans l'ensemble¹, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada



¹ Le total comprend les cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

Figure 5 : Taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada

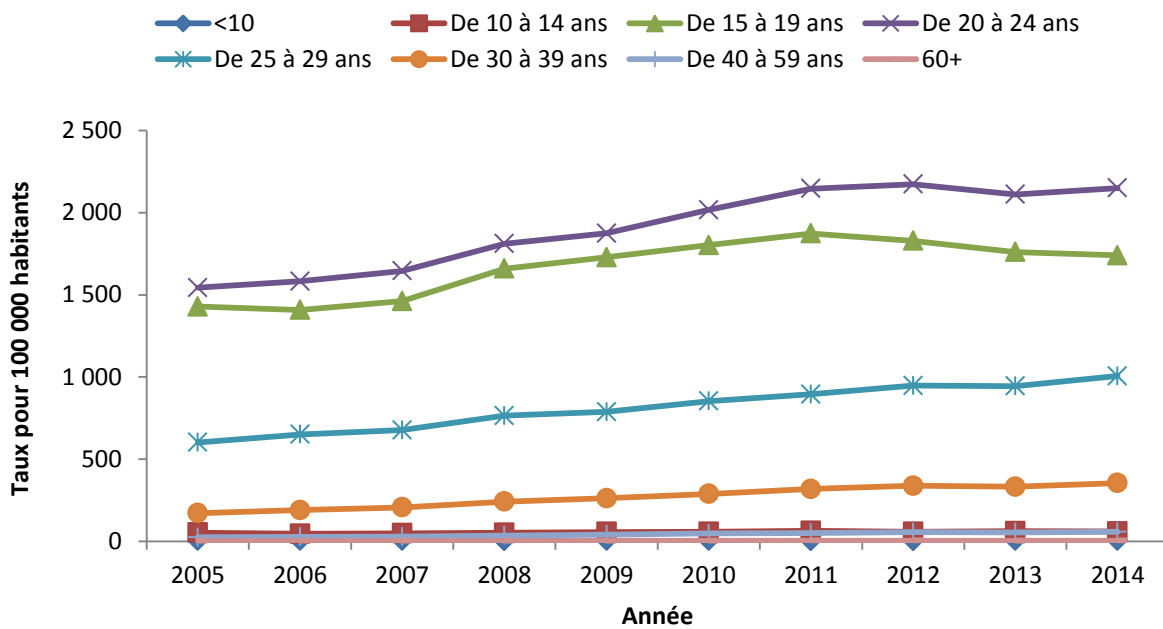
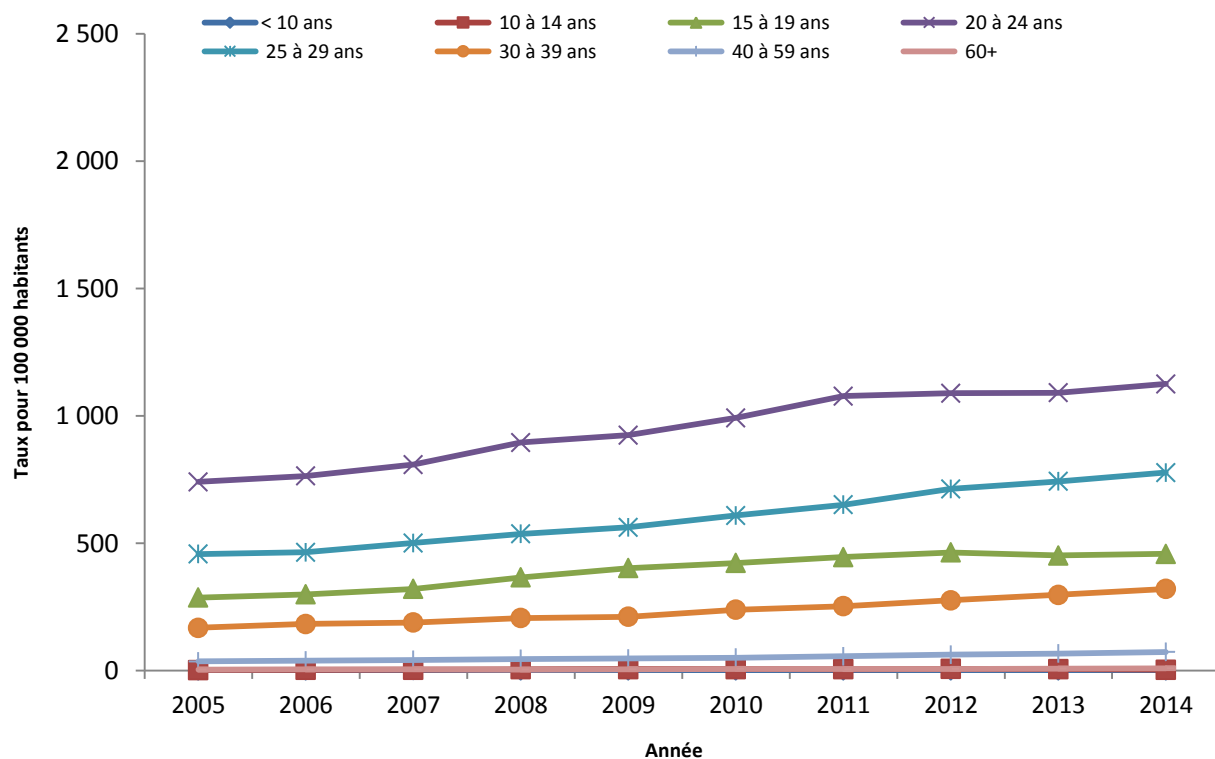


Figure 6 : Taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada



2.3 Tendances provinciales

En 2014, comme au cours de l'année précédente, le taux le plus élevé de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a été observé au Nunavut (3 509,6 cas pour 100 000 habitants), suivi des Territoires du Nord-Ouest (1 893,5 cas pour 100 000 habitants). Au cours de la dernière décennie, ces deux territoires ont invariablement connu les taux les plus élevés par rapport aux autres provinces et territoires. Des taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* supérieurs à la moyenne nationale de 307,4 cas pour 100 000 habitants ont également été observés en Alberta, au Manitoba, en Saskatchewan et au Yukon (tableau 1 et figure 7).

Les provinces et territoires où l'on a observé la plus forte augmentation des taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* de 2005 à 2014 étaient les suivants : le Québec (69,5 %), l'Ontario (50,1 %), la Nouvelle-Écosse (49,9 %), le Manitoba (48,4 %) et la Colombie-Britannique (34,6 %) [figure 7]. Les taux du Québec ont montré une tendance constante à l'augmentation entre 2005 et 2014. Le Yukon et le Nunavut ont connu des tendances variables au cours des 10 dernières années, période pendant laquelle on a observé des diminutions de 4,4 % et 3,7 % de 2005 à 2014 (de 601,8 cas à 575,2 cas pour 100 000 habitants et de 3 643,5 cas à 3 509,6 cas pour 100 000 habitants), respectivement.

Tableau 1 : Cas déclarés et taux correspondants d'infection à *Chlamydia trachomatis*, par province/territoire, 2014, Canada

	Femmes		Hommes		Total ¹	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
Canada	68 525	382,5	40 624	230,5	109 263	307,4
C.-B.	8 263	354,4	5 175	225,0	13 452	290,5
Alb.	10 350	510,9	6 266	299,0	16 618	403,2
Sask.	3 775	676,8	2 031	357,8	5 807	516,0
Man.	4 023	624,1	2 271	356,3	6 294	490,9
Ont.	21 908	314,7	14 005	208,5	35 933	262,7
Qc	15 003	363,0	8 262	202,4	23 340	284,1
N.-B.	1 176	308,5	570	152,9	1 746	231,6
N.-É.	1 783	371,0	843	182,4	2 628	278,8
Î.-P.-É.	182	215,2	72	101,0	254	173,6
T.-N.-L.	575	215,2	296	113,9	871	165,3
Yn	124	695,6	86	460,3	210	575,2
T.N.-O.	512	2 390,9	314	1 413,9	826	1 893,5
Nt	851	4 829,2	433	2 283,4	1 284	3 509,6

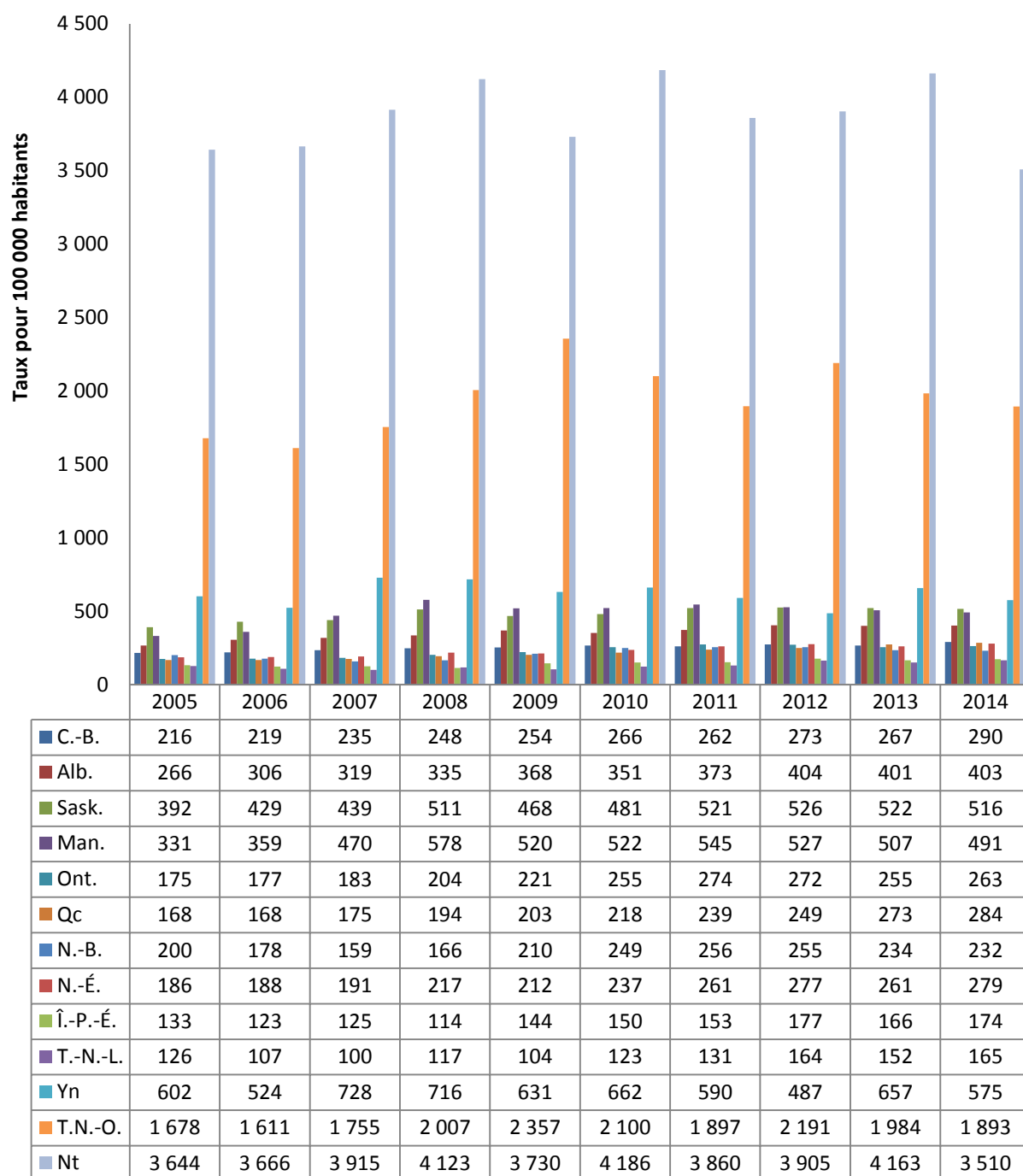
¹ Le total comprend les cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

Tableau 2 : Cas déclarés et taux correspondants d'infection à *Chlamydia trachomatis*, par province/territoire, 2013, Canada

	Femmes		Hommes		Total ¹	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
Canada	66 696	376,3	38 482	220,8	105 274	299,5
C.-B.	7 736	335,5	4 497	197,5	12 244	267,2
Alb.	9 959	505,2	6 117	300,5	16 077	401,2
Sask.	3 804	692,7	1 967	353,1	5 771	521,7
Man.	4 165	654,1	2 255	358,7	6 420	507,4
Ont.	21 280	308,6	13 318	200,1	34 614	255,4
Qc	14 498	353,2	7 721	190,7	22 287	273,3
N.-B.	1 182	309,4	588	157,4	1 770	234,2
N.-É.	1 727	359,4	737	159,4	2 464	261,3
Î.-P.-É.	156	208,9	86	121,4	242	166,3
T.-N.-L.	533	199,1	268	102,9	801	151,7
Yn	143	802,9	96	517,4	239	657,2
T.N.-O.	559	2 609,7	311	1 387,1	870	1 984,4
Nt	954	5 581,6	521	2 840,5	1 475	4 162,7

