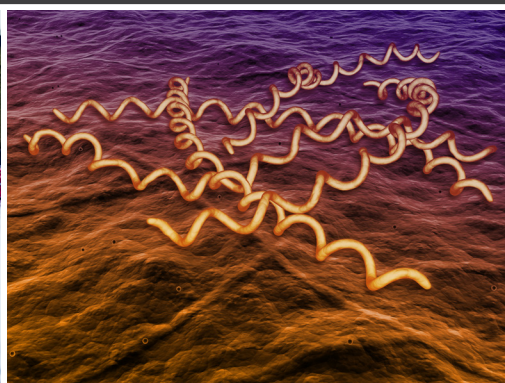


RAPPORT SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA : 2011



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



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: 2011

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télééc. : 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, 2014

Date de publication : juillet 2014

SUGGESTION POUR CITER LA SOURCE : Agence de la santé publique du Canada. *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2011*. 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; 2014.

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP37-10/2011F-PDF
ISBN : 1923-2985
Pub. : 140162

RAPPORT SUR LES INFECTIONS
TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT
AU CANADA : 2011

NOTE AUX LECTEURS DU RAPPORT SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA : 2011

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 2011 du *Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada*. Le présent rapport annuel 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, chercheurs, responsables des politiques, etc.). Les données du présent rapport remplacent les données présentées dans les éditions précédentes.

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 comprend quatre sections. Les trois premières traitent des trois principales infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire au Canada : l'infection à *Chlamydia trachomatis*, l'infection gonococcique et la syphilis infectieuse, et comprennent chacune un sujet d'intérêt particulier. La quatrième section présente une comparaison entre les taux d'infections transmissibles sexuellement signalés au Canada, en Australie, en Angleterre et aux États-Unis. Des notes techniques et des détails explicatifs se rapportant précisément aux données de surveillance provinciales ou territoriales se trouvent à la fin du rapport.

Lorsque l'évolution relative des taux d'infections transmissibles sexuellement est présentée (pourcentage), elle a été calculée à partir de chiffres non arrondis. Aucune donnée n'était disponible pour le territoire du Nunavut de 2007 à 2011. À la demande des autorités de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), les données de cette province ont été supprimées dans tous les tableaux présentant des données par province ou territoire lorsque moins de cinq cas avaient été signalés à l'Île-du-Prince-Édouard, conformément aux lignes directrices sur la production de rapports de l'administrateur en chef de la santé publique de la province.

Tous les commentaires et toutes les suggestions susceptibles d'améliorer les publications à venir sont appréciés. 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 ccdic-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 infections transmissibles sexuellement. Les auteurs sont également reconnaissants envers le Réseau de surveillance des infections transmissibles par le sang pour son expertise et sa contribution.

Le présent 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.



TABLE DES MATIÈRES

NOTE AUX LECTEURS DU RAPPORT SUR LES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA : 2011	II
REMERCIEMENTS	III
RÉSUMÉ	1
1. INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	3
1.1 TENDANCES NATIONALES	3
1.2 LYMPHOGRANULOME VÉNÉRIEN	4
1.3 RÉSUMÉ.	5
2. INFECTION GONOCOCCIQUE (<i>Neisseria gonorrhoeae</i>).	9
2.1 TENDANCES NATIONALES	9
2.2 RÉSISTANCE DE L'INFECTION GONOCOCCIQUE AUX ANTIMICROBIENS	10
2.3 RÉSUMÉ.	11
3. SYPHILIS INFECTIEUSE (<i>Treponema Pallidum</i>).	15
3.1 TENDANCES NATIONALES	16
3.2 SYPHILIS CONGÉNITALE	17
3.3 RÉSUMÉ.	17
4. COMPARAISON INTERNATIONALE	22
4.1 INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>	22
4.2 INFECTION GONOCOCCIQUE	22
4.3 SYPHILIS INFECTIEUSE	22
4.4 RÉSUMÉ.	23
ANNEXE A : NOTES TECHNIQUES	24
ANNEXE B : APERÇU DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA	25
ANNEXE C : TAUX ET CAS D'INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>, D'INFECTION GONOCOCCIQUE ET DE SYPHILIS INFECTIEUSE SIGNALÉS	26
RÉFÉRENCES	50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taux et cas signalés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> par province/territoire, 2002, 2010 et 2011, Canada	8
Tableau 2 : Cas signalés de lymphogranulome vénérien confirmés et probables, 2004–2011, Canada	9
Tableau 3 : Taux et cas signalés d'infection gonococcique par province/territoire, 2002, 2010 et 2011, Canada	14
Tableau 4 : Taux et cas signalés de syphilis infectieuse par province/territoire, 2002, 2010 et 2011, Canada	20
Tableau 5 : Taux et cas signalés de syphilis congénitale précoce confirmés, 2000 à 2011, Canada	21
Tableau 6 : Taux signalés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> , d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse selon le sexe au Canada, en Australie, en Angleterre et aux États-Unis, 2011	23
Tableau 7 : Taux et cas signalés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> par province/territoire, et selon le sexe, de 2002 à 2011	26
Tableau 8 : Taux et cas signalés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon le groupe d'âge, et le sexe, de 2002 à 2011	30
Tableau 9 : Taux et cas signalés d'infection gonococcique selon la province/le territoire, et selon le sexe, de 2002 à 2011	34
Tableau 10 : Taux et cas signalés d'infection gonococcique selon le groupe d'âge, et le sexe, de 2002 à 2011	38
Tableau 11 : Taux et cas signalés de syphilis infectieuse par province/territoire, et selon le sexe, de 2002 à 2011	42
Tableau 12 : Taux et cas signalés de syphilis infectieuse selon le groupe d'âge, et selon le sexe, de 2002 à 2011	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Taux signalés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon le sexe, et dans l'ensemble, de 1991 à 2011, Canada	6
Figure 2 : Taux signalés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> selon le sexe, et le groupe d'âge, 2011, Canada	7
Figure 3 : Taux signalés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> chez les hommes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada.	7
Figure 4 : Taux signalés d'infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> chez les femmes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada.	8
Figure 5 : Taux signalés d'infection gonococcique selon le sexe, et dans l'ensemble, de 1991 à 2011, Canada	12
Figure 6 : Taux signalés d'infection gonococcique selon le sexe, et le groupe d'âge, 2011, Canada	12
Figure 7 : Taux signalés d'infection gonococcique chez les hommes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada	13
Figure 8 : Taux signalés d'infection gonococcique chez les femmes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada	13
Figure 9 : Sensibilité aux antimicrobiens de souches de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> testées au Canada, de 2000 à 2011.	15
Figure 10 : Taux signalés de syphilis infectieuse selon le sexe, et dans l'ensemble, de 1993 à 2011, Canada	18
Figure 11 : Taux signalés de syphilis infectieuse selon le sexe, et le groupe d'âge, 2011, Canada	19
Figure 12 : Taux signalés de syphilis infectieuse chez les hommes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada	19
Figure 13 : Taux signalés de syphilis infectieuse chez les femmes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada	20



RÉSUMÉ

Les infections transmissibles sexuellement (ITS) demeurent un problème de santé publique important au Canada. Les taux signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse ne cessent d'augmenter depuis la fin des années 1990. Le présent rapport décrit les tendances et les profils en ce qui concerne ces trois infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire au Canada, en mettant l'accent sur la dernière décennie (de 2002 à 2011). Les tendances séculaires à long terme et les comparaisons internationales sont présentées aux fins de mise en contexte.

Infection à *Chlamydia trachomatis* – L'infection à *Chlamydia trachomatis* continue d'être l'infection transmissible sexuellement la plus couramment signalée au Canada. Depuis 2002, les taux d'infection à *C. trachomatis* signalés ont augmenté de 61,8 %. Les taux signalés connaissent une augmentation constante pour les deux sexes et dans tous les groupes d'âge, l'augmentation relative étant plus élevée chez les hommes. En 2011, comme dans les précédents rapports, le taux signalé chez les femmes (378,7 par 100 000) était près de deux fois supérieur à celui des hommes (200,1 par 100 000). Les plus hauts taux d'incidence de l'infection à *C. trachomatis* étaient signalés dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans, autant chez les hommes que chez les femmes. On note des écarts géographiques dans la répartition des cas d'infection à *C. trachomatis* déclarés dans l'ensemble du Canada, les taux les plus élevés étant ceux des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon, du Manitoba et de la Saskatchewan.

Infection gonococcique – Entre 2002 et 2011, on a constaté une augmentation du taux global de cas d'infection gonococcique signalés de 40,8 %. En 2011, comme dans les années précédentes, le taux signalé chez les hommes était supérieur à celui des femmes (38,4 et 27,8 par 100,000 respectivement). C'est chez les femmes âgées de 15 à 24 ans et les hommes âgés de 20 à 24 ans que les taux d'infection gonococcique les plus élevés sont signalés. Le plus haut taux d'infection gonococcique était observé aux Territoires du Nord-Ouest.

Syphilis infectieuse – Le taux global de cas de syphilis infectieuse signalés a augmenté de 231,8 % depuis 2002. En 2011, comme dans les années précédentes, le taux signalé chez les hommes était supérieur à celui des femmes (9,6 et 0,7 par 100 000 respectivement). Chez les hommes, le taux signalé d'infection est le plus élevé dans le groupe des 25 à 29 ans; chez les femmes, ce taux est le plus élevé dans le groupe des 20 à 24 ans. En 2011, on note des écarts géographiques dans la répartition des cas de syphilis infectieuse déclarés, les taux les plus élevés étant ceux du Québec et du Nouveau-Brunswick.