¹ Le total comprend les cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

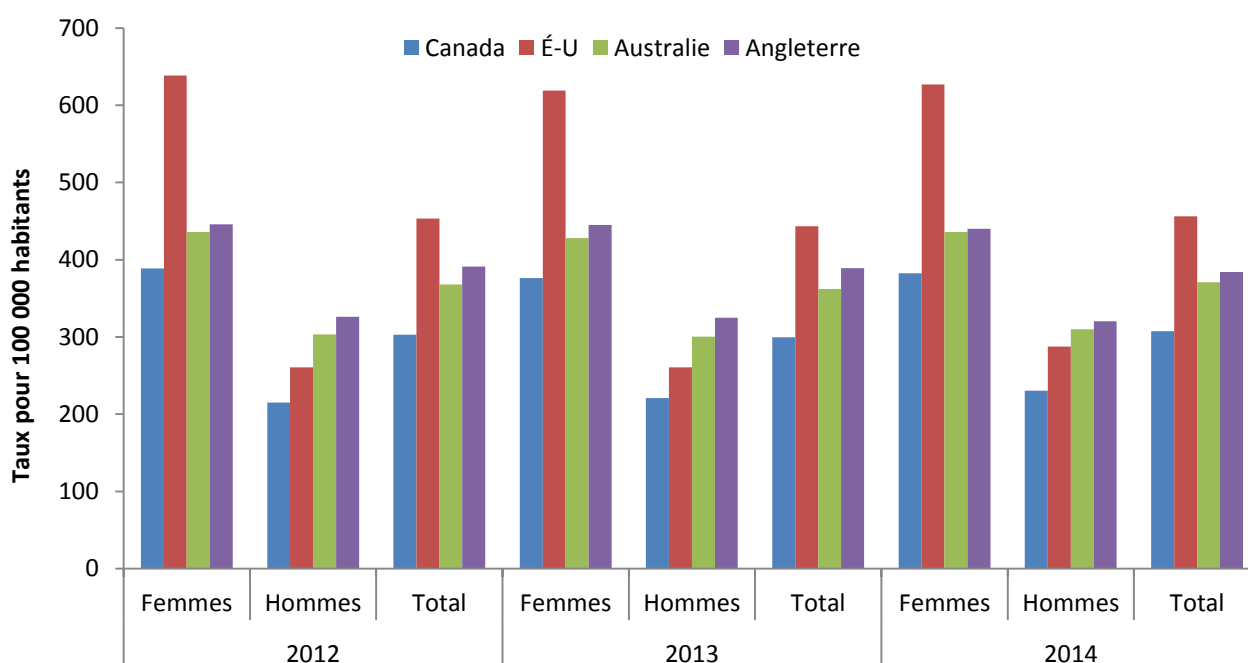
Figure 7 : Taux de cas de déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les deux sexes, par province/territoire, de 2005 à 2014



2.4 Comparaison internationale

Comparativement à des pays comme les États-Unis, l'Angleterre et l'Australie, le Canada affichait des taux plus bas de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* de 2012 à 2014 (figure 8). Comme au Canada, les infections à *Chlamydia trachomatis* touchent davantage les femmes que les hommes dans les quatre pays. Les écarts dans les taux observés parmi les pays sont probablement attribuables à une combinaison de différences dans les exigences en matière de déclaration, les pratiques de dépistage et les interventions en matière de santé publique.

Figure 8 : Taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis*, dans l'ensemble et selon le sexe, au Canada et dans d'autres pays de 2012 à 2014



2.5 Conclusion

De 2005 à 2014, les taux de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* ont augmenté au Canada en dépit de nombreuses interventions de santé publique visant à prévenir, à diagnostiquer et à traiter ces infections. L'augmentation des taux observée peut s'expliquer par divers facteurs, notamment une réelle augmentation de l'incidence et la mise en œuvre de méthodes améliorées de recherche des cas, telles que le test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) plus sensible lancé au milieu des années 1990. En fait, ce changement dans la pratique diagnostique coïncide avec le début de l'augmentation des taux déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis*. Le TAAN permet l'utilisation d'échantillons d'urine ou de prélèvements à l'aide d'un écouvillon; la collecte d'urine est plus facile et plus acceptable pour les patients. Par conséquent, le nombre de personnes qui se soumettent à un test a probablement augmenté, surtout chez les hommes. Un dépistage plus efficace et des pratiques de recherche de contacts peuvent également avoir contribué à l'augmentation observée dans le taux d'incidence des cas signalés (7,8, 9).

Aux États-Unis, on observe chez les femmes un taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* près de deux fois plus élevé que chez les hommes, mais au cours de la période de 2010 à 2014, les taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes ont augmenté à un taux beaucoup plus élevé (22 %) que chez les femmes (6 %) (10). L'Australie a signalé que depuis 2011, les taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* sont restés stables, mais la chlamydia demeure l'ITS la plus souvent déclarée (11). En 2013, le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) a également déclaré avoir constaté une stabilisation des taux au cours des cinq dernières années, la majorité des cas ayant été observés chez les femmes (12).

Le taux général de cas déclarés d'infection à *Chlamydia trachomatis* a toujours été plus élevé chez les femmes que chez les hommes, et cette différence est plus prononcée chez les groupes d'âge les plus jeunes. Les taux plus élevés chez les jeunes femmes peuvent être attribuables à une plus grande sensibilité biologique à l'infection à *Chlamydia trachomatis* que les hommes en raison d'une prévalence plus élevée d'ectopie cervicale (13,14). En outre, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de passer un test de dépistage des ITS (15,16, 17).

Des différences de comportements en matière de dépistage des ITS entre les provinces et territoires du Canada peuvent également contribuer à la variation des taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* entre les zones géographiques. Par exemple, il existe des données probantes montrant que le taux de dépistage de la chlamydia au Yukon pourrait être plus élevé que le taux dans les autres provinces et territoires, ce qui pourrait contribuer à élever le taux de cas signalés au Yukon (16).

On a formulé une hypothèse selon laquelle le diagnostic et le traitement précoces des infections à *Chlamydia trachomatis* peuvent en fait empêcher le déclenchement d'une réponse immunitaire efficace. Selon l'hypothèse, les sujets traités qui n'ont pas développé de réponse immunitaire sont susceptibles d'être réinfectés en retournant à

leur réseau de partenaires sexuels (18). Si cette hypothèse se confirme, elle pourrait également expliquer en partie l'augmentation des taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* (19, 20).

Au Canada, le cycle 2 de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) (21) a estimé la prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis* dans la population générale en utilisant des échantillons d'urine recueillis chez un échantillon représentatif de répondants âgés de 14 à 59 ans dans des centres mobiles d'examen. La prévalence estimée était de 0,7 % (intervalle de confiance à 95 %, de 0,4 % à 1,3 %), une estimation nationale pondérée de 158 000 personnes infectées (22). Des mesures répétées de la prévalence des infections à *Chlamydia trachomatis* lors des cycles futurs de l'ECMS faciliteront l'interprétation des données de surveillance de routine reçues et pourraient contribuer à expliquer les facteurs favorisant une croissance continue du nombre de cas signalés.

En résumé, il est difficile de savoir quels facteurs sont les plus responsables des récentes tendances des taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* observés au Canada. Il s'agit probablement d'une combinaison d'éléments, et la possibilité d'une réelle augmentation de l'incidence ne peut être écartée. Une surveillance continue des taux d'infection à *Chlamydia trachomatis* et l'étude des raisons de l'évolution observée aideront à évaluer les interventions de santé publique pour lutter contre les ITS au Canada. Les lignes directrices nationales sur la prévention et la prise en charge des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* sont actualisées à mesure que de nouvelles données se dégagent afin de fournir aux utilisateurs l'information la plus juste possible sur les ITS au Canada (4,23).

3.0 L'infection gonococcique

3.1 Introduction

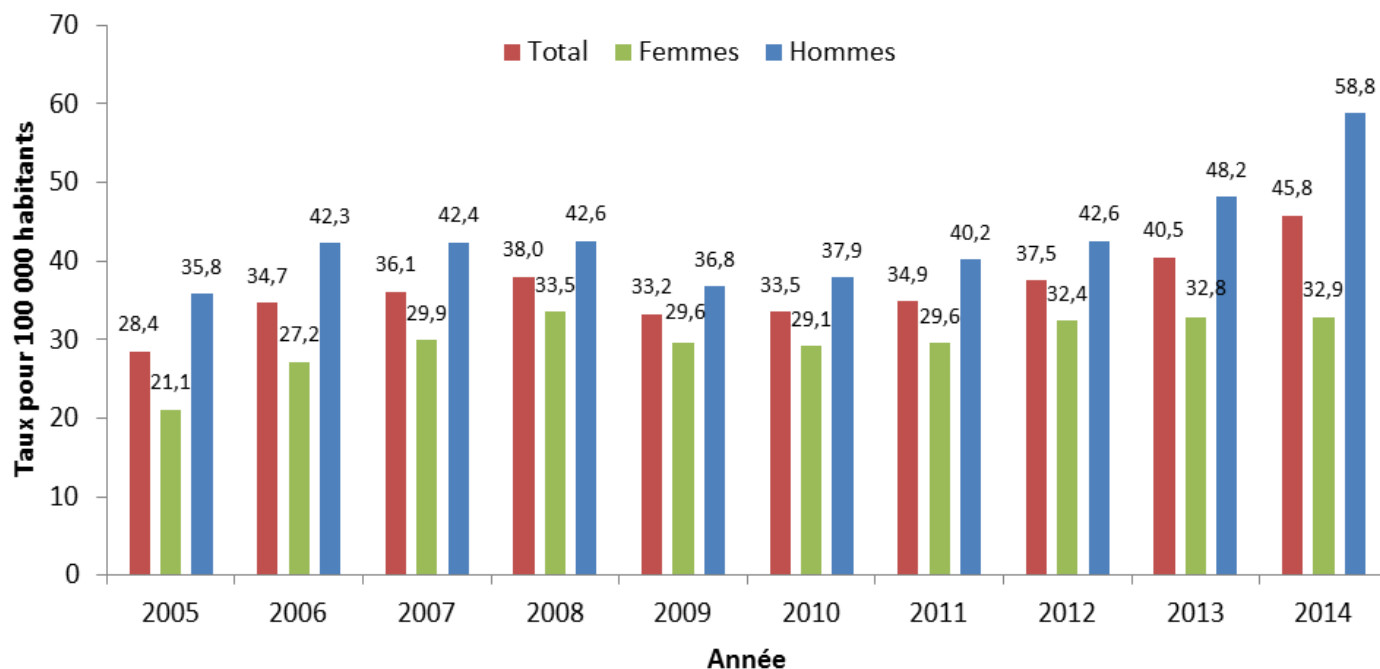
La gonorrhée est une infection bactérienne causée par *Neisseria gonorrhoeae* dont la déclaration est obligatoire au Canada depuis 1924. Elle est la deuxième ITS la plus couramment signalée au Canada. Les infections non traitées peuvent entraîner une infection génitale haute chez les femmes, ce qui peut causer des douleurs pelviennes chroniques, des grossesses ectopiques et la stérilité. Chez les hommes, les infections non traitées peuvent entraîner des infections des organes sexuels et la stérilité dans de rares cas. Bien que cette complication soit peu fréquente chez les deux sexes, l'infection gonococcique peut se propager à la circulation sanguine et aux articulations (24). Comme les autres ITS, l'infection gonococcique fait augmenter le risque de contracter et de transmettre l'infection au VIH (5).

3.2 Tendances nationales

De 2005 à 2014, outre une légère baisse autour des années 2009-2010, le taux général de cas déclarés d'infection gonococcique au Canada a augmenté de 61,3 %, passant de 28,4 cas pour 100 000 habitants en 2005 à 45,8 cas pour 100 000 habitants

(figure 9). La tendance sur 10 ans révèle une augmentation du taux de 64,2 % chez les hommes et de 55,9 % chez les femmes de 2013 à 2014; le taux général de cas déclarés d'infection gonococcique a augmenté de 13,2 %, principalement en raison de l'augmentation des taux observés chez les hommes (22,1 %).

Figure 9 : Taux de cas déclarés d'infection gonococcique, dans l'ensemble et selon le sexe, de 2005 à 2014, Canada



En 2014, les taux généraux de cas déclarés d'infection gonococcique étaient plus élevés dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans, suivi du groupe d'âge de 25 à 29 ans (figure 10). Les taux étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes pour les personnes de moins de 20 ans; en revanche, chez les adultes âgés de 20 ans et plus, les taux étaient plus élevés chez les hommes. Des résultats semblables ont été observés en 2013 (figure 11).