Taux et cas signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse (pour 100 000 habitants) 2002, 2010 et 2011, Canada

ANNÉE	INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS		INFECTION GONOCOCCIQUE		SYPHILIS INFECTIEUSE	
	CAS	TAUX	CAS	TAUX	CAS	TAUX
2002	56 266	179,5	7 365	23,5	482	1,5
2010	93 329	273,7	10 743	31,5	1 698	5,0
2011	100 044	290,4	11 397	33,1	1 757	5,1

Des augmentations similaires des taux d'infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire étaient observées en Australie, en Angleterre et aux États-Unis. En 2011, le profil pour les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire dans ces trois pays de comparaison était similaire au profil canadien. Dans ces quatre pays, l'infection à *C. trachomatis* était l'infection transmissible sexuellement à déclaration obligatoire la plus fréquemment signalée, et les taux signalés d'infection à *C. trachomatis* étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Comme au Canada, les taux signalés de syphilis infectieuse en 2011 dans les trois pays de comparaison étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Les taux d'infection gonococcique signalés en 2011 étaient plus de deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes en Australie et en Angleterre, alors qu'au Canada et aux États-Unis, l'écart s'amointrissait entre les deux sexes. Dans l'ensemble, et comparativement aux trois autres pays, les taux d'infection à *C. trachomatis* et d'infection gonococcique étaient plus bas au Canada, mais les taux de syphilis infectieuse étaient sensiblement similaires.

Les taux rapportés d'infections transmissibles sexuellement ont continué d'augmenter en dépit de nombreuses interventions de santé publique conçues pour prévenir, diagnostiquer et traiter rapidement ces infections. Divers facteurs peuvent expliquer ces observations. Par exemple, le recours à des tests de laboratoire plus sensibles pour détecter les cas d'infection à *C. trachomatis* et d'infection gonococcique peut avoir contribué à l'augmentation du nombre d'infections diagnostiquées. Des méthodes plus efficaces de dépistage et de traçabilité des contacts sexuels des cas déclarés peuvent également avoir contribué à l'augmentation du nombre de cas. La résistance antimicrobienne, particulièrement dans le cas de l'infection gonococcique, peut avoir conduit à l'échec de traitement et à une transmission continue de l'infection. Enfin, des changements de pratiques sexuelles peuvent augmenter le nombre de personnes contractant des infections transmissibles sexuellement, comme cela était observé dans des épisodes d'éclosion de syphilis à l'échelle du Canada.

Les statistiques et les tendances nationales en ce qui concerne les infections transmissibles sexuellement servent à documenter les programmes, les lignes directrices et les recommandations en matière de santé publique. Pour faire face à ce problème de santé publique croissant, l'Agence de la santé publique du Canada produit des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé et des éducateurs sur la prévention, le diagnostic et le traitement de ces infections. Il est possible de les consulter à partir du site www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/index-fra.php ou <http://orders.catie.ca>.

1. INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Au Canada, l'infection à *C. trachomatis* doit être déclarée depuis 1991. Il s'agit de l'infection transmissible sexuellement (ITS) la plus couramment signalée au Canada. Les infections sont souvent asymptomatiques chez les hommes comme chez les femmes. En l'absence de dépistage, elles ne sont pas diagnostiquées, ce qui favorise la propagation de l'infection à *C. trachomatis* parmi les personnes sexuellement actives (1).

L'atteinte inflammatoire pelvienne est une des complications les plus courantes associées à l'infection à *C. 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 hommes, les complications sont plus rares, mais elles comprennent des cas d'orchite et de stérilité. Chez les femmes enceintes, l'infection à *C. trachomatis* non traitée peut être transmise au bébé à l'accouchement et causer une conjonctivite ou une pneumonie néonatales. Comme c'est le cas pour les autres infections transmissibles sexuellement, l'infection à *C. trachomatis* accroît le taux d'infection et de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Elle recrute des cellules cibles pour le VIH dans le tractus génital et fait augmenter l'excrétion de cellules infectées au VIH (2, 3).

1.1 TENDANCES NATIONALES

Tendances au fil du temps

Jusqu'en 1997, le taux de cas d'infection à *C. trachomatis* signalés avait constamment diminué chez les hommes et chez les femmes, pour ensuite recommencer à augmenter de façon continue (figure 1). En 2011, 100 044 cas d'infection à *C. trachomatis* étaient signalés, ce qui correspond à un taux de 290,4 pour 100 000 habitants. Le taux en 2011 représentait une hausse de 61,8 % par rapport au taux de 179,5 par 100 000 en 2002. Chez les hommes, les taux augmentaient de 78,1 %, de 112,3 à 200,1 par 100 000; chez les femmes, ils augmentaient de 54,5 %, de 245,1 à 378,7 pour 100 000 (figure 1).

Entre 2010 et 2011, le taux d'infection à *C. trachomatis* augmentait de 6,1 %, de 273,7 par 100 000 à 290,4 par 100 000; une augmentation de 7,0 % chez les hommes, et de 5,5 % chez les femmes (figure 1).

Tendances selon le groupe d'âge et le sexe

Historiquement, les taux d'infection à *C. trachomatis* signalés étaient deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes et cette tendance se maintenait en 2011 (figure 1). Comme par le passé, en 2011, la majorité des cas d'infections d'infection à *C. trachomatis* signalées (81,3 %), l'étaient chez les moins de 30 ans. Les taux d'infection à *C. trachomatis* les plus élevés étaient signalés chez les 20 à 24 ans, le taux chez les femmes (2 113,0 pour 100 000) était plus de deux fois supérieur à celui des hommes (1 031,0 pour 100 000) dans ce groupe d'âge. L'écart entre les taux d'infection à *C. trachomatis* des deux sexes s'amoindrissait dans les groupes plus âgés. Dans les groupes d'âge de 40 à 59 ans et de 60 ans et plus, ils étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes (figure 2).

Les taux de cas d'infection à *C. trachomatis* signalés augmentaient chez les hommes et les femmes entre 2002 et 2011 dans tous les groupes d'âge de 10 ans et plus. Entre 2002 et 2011, chez les hommes, la plus forte augmentation relative des taux (111,2 %) était observée dans le groupe d'âge des 40 à 59 ans (figure 3). Pendant cette même période, la plus forte augmentation relative des taux chez les femmes était observée dans le groupe d'âge des 60 ans et plus (269,7 %), suivi des 40 à 59 ans (171,1 %) (figure 4).

Tendances par province et par territoire

En 2011, le taux de cas signalés était le plus haut (1 882,1 par 100 000) dans les Territoires du Nord-Ouest (tableau 1). Les taux signalés au Yukon, au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta dépassaient aussi la moyenne nationale (602,9, 537,5, 525,0 et 374,5 par 100 000, respectivement). Entre 2002 et 2011, c'est au Manitoba (84,4 %) et en Ontario (81,5 %) que l'on a relevé l'augmentation relative la plus importante de ces taux (tableau 1).

1.2 LYMPHOGRANULOME VÉNÉRIEN

Le lymphogranulome vénérien (LGV) est une infection transmissible sexuellement causée par les sérotypes L1, L2 et L3 de *C. trachomatis*. Les infections dues à ces sérotypes envahissent de préférence les tissus lymphatiques et elles ont tendance à plus se propager que celles causées par les souches de *C. trachomatis* autres que celles du LGV. Ces infections non traitées peuvent entraîner des complications graves, notamment la destruction des tissus rectaux et génitaux; dans des cas plus rares, il peut y avoir une méningoencéphalite ou une hépatite, et la maladie peut se solder par un décès.

Bien que le LGV soit endémique dans certaines régions de l'Afrique, de l'Asie, de l'Amérique latine et des Caraïbes, il était relativement rare au Canada jusqu'en 2003 (4). Par la suite, on a commencé à observer des éclosions de LGV chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) dans des centres urbains canadiens (5). Des éclosions chez les HARSAH ont également été signalées dans des pays européens et aux États-Unis (6–9). Des données récentes semblent indiquer que l'infection est devenue endémique dans la population des HARSAH de certains pays (10).

En réponse à l'apparition du lymphogranulome vénérien en Europe, le Canada a lancé la surveillance accrue de ce dernier en 2005. Les tests de confirmation des cas soupçonnés de LGV sont effectués par le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence (LNM). Lorsque c'est possible, les autorités provinciales et territoriales de la santé utilisent un formulaire standardisé de déclaration de cas pour recueillir des données épidémiologiques améliorées sur chaque cas et soumettent les données à l'Agence.

Jusqu'en décembre 2011, 158 cas étaient signalés à l'Agence par les autorités provinciales de la santé par ces formulaires de déclaration de cas (dont 96 cas confirmés et 62 cas probables). Les cas confirmés étaient signalés par le Québec, l'Ontario, la Colombie-Britannique; les cas probables étaient signalés par ces mêmes provinces et la Nouvelle-Écosse a signalé un cas. Pendant la même période, le LNM avait accumulé les dossiers de 90 cas confirmés, de 2004 à 2005, et de 2010 à 2011 (les dossiers du LNM de 2006 à 2009 n'étant pas disponibles) (tableau 2).