Figure 10 : Taux de cas déclarés d'infection gonococcique selon le sexe et par groupe d'âge, 2014, Canada

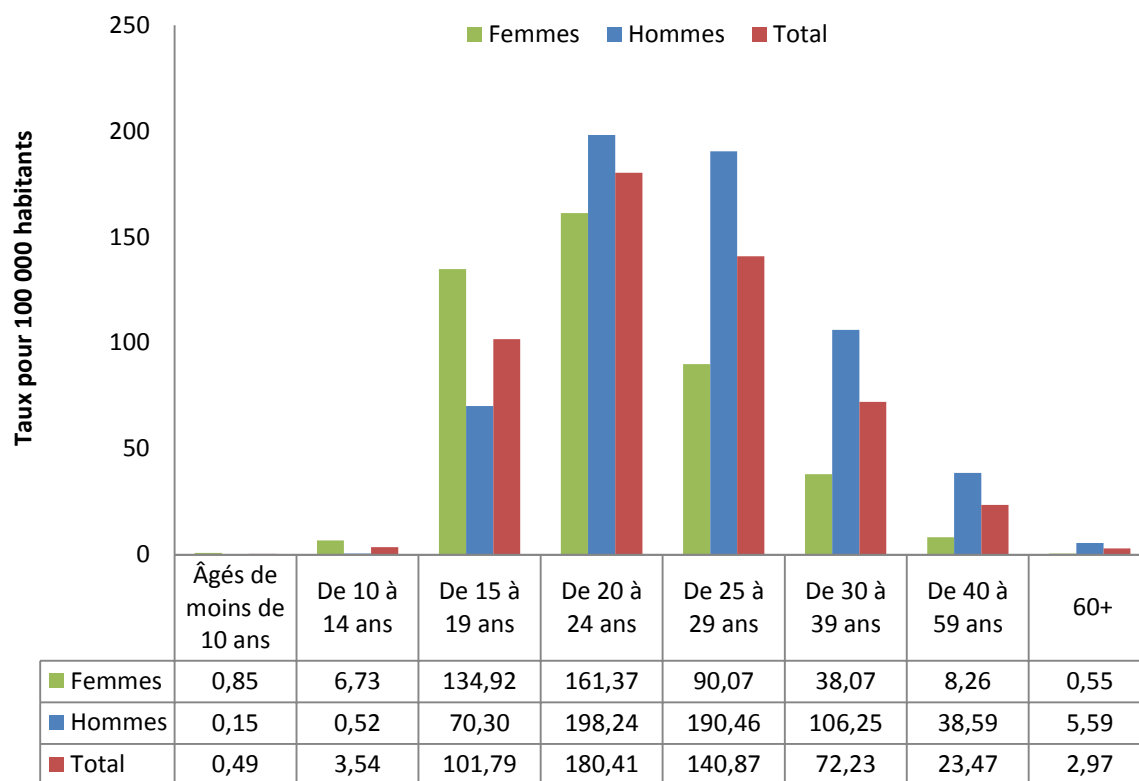
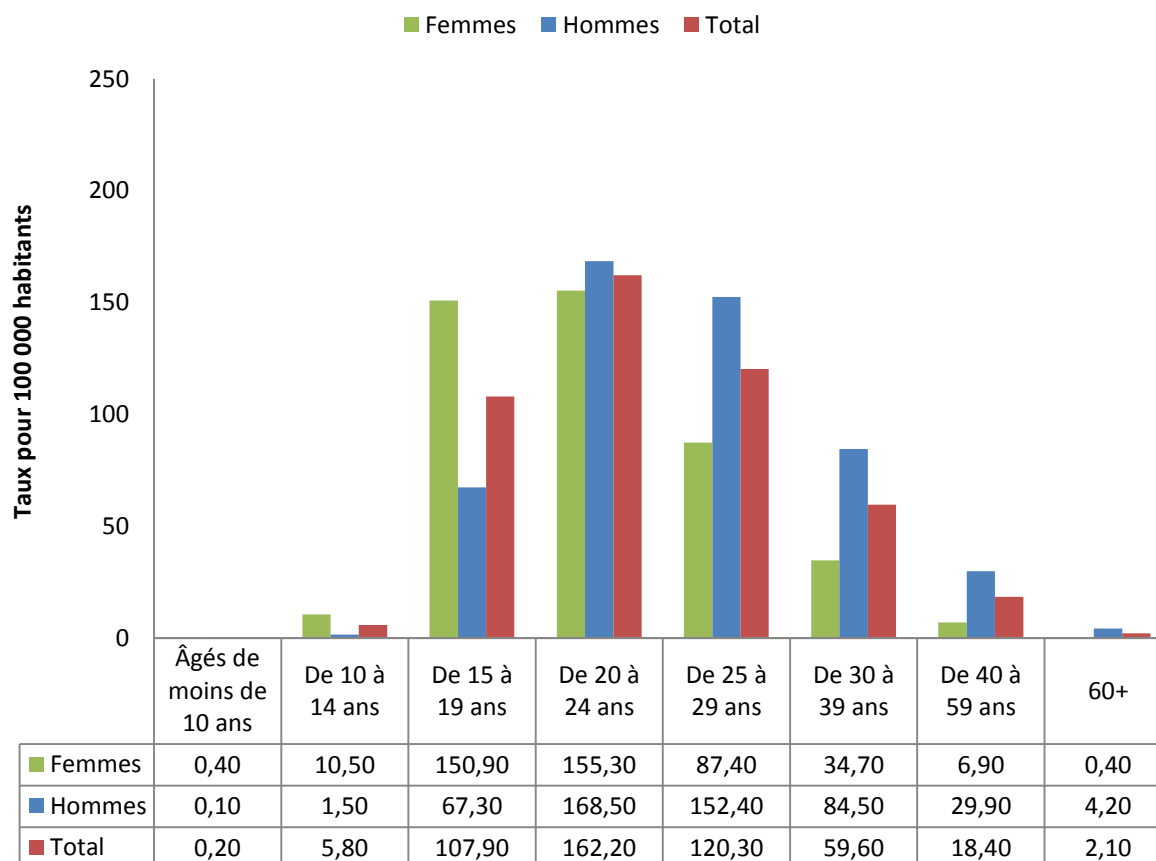
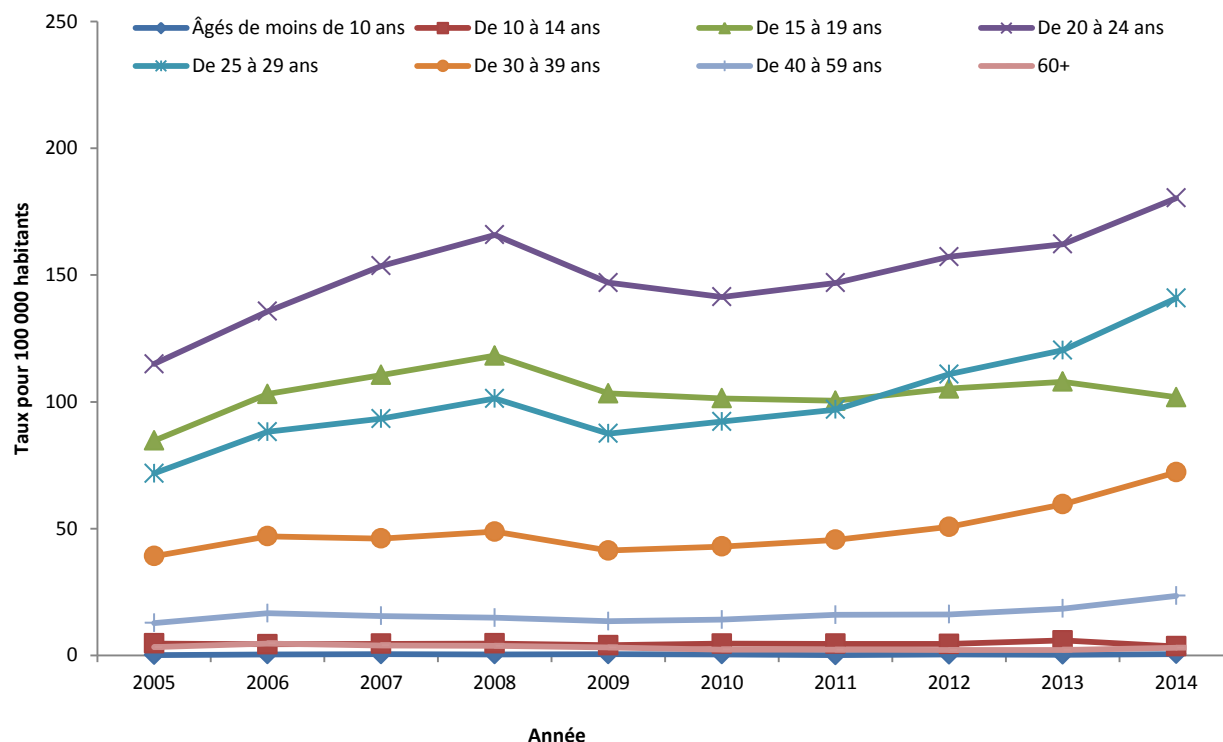


Figure 11 : Taux de cas déclarés d'infection gonococcique selon le sexe et par groupe d'âge, 2013, Canada



De 2005 à 2014, les taux de cas déclarés d'infection gonococcique ont augmenté dans la plupart des groupes d'âge, par rapport à la période de 2005 à 2008. Les taux ont diminué jusqu'en 2012, pour ensuite remonter à nouveau (figure 12). L'augmentation relative la plus élevée chez les femmes a été observée chez les femmes âgées de 40 à 59 ans (219 %, passant de 2,6 à 8,3 cas pour 100 000 habitants), suivies par le groupe d'âge des 30 à 39 ans (151,2 %, passant de 15,2 à 38,1 cas pour 100 000 habitants) [figure 13]. Chez les hommes, on enregistrait invariablement les taux les plus élevés dans le groupe d'âge de 20 à 24 ans, pour l'ensemble de cette période, suivi des hommes de 25 à 29 ans, qui présentaient la plus forte augmentation relative des taux (91 %), passant de 99,7 à 190,5 cas pour 100 000 habitants (figure 14).

Figure 12 : Taux de cas déclarés d'infection gonococcique dans l'ensemble¹, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada



¹Le total comprend les cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

Figure 13 : Taux de cas déclarés d'infection gonococcique chez les femmes, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada

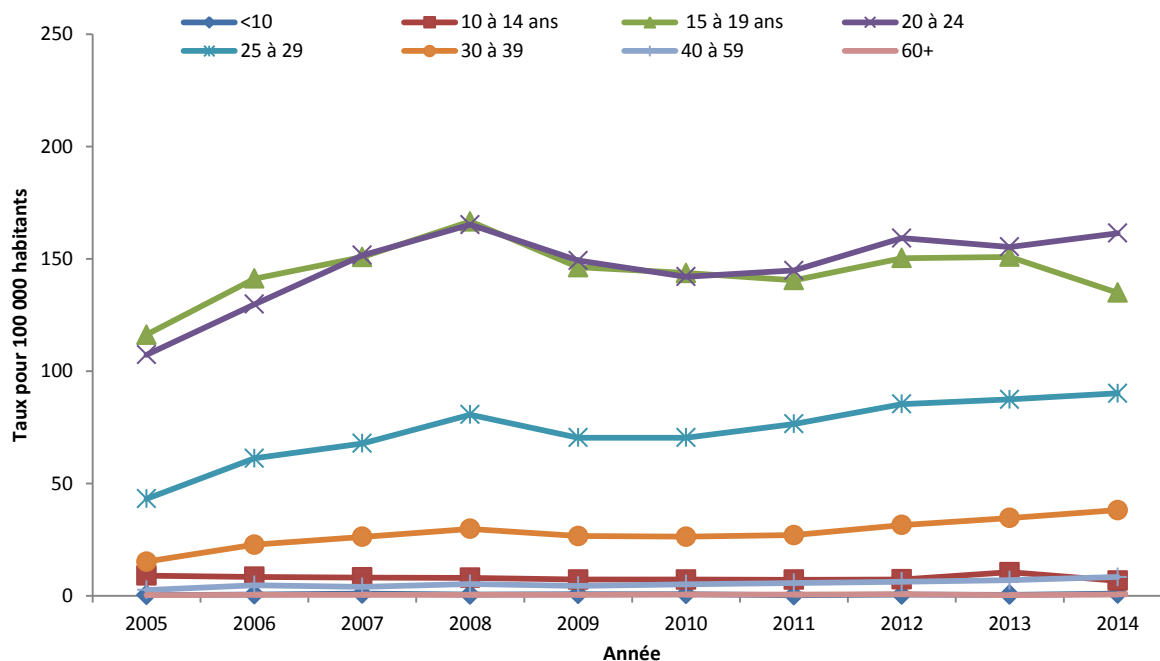
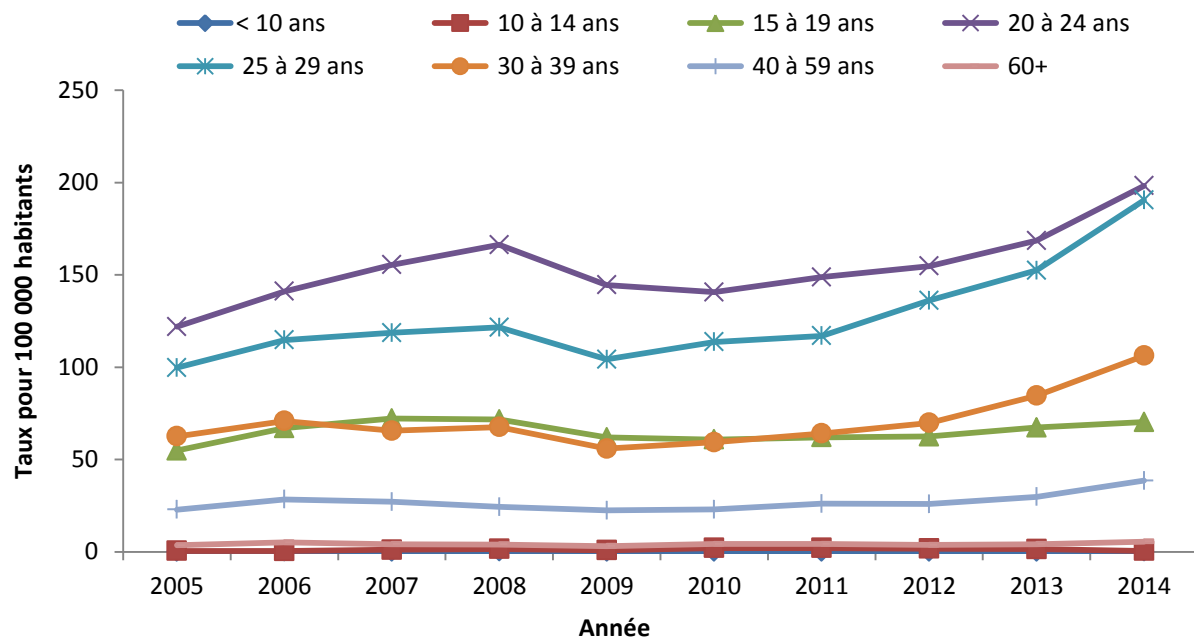


Figure 14 : Taux de cas déclarés d'infection gonococcique chez les hommes, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada



3.3 Tendances provinciales

En 2014, le taux de cas déclarés d'infection gonococcique au Nunavut était bien plus élevé (891,1 cas pour 100 000 habitants) que dans les autres provinces et territoires. Des taux dépassant la moyenne nationale de 45,8 cas pour 100 000 habitants ont également été observés en Alberta (46,2 cas pour 100 000 habitants), en Saskatchewan (110,2 cas pour 100 000 habitants), au Manitoba (86,4 cas pour 100 000 habitants), au Yukon (134,2 cas pour 100 000 habitants) et dans les Territoires du Nord-Ouest (561,6 cas pour 100 000 habitants (tableau 3).

Tableau 3 : Cas déclarés et taux correspondants d'infection gonococcique, par province/territoire, 2014, Canada

	Femmes		Hommes		Total ¹	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
<i>Canada</i>	5 892	32,9	10 362	58,8	16 285	45,8
C.-B.	522	22,4	1 505	65,4	2 031	43,9
Alb.	782	38,6	1 123	53,6	1 906	46,2
Sask.	635	113,8	604	106,4	1 240	110,2
Man.	598	92,8	509	79,9	1 107	86,4
Ont.	2 022	29,1	3 807	56,7	5 838	42,7
Qc	911	22,0	2 385	58,4	3 312	40,3
N.-B.	12	3,2	32	8,6	44	5,8
N.-É.	34	7,1	80	17,3	114	12,1
Î.-P.-É.	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.	7	4,8
T.-N.-L.	25	9,4	41	15,8	66	12,5
Yn	21	117,8	28	149,9	49	134,2
T.N.-O.	131	611,7	114	513,3	245	561,6
Nt	195	1 106,6	131	513,3	326	891,1

¹ Le total comprend les cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

Tableau 4 : Cas déclarés et taux correspondants d'infection gonococcique par province/territoire, 2013, Canada

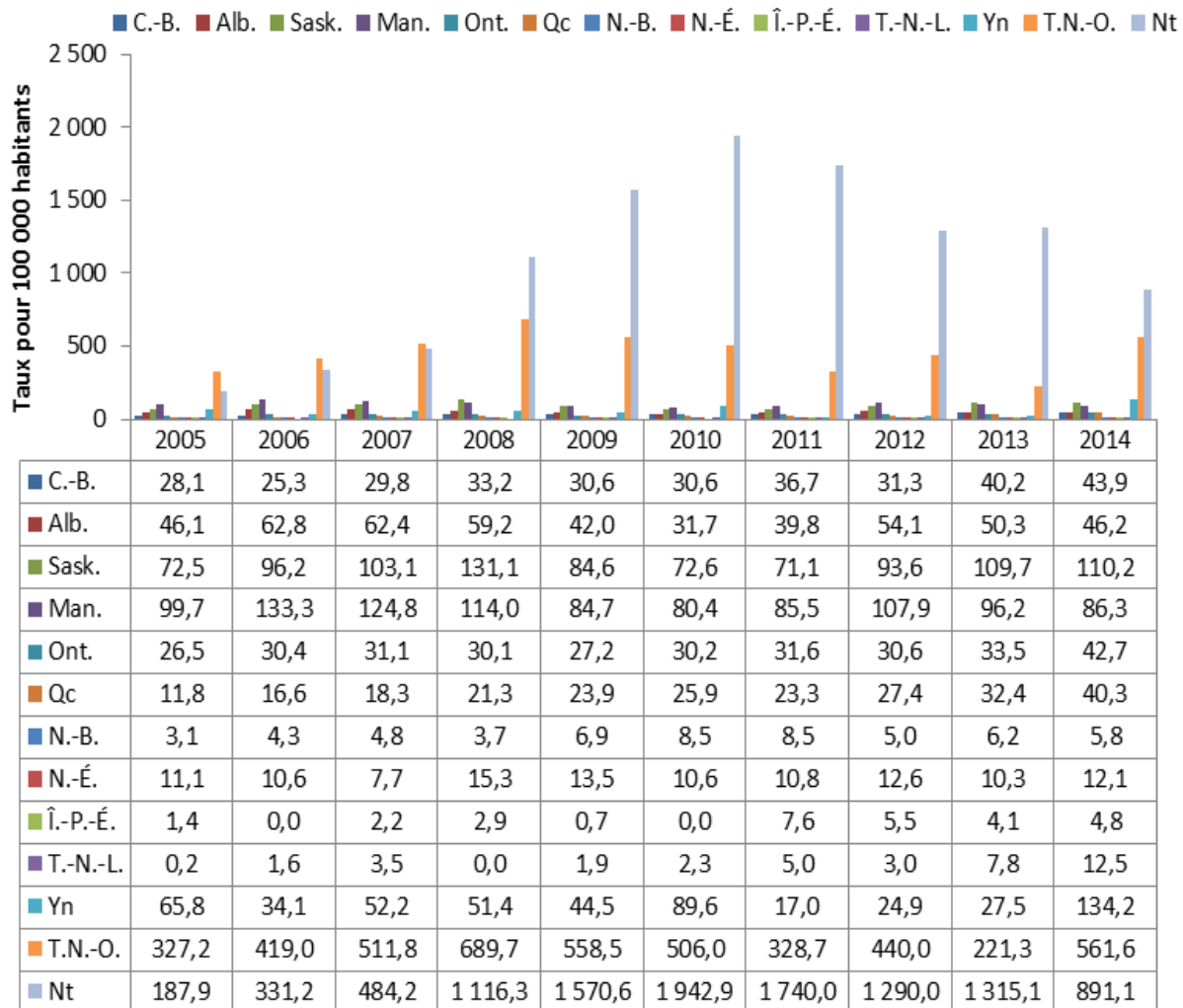
	Femmes		Hommes		Total ¹	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
<i>Canada</i>	5 806	32,8	8 394	48,2	14 227	40,5
C.-B.	532	23,1	1 303	57,2	1 841	40,2
Alb.	895	45,4	1 119	55,0	2 014	50,3
Sask.	681	124,0	532	95,5	1 213	109,7
Man.	681	107,0	536	85,3	1 217	96,2
Ont.	1 682	24,4	2 847	42,8	4 536	33,5
Qc	888	21,6	1 741	43,0	2 642	32,4
N.-B.	14	3,7	33	8,8	47	6,2
N.-É.	38	7,9	59	12,8	97	10,3
Î.-P.-É.	S. O.	S. O.	S. O.	S. O.	6	4,1
T.-N.-L.	19	7,1	22	8,5	41	7,8
Yn	9	50,5	1	5,4	10	27,5
T.N.-O.	61	284,8	36	160,6	97	221,3
Nt	302	1 766,9	163	888,7	466	1 351,1

¹ Le total comprend les cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

La période de surveillance de 10 ans montre que les taux d'infection gonococcique ont considérablement augmenté dans la plupart des provinces et territoires (figure 15). La plus forte augmentation relative de taux a été observée à Terre-Neuve-et-Labrador, où les taux étaient de 0,2 cas pour 100 000 habitants en 2005 et de 12,5 cas pour 100 000 habitants en 2014. Les taux du Yukon ont révélé des fluctuations au cours des

10 dernières années, et les taux dans les Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut sont invariablement élevés.

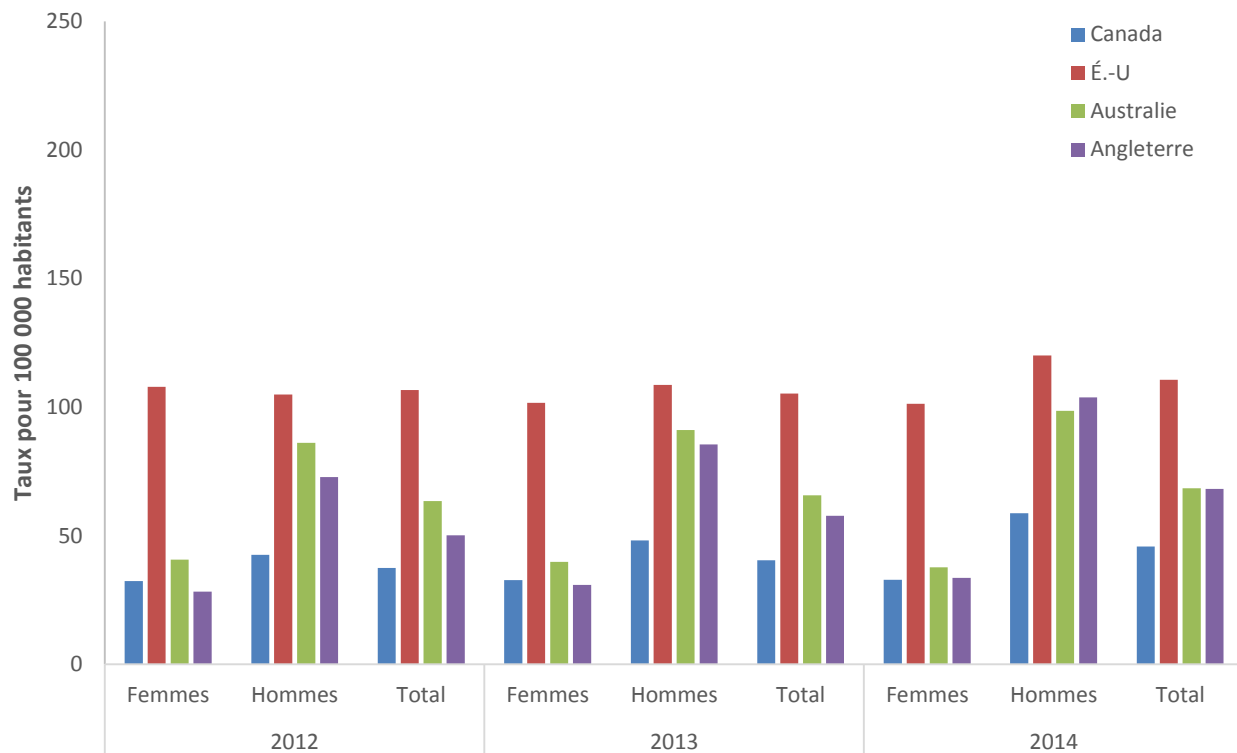
Figure 15 : Taux de cas déclarés d'infection gonococcique, par province/territoire, de 2005 à 2014



3.4 Comparaison internationale

En 2014, le Canada affichait les taux les plus bas de cas déclarés d'infection gonococcique par rapport aux États-Unis, à l'Angleterre et à l'Australie, et cette tendance a également été observée en 2013 et 2012 (figure 16). Comme au Canada, les hommes étaient davantage infectés que les femmes dans ces pays au cours de la même période, à l'exception de 2012, où les taux étaient légèrement plus élevés chez les femmes aux États-Unis. Encore une fois, les écarts entre les taux observés dans ces pays pourraient être attribuables, en partie, à des différences dans les exigences de déclaration, les pratiques de dépistage, les programmes de sensibilisation et les interventions en matière de santé publique.

Figure 16 : Taux de cas déclarés d'infection gonococcique, dans l'ensemble et selon le sexe, au Canada et dans d'autres pays de 2012 à 2014



3.5 Conclusion

Bien que les taux de cas déclarés d'infection gonococcique au Canada soient considérablement plus faibles que ceux d'infection à *Chlamydia trachomatis*, les taux pour les deux infections semblent augmenter au fil du temps. L'augmentation des taux d'infection gonococcique depuis la fin des années 1990 pourrait s'expliquer, du moins en partie, par des facteurs qui semblent avoir une incidence sur les taux d'infection à *Chlamydia trachomatis*, notamment le passage à des méthodes de dépistage plus sensibles et l'amélioration de la recherche de cas (8).

Contrairement à l'infection à *Chlamydia trachomatis*, les taux d'infection gonococcique observés étaient plus élevés chez les hommes. Les taux étaient beaucoup plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans les groupes d'âge plus jeunes, mais le contraire a été observé chez les personnes âgées de 25 ans et plus. Les taux d'infection gonococcique plus élevés chez les hommes peuvent être expliqués en partie par le fait qu'ils sont plus susceptibles que les femmes d'avoir des infections symptomatiques; la présence de symptômes influençant probablement les

comportements quant à l'obtention de soins de santé et contribuant peut-être au plus grand nombre de cas détectés chez les hommes (25). En outre, l'augmentation de certaines pratiques sexuelles chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes a été associée à une hausse des taux d'infection gonococcique au sein de cette population (26, 27). Les chercheurs ont observé chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes l'adoption croissante de nouvelles pratiques visant à diminuer le risque d'infection par le VIH (comme avoir des rapports sexuels avec des personnes qui semblent être de la même sérologie VIH), mais ces pratiques comportent toujours le risque d'infection par d'autres ITS (28). Dans des pays comme les États-Unis, l'Angleterre et l'Australie, des taux d'infection gonococcique plus élevés ont aussi été observés chez les hommes (29, 30, 31), une situation en partie attribuable aux taux disproportionnellement élevés observés dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (11, 12).

4.0 Syphilis infectieuse

4.1 Introduction

La syphilis infectieuse est une infection causée par la bactérie *Treponema pallidum* dont la déclaration est obligatoire au Canada depuis 1924. Si elle n'est pas traitée, elle se développe en phases évolutives : primaire, secondaire, latence et tertiaire. Après plusieurs années (voire décennies) sans traitement, la syphilis tertiaire peut se développer, causant potentiellement des dommages au système nerveux central, au système cardiovasculaire, aux yeux, à la peau et à d'autres organes internes, ce qui peut être mortel (32). Les personnes infectées par la syphilis infectieuse sont aussi plus à risque de contracter le VIH, et les personnes co-infectées par les deux agents pathogènes sont plus susceptibles de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels (5). Chez les personnes co-infectées, le risque est plus grand de voir une progression rapide vers des conséquences graves comme la neurosyphilis, une infection bactérienne du cerveau ou de la moelle épinière, alors même que ces personnes sont encore contagieuses (33-35).