1.3 RÉSUMÉ

Les taux d'infection à *C. trachomatis* signalés ont augmenté en dépit de nombreuses interventions de santé publique conçues pour prévenir, diagnostiquer et traiter rapidement ces infections. L'augmentation de ces taux ne reflète cependant pas une réelle augmentation de l'incidence puisque le nombre de cas signalés dépend non seulement de l'incidence des nouvelles infections, mais aussi de l'amélioration de la recherche de cas.

L'adoption au milieu des années 1990 de tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) plus sensibles a certainement entraîné une augmentation du nombre de cas d'infection à *C. trachomatis* détectés. En fait, ce changement dans la pratique diagnostique coïncide avec le début de l'augmentation des taux d'infection à *C. trachomatis* signalés. Les TAAN permettent d'utiliser des échantillons d'urine, qui sont plus faciles à recueillir; la méthode est également plus acceptable pour les patients que l'écouvillonnage. Par conséquent, en plus de la sensibilité accrue des tests, le nombre de personnes qui se soumettent à un test a probablement augmenté aussi, surtout chez les hommes. Un dépistage plus efficace et une meilleure notification des partenaires ont peut-être eu un effet similaire (12, 13).

De plus, des différences des processus de dépistage des infections transmissibles sexuellement entre les provinces et territoires peuvent contribuer à expliquer une partie de la variation des taux par zone géographique. Par exemple, il existe des données probantes montrant que le taux de dépistage de l'infection à *C. trachomatis* 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 (14).

Les caractéristiques biologiques de l'infection à *C. trachomatis* qui peuvent contribuer à expliquer des taux croissants sont expliquées dans l'hypothèse de la réponse immunitaire arrêtée, qui avance que le diagnostic et le traitement précoces des cas d'infections à *C. trachomatis* peuvent en fait empêcher le déclenchement d'une réponse immunitaire efficace. Les patients traités qui ne développent pas de réponse immunitaire sont alors susceptibles d'être infectés de nouveau en retournant à leur réseau de partenaires sexuels (dans l'absence de tout changement de comportement) (15). Des données corroborant cette théorie ont été recueillies en Colombie-Britannique, où il a été démontré que le risque relatif de réinfection à *C. trachomatis* avait augmenté entre 1989 et 2003 (16), et en Finlande, où les taux d'infection à *C. trachomatis* signalés avaient augmenté malgré une baisse de la séroprévalence (17).

Au Canada, le cycle 2 de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) (18) a estimé la prévalence de l'infection à *C. trachomatis* dans la population générale en utilisant des échantillons d'urine recueillis chez un échantillon 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 pondérée de 158 000 individus (19). Des mesures répétées de la prévalence de l'infection à *C. 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.

Les tendances concernant le lymphogranulome vénérien au Canada sont difficiles à interpréter. Les efforts de surveillance précoce ont été intensifs, suivis d'une période de temps (2007–2009) où peu de cas étaient signalés par les autorités provinciales de la santé; cette diminution peut être due à la sous-déclaration ou au sous-diagnostic plutôt qu'à une réelle diminution de l'incidence. La plus récente augmentation des cas, commençant en 2010 et se maintenant en 2011, a grandement été entraînée par la recherche et le signalement de cas améliorés en Colombie-Britannique (11).

Somme toute, il est difficile de savoir quels facteurs sont les plus responsables de l'augmentation des taux d'infection à *C. trachomatis* observée. 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 *C. trachomatis* et l'étude des raisons de l'évolution observée aideront à évaluer les interventions de santé publique face aux infections transmissibles sexuellement. Les lignes directrices nationales en ce qui concerne la prévention et la prise en charge des cas d'infection à *C. trachomatis* sont actualisées à mesure que de nouvelles données se dégagent afin de fournir aux utilisateurs l'information la plus juste possible sur les infections transmissibles sexuellement au Canada (2, 20).

FIGURE 1 : Taux signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis* selon le sexe, et dans l'ensemble, de 1991 à 2011, Canada