Tandis que toutes les phases de la syphilis doivent être signalées à l'échelle nationale, seuls les stades primaire, secondaire et de latence précoce (moins d'un an après le point d'infection), et la neurosyphilis infectieuse sont considérés comme infectieux, d'où l'importance de cette maladie du point de vue de la santé publique. Le présent rapport renferme des données sur la syphilis infectieuse au Canada.

4.2 Tendances nationales

Les taux généraux de cas déclarés de syphilis infectieuse étaient très faibles (moins de 1 cas pour 100 000 habitants) chez les deux sexes jusqu'à l'année 2001, où les taux ont commencé à grimper, surtout chez les hommes. En 2005, le taux général de cas déclarés était de 3,4 cas pour 100 000 habitants. Cette tendance s'est maintenue jusqu'en 2014; 2 357 cas de syphilis infectieuse ont été déclarés cette année-là, ce qui

correspond à un taux de 6,63 cas pour 100 000 habitants. Il y a eu une augmentation de 95 % des taux de 2005 à 2014 (figure 17) et au cours de cette période, les taux chez les hommes ont augmenté de 115,5 % (de 5,8 à 12,5 cas pour 100 000 habitants), alors qu'à l'inverse, les taux chez les femmes ont diminué de 18,2 % (passant de 1,1 à 0,9 cas pour 100 000 habitants) [figure 18].

Figure 17 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse dans l'ensemble, de 2005 à 2014, Canada

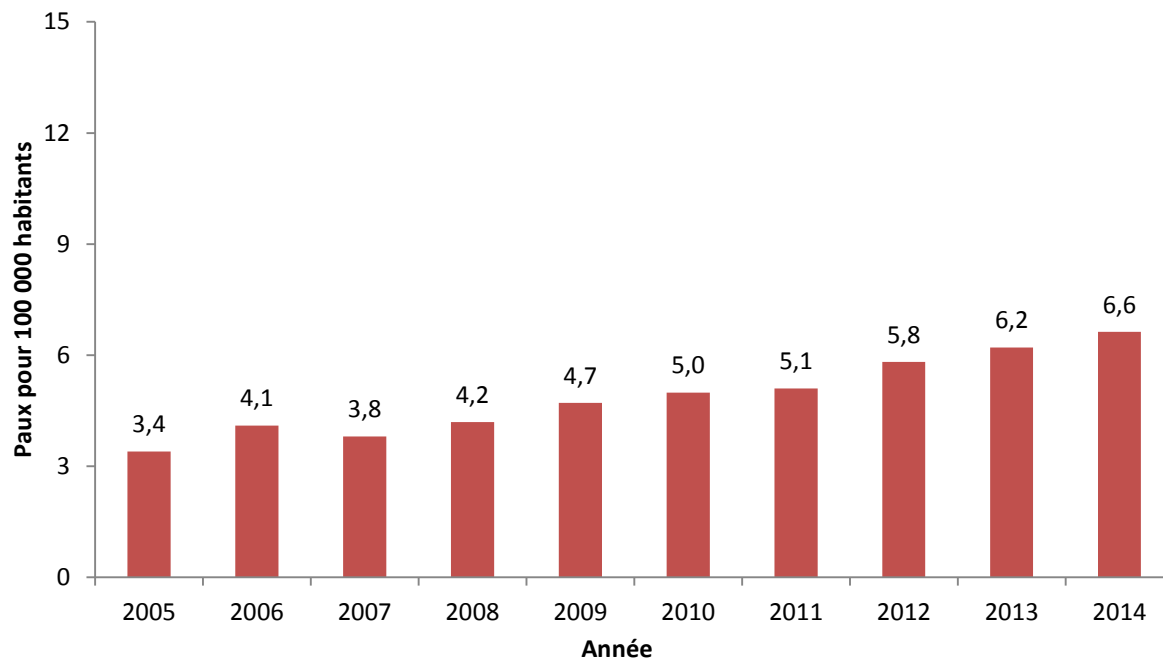
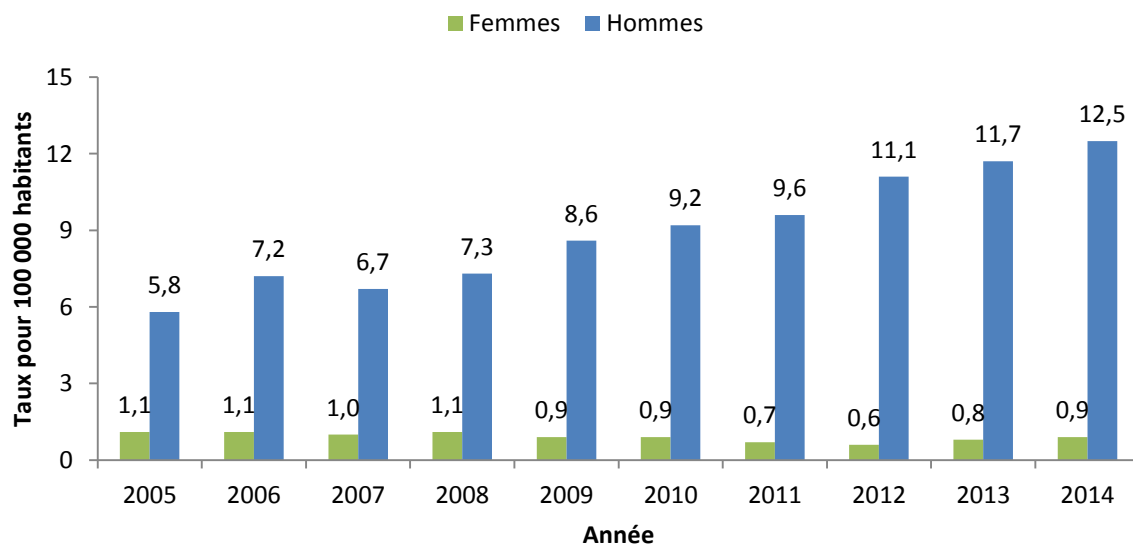


Figure 18 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse dans l'ensemble et selon le sexe, de 2005 à 2014, Canada



La syphilis infectieuse est beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes au Canada. En 2013 et 2014, 93 % de tous les cas déclarés ont été signalés chez les hommes, le taux chez les hommes étant près de 18 fois plus élevé que le taux chez les femmes. En 2014, les taux de syphilis infectieuse signalés étaient les plus élevés chez les hommes âgés de 25 à 29 ans, suivis des 30 à 39 ans (25,1 et 24,2 cas pour 100 000 habitants, respectivement) [figure 19]. Chez les femmes, les taux de cas déclarés de syphilis infectieuse étaient considérablement plus faibles; les taux les plus élevés chez les femmes ont été observés dans le groupe de 20 à 24 ans, suivi du groupe de 25 à 29 ans (3,4 et 2,2 cas pour 100 000 habitants, respectivement). Les taux de cas déclarés de syphilis infectieuse observés en 2013 étaient semblables (figure 20). Les cas signalés chez des personnes de moins de 15 ans sont extrêmement rares et ne sont pas présentés ici.

Figure 19 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse, selon le sexe et par groupe d'âge, 2014, Canada

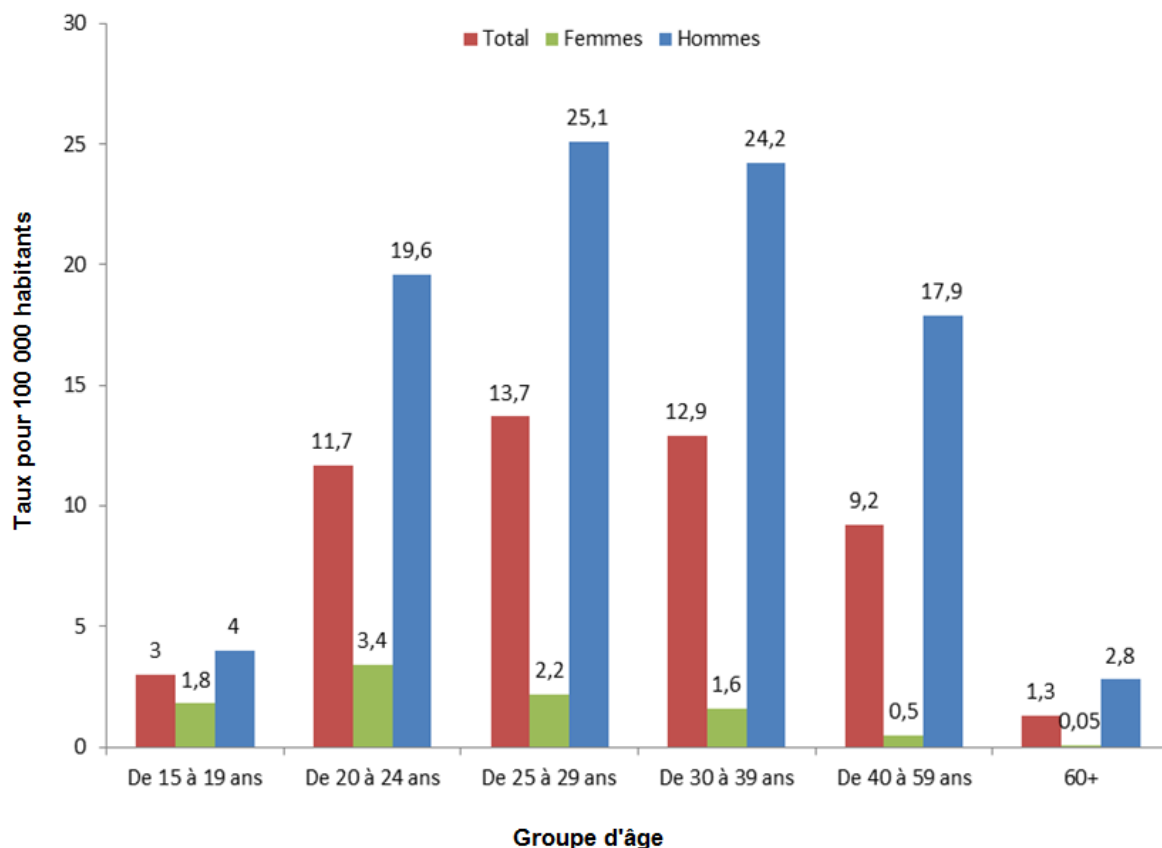
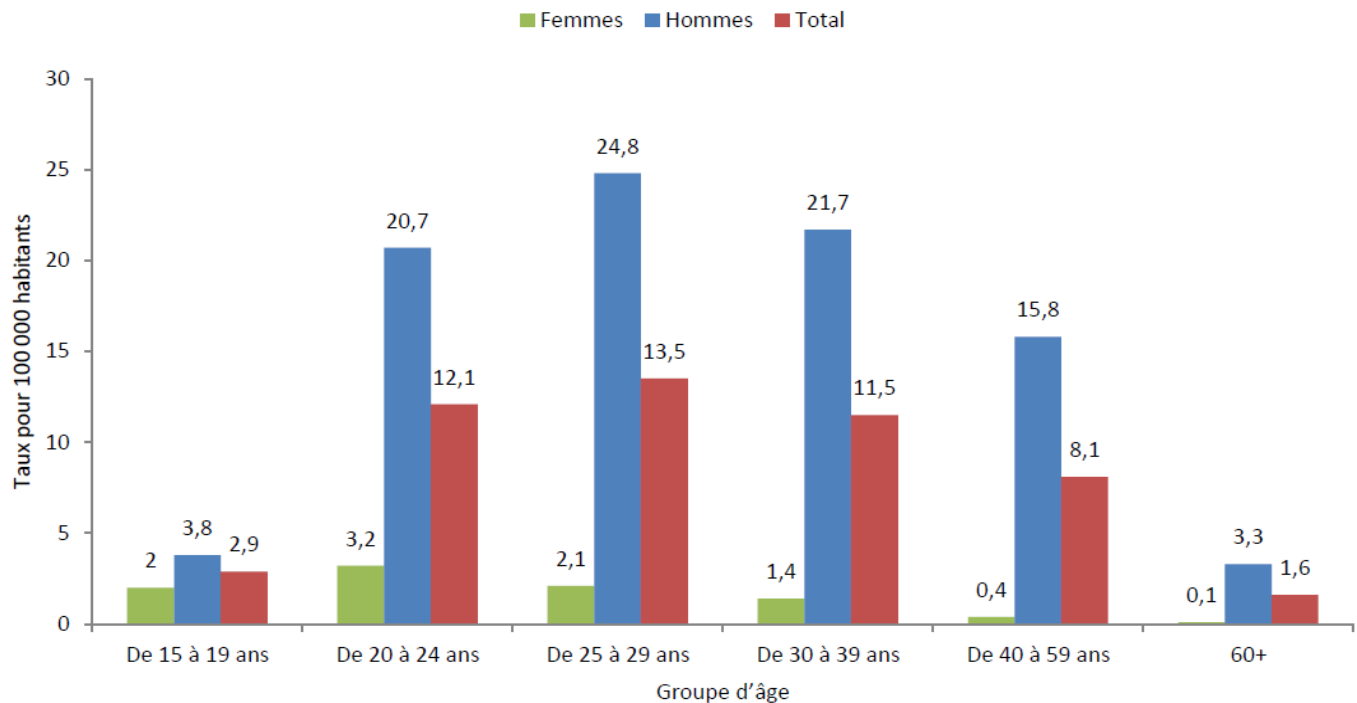


Figure 20 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse, selon le sexe et par groupe d'âge, 2013, Canada



De 2005 à 2014, les taux généraux de cas déclarés de syphilis infectieuse ont augmenté au fil du temps dans tous les groupes d'âge, à l'exception du groupe de 60 ans et plus, dont le taux est demeuré relativement stable (figure 21). Chez les femmes, les taux montrent surtout une tendance à la fluctuation en raison du petit nombre de cas, mais les taux semblent avoir diminué dans le groupe d'âge des 25 à 29 ans (figure 22). La plus forte augmentation relative des taux a été observée chez les hommes âgés de 15 à 19 ans (300 %, passant de 1,0 à 4,0 cas pour 100 000 habitants), suivis des hommes âgés de 20 à 24 ans (215,7 %, passant de 6,2 à 19,6 cas pour 100 000 habitants) [figure 23].

Figure 21 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse dans l'ensemble, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada

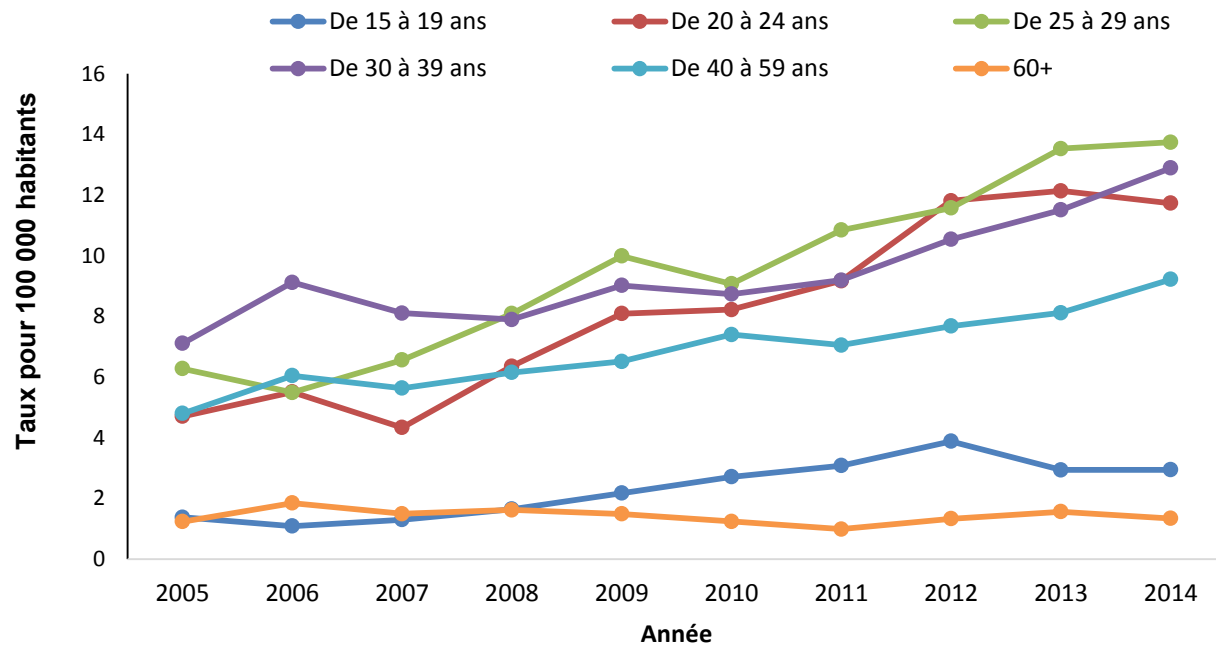


Figure 22 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les femmes, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada

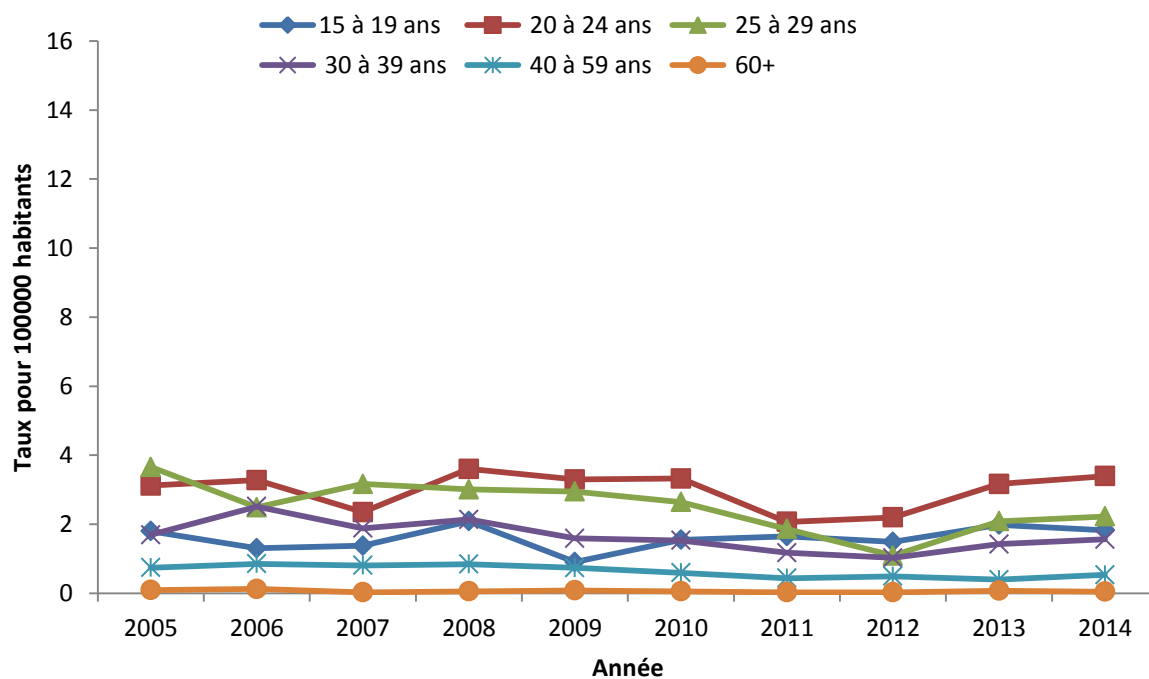
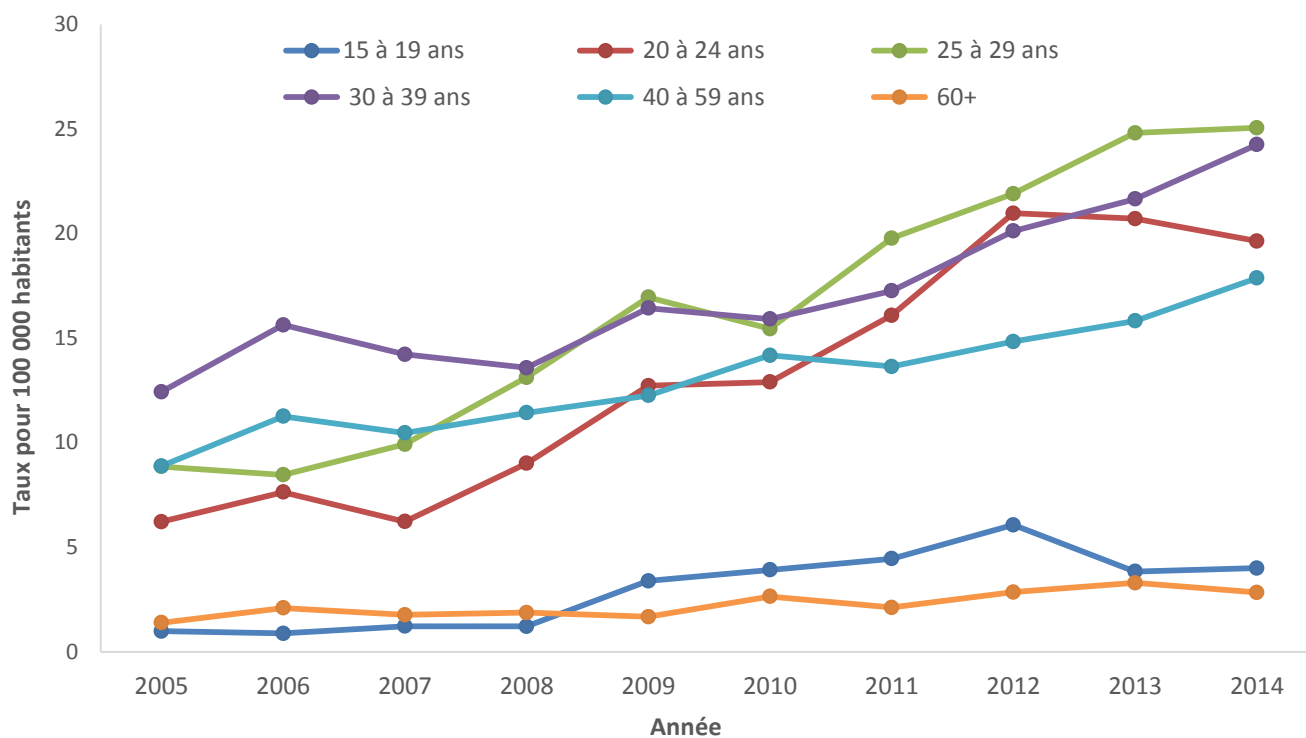


Figure 23 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse chez les hommes, par groupe d'âge, de 2005 à 2014, Canada



4.3 Tendances provinciales

En 2014, le taux le plus élevé de cas déclarés de syphilis infectieuse a été observé au Nunavut (224,1 cas pour 100 000 habitants), suivi de la Colombie-Britannique (9,3 cas pour 100 000 habitants) et du Manitoba (7,8 cas pour 100 000 habitants.). Dans toutes les provinces et tous les territoires, le taux était considérablement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, à l'exception du Nunavut, où le taux d'incidence était légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (255,4 cas par rapport à 195,1 cas pour 100 000 habitants) [tableau 5]. Des taux semblables ont été observés en 2013 (tableau 6).

Tableau 5 : Cas déclarés et taux correspondants de syphilis infectieuse, par province/territoire, 2014, Canada

	Femmes		Hommes		Total ¹	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
<i>Canada</i>	155	0,9	2 198	12,5	2 357	6,6
C.-B.	18	0,8	413	18,0	432	9,3
Alb.	12	0,6	137	6,5	149	3,6
Sask.	0	0,0	28	4,9	28	4,9
Man.	11	1,7	89	14,0	100	7,8
Ont.	31	0,5	825	12,3	858	6,3
Qc	33	0,8	550	13,5	584	7,1
N.-B.	1	0,3	26	7,0	27	3,6
N.-É.	3	0,6	61	13,2	64	6,8
Î.-P.-É.	1	1,33	8	11,2	9	6,2
T.-N.-L.	0	0,0	24	9,2	24	4,6
Yn	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T.N.-O.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nt	45	255,4	37	195,1	82	224,1

¹ Le total comprend les cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

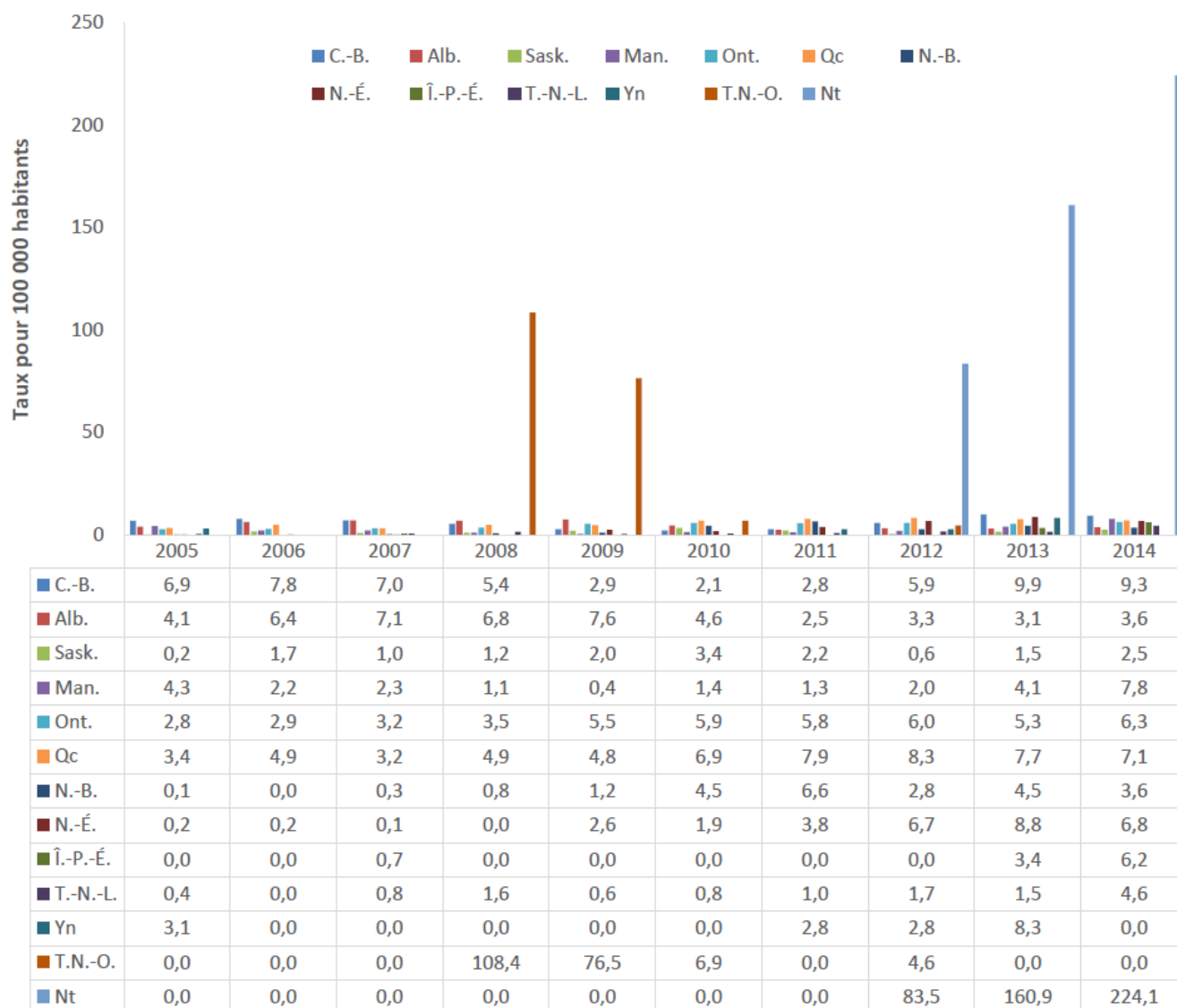
Tableau 6 : Cas déclarés et taux correspondants de syphilis infectieuse, par province/territoire, 2013, Canada