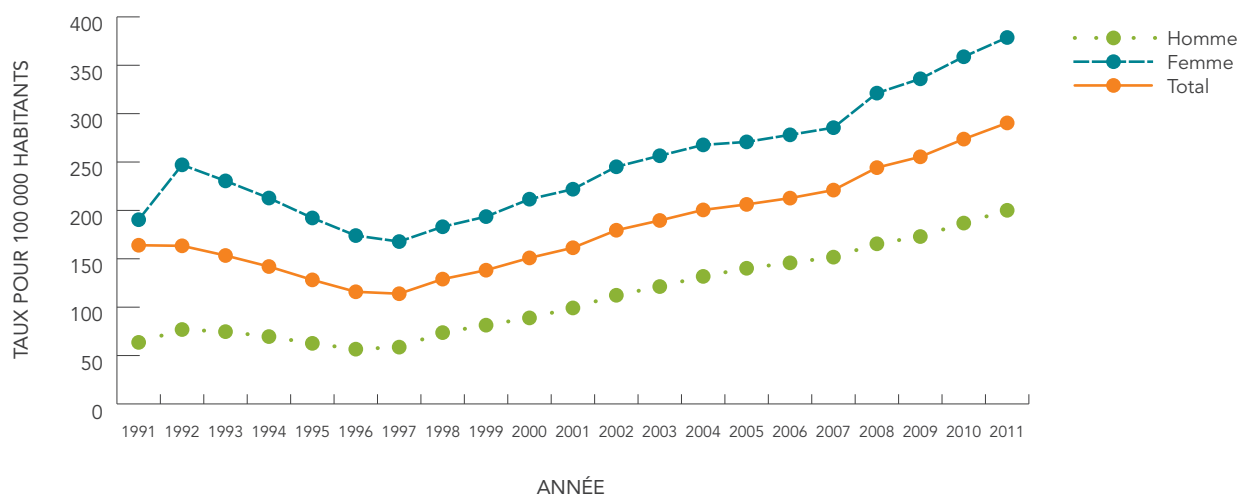


FIGURE 2 : Taux signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis* selon le sexe, et le groupe d'âge, 2011, Canada

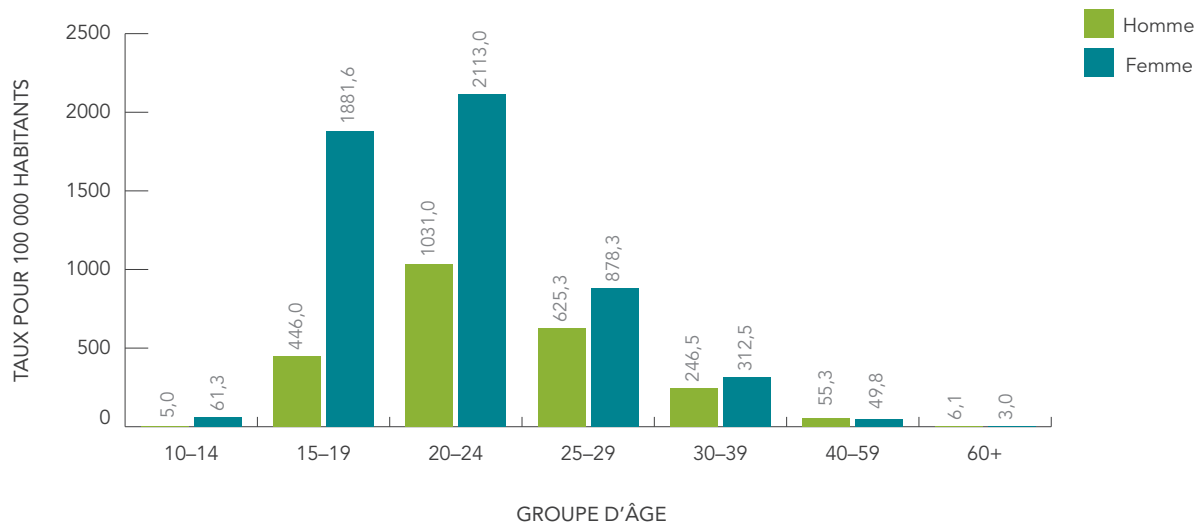


FIGURE 3 : Taux signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les hommes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada

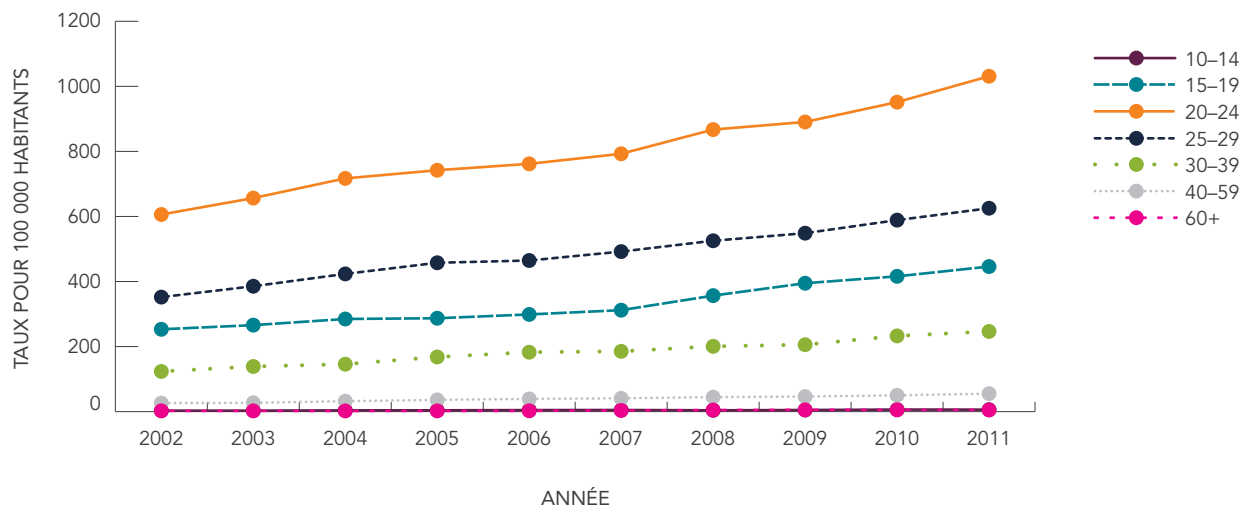


FIGURE 4 : Taux signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada

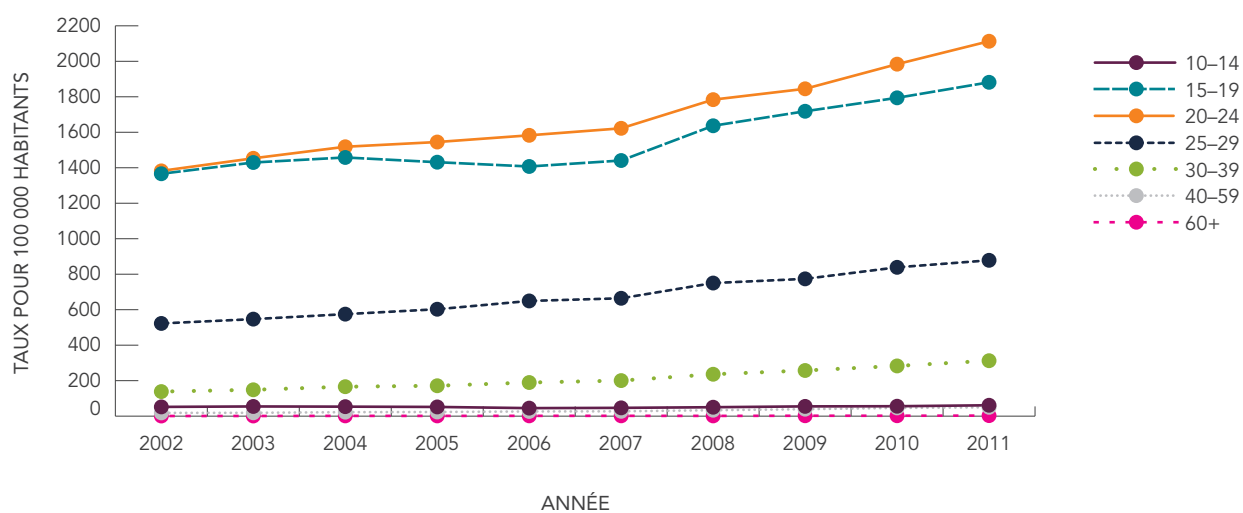


TABLEAU 1 : Taux et cas signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis* par province/territoire, 2002, 2010 et 2011, Canada

AUTORITÉ COMPÉTENTE	NOMBRE DE CAS			TAUX D'INCIDENCE POUR 100 000 HABITANTS			ÉVOLUTION DU TAUX (%) ¹	
	2002	2010	2011	2002	2010	2011	2002-2011	2010-2011
Canada	56 266	93 329	100 044	179,5	273,7	290,4	61,8	6,1
C.-B.	7 650	11 875	11 765	186,7	262,2	257,3	37,8	-1,9
ALB.	7 361	13 112	14 152	235,3	352,4	374,5	59,1	6,3
SASK.	3 613	5 059	5 554	362,5	484,6	525,0	44,8	8,3
MAN.	3 371	6 370	6 722	291,5	516,0	537,5	84,4	4,2
ONT.	18 101	33 478	36 343	149,7	253,1	271,8	81,5	7,4
QC	11 055	17 329	19 173	148,6	219,2	240,3	61,7	9,6
N.-B.	1 313	1 875	1 931	175,2	249,1	255,6	45,9	2,6
N.-É.	1 574	2 236	2 464	168,3	236,7	260,6	54,8	10,1
Î.-P.-É.	145	213	220	105,9	148,5	150,8	42,4	1,5
T.-N.-L.	522	644	689	100,5	126,0	134,9	34,3	7,1
YN	141	229	209	464,5	662,6	602,9	29,8	-9,0
T.N.-O.	600	909	822	1440,1	2073,9	1882,1	30,7	-9,3
NT	820	s.o.	s.o.	2845,3	s.o.	s.o.	*	*

¹ L'évolution du taux (%) est calculée à partir de valeurs non arrondies.