	Femmes		Hommes		Total ¹	
	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants	Nombre de cas	Taux pour 100 000 habitants
Canada	142	0,80	2 038	11,69	2 182	6,21
C.-B.	6	0,26	447	19,64	454	9,91
Alb.	24	1,22	99	4,86	123	3,07
Sask.	5	0,91	12	2,15	17	1,54
Man.	5	0,79	47	7,48	52	4,11
Ont.	42	0,61	678	10,19	720	5,31
Qc	28	0,68	602	14,87	631	7,74
N.-B.	1	0,26	33	8,83	34	4,50
N.-É.	3	0,62	80	17,30	83	8,80
Î.-P.-É.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
T.-N.-L.	1	0,37	7	2,69	8	1,51
Yn	2	11,23	2	10,78	3	8,25
T.N.-O.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Nt	26	152,12	31	169,01	57	160,86

¹ Le total comprend les cas pour lesquels le sexe n'est pas précisé.

Les taux généraux de cas déclarés de syphilis infectieuse ont augmenté dans la plupart des provinces et territoires depuis 2005 et il y a eu plusieurs grandes fluctuations des taux attribuables à des situations d'éclosion dans certaines provinces (figure 24).

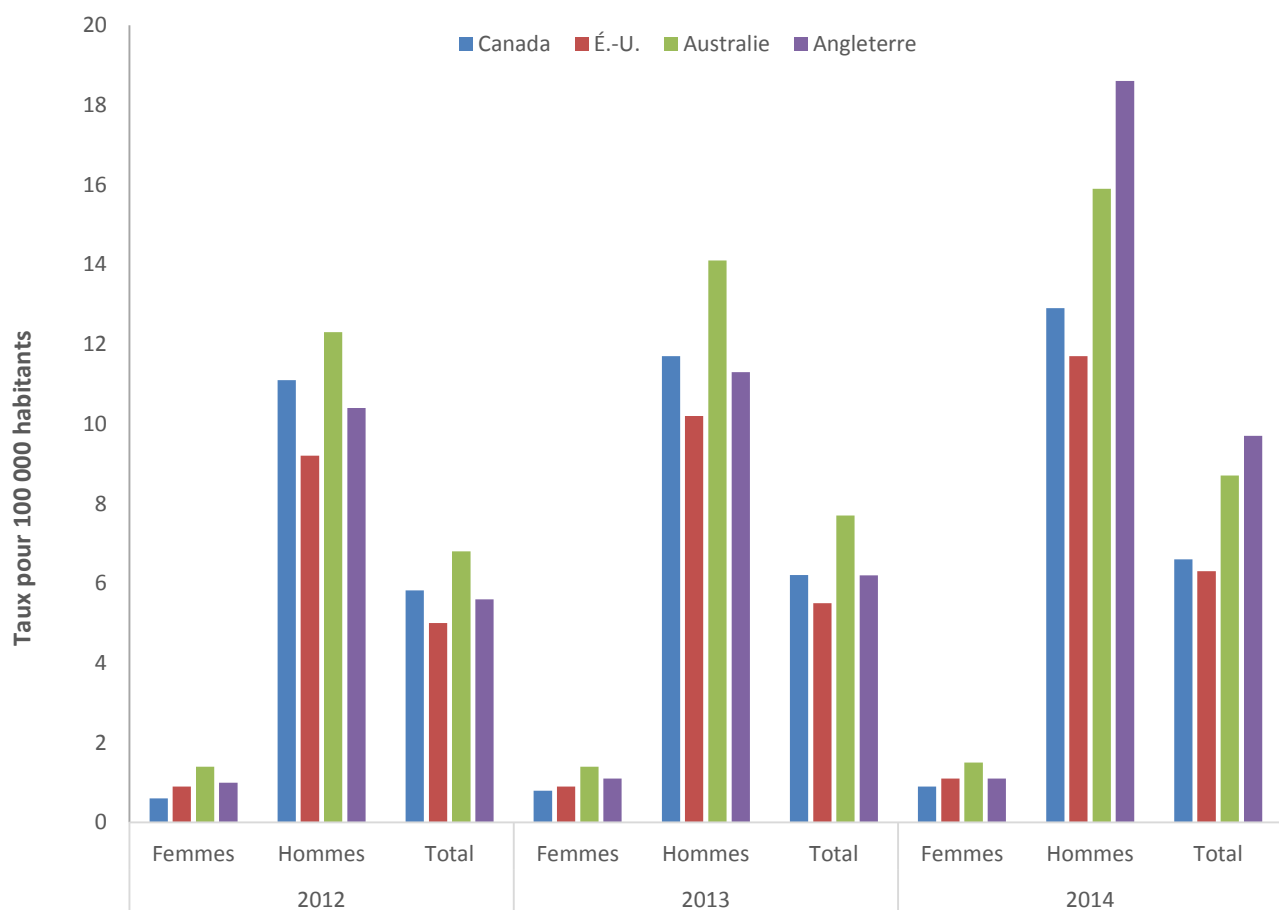
Figure 24 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse, par province/territoire, de 2005 à 2014



4.4 Comparaison internationale

Les taux de syphilis infectieuse semblent être à la hausse au Canada, aux États-Unis, en Australie et en Angleterre. Les taux aux États-Unis étaient les plus faibles de ces pays au cours de la période de 2012 à 2014, une situation qui s'explique vraisemblablement en partie par le fait que les États-Unis ne déclarent que les cas de syphilis primaire et secondaire. En 2014, le Canada affichait des taux plus bas de syphilis infectieuse en comparaison à l'Australie et à l'Angleterre (figure 25). Tous les pays montrent des taux nettement plus élevés chez les hommes.

Figure 25 : Taux de cas déclarés de syphilis infectieuse dans l'ensemble et selon le sexe, au Canada et dans d'autres pays¹ de 2012 à 2014



¹ Les cas et taux signalés aux États-Unis reflètent uniquement la syphilis primaire et secondaire.

4.5 Syphilis congénitale

La syphilis congénitale est causée par la transmission de *Treponema pallidum* d'une femme enceinte infectée à son fœtus. La majorité des nourrissons atteints de la syphilis congénitale sont infectés *in utero*, mais ils peuvent également la contracter par contact avec une lésion génitale active au moment de l'accouchement. Le risque de transmission chez une femme non traitée varie selon le stade de la maladie : le risque est de 70 à 100 % aux stades primaire et secondaire, de 40 % au stade de latence précoce et de 10 % dans le cas d'une syphilis latente tardive (32). Les conséquences pour les enfants nés vivants infectés peuvent être graves et comprennent l'infirmité motrice cérébrale, l'hydrocéphalie, la surdité de perception et des difformités musculo-squelettiques, toutes des affections qu'il est possible d'éviter par un traitement en temps opportun pendant la grossesse(36). Le dépistage prénatal systématique de la syphilis et le traitement rapide de l'infection sont des moyens importants de prévention de la syphilis congénitale, et l'absence de soins prénatals appropriés constitue le principal facteur lié au développement d'une syphilis congénitale. (37, 38).

Les taux de cas déclarés de syphilis congénitale ont commencé à augmenter en 2005, atteignant un sommet de 2,6 cas pour 100 000 naissances d'enfant vivant en 2009. Les données semblent indiquer que l'augmentation du nombre de cas de syphilis congénitale signalés au cours de cette période était liée à des éclosions de syphilis infectieuse chez les hétérosexuels (39). Depuis 2009, les cas de syphilis congénitale ont diminué; en 2014, aucun cas de syphilis congénitale n'a été signalé au Canada (tableau 7).

Alors que les taux de syphilis congénitale ont diminué au Canada au cours des dernières années, les États-Unis ont signalé une hausse de 27,5 % des cas de 2013 à 2014 (passant de 359 à 458 cas, respectivement) (10) et l'Australie a également signalé une augmentation du nombre de cas, de 3 cas en 2009 à 5 cas en 2014, bien que le nombre de cas soit encore plus faible que les 16 cas observés en 2005 (11).

Tableau 7 : Cas déclarés et taux correspondants de syphilis congénitale précoce confirmés, de 2004 à 2014, Canada

Année	Total des cas signalés ¹	Taux pour 100 000 naissances vivantes ²
2004	1	0,3
2005	9	2,6
2006	6	1,7
2007	7	1,9
2008	5	1,3
2009	10	2,6
2010	4	1,1
2011	4	1,1
2012	3	0,8
2013	1	0,3
2014	0	0,0

¹ Comprend les cas codés en tant que syphilis congénitale chez les nourrissons de moins de 2 ans.

² Les données concernant les années 2012 et 2013 n'étaient pas disponibles au Nunavut; les calculs des taux ont donc été ajustés pour exclure les naissances d'enfant vivant de cette province du dénominateur

4.6 Conclusion

Après des années d'incidence quasi nulle de syphilis infectieuse, en 2001, les taux de syphilis infectieuse ont amorcé une hausse radicale, qui se maintient à ce jour. Cette augmentation est principalement attribuable à l'augmentation des taux d'ITS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dans de nombreux pays occidentaux. Les causes de ces augmentations sont complexes et comprennent les changements dans les attitudes sexuelles et les contextes sociaux liés aux comportements sexuels à risque, la consommation de drogues à usage récréatif qui désinhibent et qui nuisent à la capacité de prendre des décisions au cours de l'activité sexuelle, ainsi que la recherche de partenaires sexuels sur Internet et dans des endroits associés à des risques plus élevés d'ITS (40-46). Certaines études établissent un lien entre l'augmentation des taux de syphilis et d'autres ITS chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes d'une part, et le sérotriage, c'est-à-dire le fait de choisir des partenaires sexuels qui ont la même sérologie VIH que soi, d'autre part (47-49).

Bien que les taux de syphilis infectieuse signalés chez les femmes soient faibles, l'infection chez les femmes en âge de procréer est préoccupante en raison du risque de syphilis congénitale chez les nourrissons exposés à *T. pallidum* durant la période prénatale ou au moment de l'accouchement. Le dépistage de la syphilis dans le cadre de soins prénatals complets pour toutes les femmes enceintes est essentiel à la prévention de la syphilis congénitale.

Références

- (1) Agence de la santé publique du Canada. Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, rapport canadien 2005-2008. 2012
- (2) Statistique Canada. Tableau CANSIM 053-0001 : Estimations des naissances, décès et mariages, Canada, provinces et territoires. 2015. Accès : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=0530001&pattern=&p2=-1&tabMode=dataTable&p1=1&stByVal=1&csid=&retrLang=fra&lang=fra> (consulté le 28 octobre 2015).
- (3) Stamm WE. Chlamydia trachomatis infections of the adult. *In*: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, *et al.*, editors. Sexually transmitted diseases. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 407-422.
- (4) Groupe de travail d'experts pour les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Infections à Chlamydia. *In*: Wong, T., Latham-Carmanico, C. (éd.) Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Édition 2010. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2010.
- (5) Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999 Feb; 75(1):3-17.
- (6) Navarro C, Jolly A, Nair R, Chen Y. Risk factors for general chlamydial infection. *The Canadian journal of infectious diseases* 2002; 13(3):195-207.
- (7) McKay A, Barrett M. Rising reported rates of chlamydia among young women in Canada: what do they tell us about trends in the actual prevalence of the infection? *The Canadian Journal of Human Sexuality* 2008; 17(1-2):61-69.
- (8) Rekart ML, Brunham RC. Epidemiology of chlamydial infection: are we losing ground? *Sex Transm Infect* 2008 Apr; 84(2):87-91.
- (9) Tuite AR, Jayaraman GC, Allen VG, Fisman DN. Estimation of the burden of disease and costs of genital Chlamydia trachomatis infection in Canada. *Sex Transm Dis* 2012 Apr; 39(4):260-267.
- (10) Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2014. 2015.
- (11) The Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia Annual Surveillance Report 2015. 2015.
- (12) Centre européen de prévention et de contrôle des maladies. Sexually Transmitted Infections in Europe 2013. 2015.
- (13) Lee V, Tobin JM, Foley E. Relationship of cervical ectopy to chlamydia infection in young women. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2006 Apr; 32(2):104-106.

- (14) Junior JE, Giraldo PC, Goncalves AK, do Amaral RL, Linhares IM. Uterine cervical ectopy during reproductive age: cytological and microbiological findings. *Diagn Cytopathol* 2014 May; 42(5):401-404.
- (15) Riera-Montes M, Velicko I. The chlamydia surveillance system in Sweden delivers relevant and accurate data: results from the system evaluation, 1997-2008. *Euro Surveill* 2011 Jul 7; 16(27):19907.
- (16) Machalek K, Hanley B, Kajiwarra J, Pasquali P, Stannard C. Chlamydia screening practices among physicians and community nurses in Yukon, Canada. *International journal of circumpolar health* 2013; 72(22447).
- (17) Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* 2005 Mar; 49(6):616-623.
- (18) Brunham RC, Rekart ML. The arrested immunity hypothesis and the epidemiology of chlamydia control. *Sex Transm Dis* 2008 Jan; 35(1):53-54.
- (19) Brunham RC, Pourbohloul B, Mak S, White R, Rekart ML. The unexpected impact of a *Chlamydia trachomatis* infection control program on susceptibility to reinfection. *J Infect Dis* 2005 Nov 15; 192(10):1836-1844.
- (20) Lyytikäinen E, Kaasila M, Koskela P, Lehtinen M, Patama T, Pukkala E, *et al.* *Chlamydia trachomatis* seroprevalence atlas of Finland 1983-2003. *Sex Transm Infect* 2008 Feb; 84(1):19-22.
- (21) Statistique Canada. Guide de l'utilisateur des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) : Cycle 2. Avril 2013.
- (22) Rotermann, M., Langlois, K.A., Severini, A., Totten, S. Prévalence de *Chlamydia trachomatis* et du virus de l'herpès simplex de type 2 : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2009 à 2011. *Rapports sur la santé*, vol. 24, n° 4, p. 8 à 14, avril 2013.
- (23) Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2008.
- (24) Hook EW, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. *In*: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, *et al.*, editors. *Sexually transmitted diseases*. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 451-466.
- (25) Gilbert M, Rekart ML. Recent trends in chlamydia and gonorrhea in British Columbia. *BCM J* 2009 Dec; 51(10):435.
- (26) Rietmeijer CA, Patnaik JL, Judson FN, Douglas JM, Jr. Increases in gonorrhea and sexual risk behaviors among men who have sex with men: a 12-year trend analysis at the Denver Metro Health Clinic. *Sex Transm Dis* 2003 Jul; 30(7):562-567.
- (27) Mayer KH. Sexually transmitted diseases in men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2011 Dec; 53 Suppl 3:S79-83.

(28) Cassels S, Katz DA. Seroadaptation among men who have sex with men: emerging research themes. *Current HIV/AIDS reports* 2013; 10(4):305-313.

(29) Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2013. 2014.

(30) The Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections in Australia Annual Surveillance Report 2014. Sydney NSW 2052: The Kirby Institute, UNSW; 2014.

(31) Public Health England. Table 1: STI diagnoses & rates in England by gender, 2004 - 2013. 2014; Accès : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/340430/Table_1_STI_diagnoses_and_rates_in_England_by_gender.pdf (consulté le 16 décembre 2014).

(32) Groupe de travail d'experts pour les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Syphilis. In: Wong, T., Latham-Carmanico, C. (éd.) Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Édition 2010. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada; 2010.

(33) Buchacz K, Patel P, Taylor M, Kerndt PR, Byers RH, Holmberg SD, *et al.* Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS* 2004 Oct 21; 18(15):2075-2079.

(34) Pialoux G, Vimont S, Moulignier A, Buteux M, Abraham B, Bonnard P. Effect of HIV infection on the course of syphilis. *AIDS Rev* 2008 Apr-Jun; 10(2):85-92.

(35) Narula T, Kamboj S, Martinez J, Engel LS. Co-infection: HIV and the great mimic syphilis. *HIV Clin* 2010 Spring; 22(2):7-10.

(36) Wendel GD Jr, Sheffield JS, Hollier LM, Hill JB, Ramsey PS, Sanchez PJ. Treatment of syphilis in pregnancy and prevention of congenital syphilis. *Clin Infect Dis* 2002 Oct 15; 35(Suppl 2):S200-9.

(37) Genc M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. *Sex Transm Infect* 2000 Apr; 76(2):73-79.

(38) Walker DG, Walker GJ. Prevention of congenital syphilis--time for action. *Bull World Health Organ* 2004 Jun; 82(6):401.

(39) Singh AE, Sutherland K, Lee B, Robinson JL, Wong T. Resurgence of early congenital syphilis in Alberta. *CMAJ* 2007 Jul 3; 177(1):33-36.

(40) Fenton KA, Imrie J. Increasing rates of sexually transmitted diseases in homosexual men in Western Europe and the United States: why? *Infect Dis Clin North Am* 2005 Jun; 19(2):311-331.

(41) Avery AK, Zenilman JM. Sexually Transmitted Diseases and Travel: From Boudoir to Bordello. *Microbiol Spectr* 2015 Oct; 3(5):10.1128/microbiolspec.IOL5-0011-2015.

(42) de Vries HJ. Sexually transmitted infections in men who have sex with men. *Clin Dermatol* 2014 Mar-Apr; 32(2):181-188.

- (43) D'Angelo-Scott H, Cutler J, Friedman D, Hendriks A, Jolly AM. Social network investigation of a syphilis outbreak in Ottawa, Ontario. *Can J Infect Dis Med Microbiol* 2015 Sep-Oct; 26(5):268-272.
- (44) Deiss RG, Leon SR, Konda KA, Brown B, Segura ER, Galea JT, *et al.* Characterizing the syphilis epidemic among men who have sex with men in Lima, Peru to identify new treatment and control strategies. *BMC Infect Dis* 2013 Sep 10; 13:426-2334-13-426.
- (45) Grov C, Breslow AS, Newcomb ME, Rosenberger JG, Bauermeister JA. Gay and bisexual men's use of the Internet: research from the 1990s through 2013. *J Sex Res* 2014; 51(4):390-409.
- (46) Marti-Pastor M, Garcia de Olalla P, Barbera MJ, Manzardo C, Ocana I, Knobel H, *et al.* Epidemiology of infections by HIV, Syphilis, Gonorrhea and Lymphogranuloma Venereum in Barcelona City: a population-based incidence study. *BMC Public Health* 2015 Oct 5; 15(1):1015-015-2344-7.
- (47) Bruce D, Harper GW, Suleta K. The Adolescent Medicine Trials Network for HIV/AIDS Interventions. Sexual risk behavior and risk reduction beliefs among HIV-positive young men who have sex with men. *AIDS Behav* 2013; 17(4):1515-1523.
- (48) Jin F, Prestage GP, Templeton DJ, Poynten IM, Donovan B, Zablotska I, *et al.* The impact of HIV seroadaptive behaviors on sexually transmissible infections in HIV-negative homosexual men in Sydney, Australia. *Sex Transm Dis* 2012 Mar; 39(3):191-194.
- (49) Marcus U, Schmidt AJ, Hamouda O. HIV serosorting among HIV-positive men who have sex with men is associated with increased self-reported incidence of bacterial sexually transmissible infections. *Sex Health* 2011 Jun; 8(2):184-193.

Annexe A : Définition de cas

Tableau 1 : Définitions des cas d'infection à *Chlamydia trachomatis* utilisées dans le cadre de la déclaration des cas au SCSMDO

Stade de l'infection	Définition de cas
Cas confirmé	Preuve de laboratoire d'infection des échantillons génito-urinaires : - détection de <i>C. trachomatis</i> par culture OU - détection d'acides nucléiques de <i>C. trachomatis</i> OU - détection d'antigène de <i>C. trachomatis</i>
Cas confirmé – Infections extra-génitales	Preuve en laboratoire d'infection du rectum, de la conjonctive, du pharynx et d'autres sites extra-génitaux : - détection de <i>C. trachomatis</i> par culture OU - détection d'acides nucléiques de <i>C. trachomatis</i> OU - détection d'antigène de <i>C. trachomatis</i>
Cas confirmé – Infections contractées pendant la période périnatale	Preuve en laboratoire de l'infection : - Détection et confirmation de <i>C. trachomatis</i> dans des échantillons nasopharyngiens ou d'autres échantillons des voies respiratoires provenant d'un nourrisson chez lequel une pneumonie s'est développée pendant les six premiers mois de vie : - isolement de <i>C. trachomatis</i> par culture OU - démonstration d'acides nucléiques de <i>C. trachomatis</i> OU - démonstration d'antigènes de <i>C. trachomatis</i> OU - détection et confirmation de <i>C. trachomatis</i> dans des échantillons de la conjonctive provenant d'un nourrisson chez lequel une conjonctivite s'est développée pendant le premier mois de vie : - isolement de <i>C. trachomatis</i> par culture OU - démonstration d'acides nucléiques de <i>C. trachomatis</i> OU - démonstration d'antigènes de <i>C. trachomatis</i>

Tableau 2 : Définitions des cas d'infection gonococcique utilisées dans le cadre de la déclaration des cas au SCSMDO

Stade de l'infection	Définition de cas
Cas confirmé – Infections génitales	Preuve de laboratoire d'infection des échantillons génito-urinaires : - détection de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> par culture - OU - détection d'acides nucléiques de <i>N. gonorrhoeae</i>
Cas confirmé – Infections extra-génitales	Confirmation en laboratoire d'infection du pharynx, du rectum, des articulations, de la conjonctive, du sang et d'autres sites extra-génitaux : - détection de <i>N. gonorrhoeae</i> par culture - OU - détection d'acides nucléiques de <i>N. gonorrhoeae</i>
Cas confirmé – Infections contractées pendant la période périnatale	Confirmation en laboratoire d'infection du nouveau-né au cours des quatre premières semaines de vie menant à un diagnostic de conjonctivite gonococcique, d'abcès du cuir chevelu, de vaginite, de bactériémie, d'arthrite, de méningite ou d'endocardite : - détection de <i>N. gonorrhoeae</i> par culture - OU - détection d'acides nucléiques de <i>N. gonorrhoeae</i>

Tableau 3 : Définitions des cas de syphilis infectieuse utilisées dans le cadre de la déclaration des cas au SCSMDO

Stade de l'infection	Définition de cas
Cas confirmé – Syphilis congénitale précoce (dans les deux ans suivant la naissance)	Confirmation en laboratoire de l'infection : - identification de <i>Treponema pallidum</i> par microscopie à fond noir, anticorps fluorescent ou examen équivalent de matière provenant des sécrétions nasales, des lésions cutanées, du placenta, du cordon ombilical ou de matière d'autopsie d'un nouveau-né (jusqu'à quatre semaines) - OU - résultat réactif au test sérologique (non tréponémique et tréponémique) à partir de sang veineux (pas de sang de cordon ombilical) chez un nourrisson/enfant présentant des signes cliniques ou des éléments de laboratoire ou radiographiques prouvant une syphilis congénitale* dont la mère n'a pas de preuve documentée d'un traitement adéquat - OU - détection de l'ADN <i>T. pallidum</i> dans un échantillon clinique approprié
Cas confirmé – Syphilis primaire	Confirmation en laboratoire de l'infection : - identification de <i>T. pallidum</i> par microscopie à fond noir, anticorps fluorescent, tests d'acides nucléiques ou examen équivalent de matière provenant d'un chancre ou d'un ganglion lymphatique régional - OU - présence d'une ou de plusieurs lésions types (chancres) et un résultat réactif au test sérologique tréponémique, peu importe la réactivité du test non tréponémique, chez les personnes sans antécédents de syphilis - OU - présence d'une ou de plusieurs lésions types (chancres) et une augmentation de la concentration par un facteur de quatre ou plus par rapport au dernier test non tréponémique connu chez les personnes ayant des antécédents de traitement de la syphilis

Cas confirmé – Syphilis secondaire	Preuve en laboratoire de l'infection : • identification de <i>T. pallidum</i> par microscopie à fond noir, anticorps fluorescent, tests d'acides nucléiques ou examen équivalent de lésions muco-cutanées, condylomes plats et résultat réactif au test sérologique (non tréponémique et tréponémique) OU • présence de signes ou symptômes types de la syphilis secondaire (p. ex. lésions muco-cutanées, alopecie, perte des cils et du tiers latéral des sourcils, iritis, lymphadénopathie généralisée, fièvre, malaises ou splénomégalie) ET résultat réactif au test sérologique (non tréponémique et tréponémique OU augmentation par un facteur de quatre ou plus par rapport au dernier test non tréponémique connu
Cas confirmé – Syphilis latente précoce (moins d'un an après l'infection)	Confirmation en laboratoire de l'infection : • patient asymptomatique présentant un résultat réactif au test sérologique (tréponémique ou non tréponémique) qui, au cours des 12 derniers mois, a présenté l'un des éléments suivants : ○ résultat non réactif au test sérologique ○ symptômes évocateurs d'un cas de syphilis primaire ou secondaire ○ exposition à un partenaire sexuel atteint de syphilis primaire, secondaire ou latente précoce
Cas confirmé – Neurosyphilis infectieuse (moins d'un an après l'infection)	Confirmation en laboratoire de l'infection : • correspond aux critères de la syphilis primaire, secondaire OU latente précoce ci-dessus ET à l'un des éléments suivants : • résultat réactif au test LCR-LRMV dans le liquide céphalorachidien non sanglant (LCR) • manifestations cliniques de la neurosyphilis ET niveau élevé de leucocytes dans le LCR OU niveau élevé de protéines dans le LCR en l'absence d'une autre cause connue

*Comprend toute manifestation de la syphilis congénitale selon l'examen physique (p. ex. hépatosplénomégalie), toute manifestation de la syphilis congénitale sur les radiographies des longs os, tout résultat réactif au test LCR-LRMV, toute numération cellulaire élevée dans le LCR ou tout niveau élevé de protéines dans le LCR sans autre cause.