* L'évolution du taux ne peut pas être quantifiée.

TABLEAU 2 : Cas signalés de lymphogranulome vénérien confirmés et probables, 2004–2011, Canada

ANNÉE	CAS CONFIRMÉS (LABORATOIRE NATIONAL DE MICROBIOLOGIE)	CAS CONFIRMÉS (FORMULAIRES DE SIGNALEMENT DE CAS)	PROBABLES (FORMULAIRES DE SIGNALEMENT DE CAS)
2004	1	3	7
2005	37	36	21
2006	s.o.	26	16
2007	s.o.	1	7
2008	s.o.	1	4
2009	s.o.	9	0
2010	18	9	2
2011	34	11	5
Total	90	96	62

2. INFECTION GONOCOCCIQUE

(*Neisseria gonorrhoeae*)

Au Canada, l'infection gonococcique, infection bactérienne causée par *Neisseria gonorrhoeae*, est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1924. Elle reste la deuxième infection transmissible sexuellement la plus couramment signalée au Canada. Lorsqu'elle n'est pas traitée, elle peut entraîner des complications pour les deux sexes. Les conséquences sont graves pour les femmes, qui peuvent souffrir, entre autres, d'atteinte inflammatoire pelvienne, cette affection étant souvent à l'origine de douleurs pelviennes chroniques, de grossesses ectopiques et de cas de stérilité. Chez les hommes, l'infection non traitée peut entraîner une épididymite et, rarement, la stérilité. Bien que ce phénomène soit peu fréquent, l'infection gonococcique peut se propager à la circulation sanguine et aux articulations (21). Comme les autres infections transmissibles sexuellement, l'infection gonococcique accroît le risque de contracter et de transmettre l'infection au VIH, sans doute en augmentant la concentration de cellules cibles pour le VIH dans les sécrétions génitales et l'excrétion virale (3).

2.1 TENDANCES NATIONALES

Tendances au fil du temps

De 1991 à 1997, les taux d'infection gonococcique signalés pour les deux sexes avaient considérablement diminué. Après 1997, les taux propres à chaque sexe augmentaient de façon constante. En 2011, 11 397 cas d'infection gonococcique étaient signalés, ce qui correspond à un taux de 33,1 pour 100 000 habitants (figure 5).

Entre 2002 et 2011, le taux d'infection gonococcique signalé augmentait de 40,8 % (passant de 23,5 à 33,1 par 100 000). L'augmentation était observée auprès des deux sexes, chez les femmes, elle était de 58,8 % (de 17,5 à 27,8 par 100 000), et chez les hommes, elle était de 29,9 % (de 29,5 à 38,4 par 100 000) (figure 5).

Les tendances récentes concernant le taux de cas signalés laissent à croire à une possible stabilisation de l'incidence de l'infection gonococcique au Canada. Entre 2008 et 2010, le taux diminuait de 14,5 %, pour ensuite augmenter de 5 % entre 2010 et 2011.

Tendances selon le groupe d'âge et le sexe

Comme dans le cas de l'infection à *C. trachomatis*, la majorité des cas d'infection gonococcique en 2011 étaient signalés chez des personnes de moins de 30 ans (66,9 %). Bien que les taux fussent plus élevés chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (< 20 ans), dans les groupes d'âge plus âgés, les taux étaient plus élevés chez les hommes. En 2011, les taux les plus élevés d'infection gonococcique chez les femmes étaient signalés chez les femmes de 20 à 24 ans (136,0 par 100 000) et de 15 à 19 ans (132,1 par 100 000) (figure 6). Le plus haut taux signalé chez les hommes l'a été chez les hommes de 20 à 24 ans (136,6 par 100 000), suivi du groupe d'âge de 25 à 29 ans (108,5 par 100 000) (figure 6).

Après plusieurs années d'augmentation constante, les taux d'infection gonococcique signalés pour les deux sexes semblaient se stabiliser dans la plupart des groupes d'âge. De 2002 à 2011, l'augmentation relative la plus élevée était observée chez les hommes du groupe d'âge de 10 à 14 ans (178,1 %) augmentant de 0,7 à 2,1 par 100 000 (figure 7). Alors que les femmes âgées de plus de 60 ans avaient le taux le plus bas d'infection gonococcique en 2011, ce groupe d'âge connaissait cependant l'augmentation relative du taux la plus élevée (269,7 %). Le taux augmentait de 0,1 à 0,5 par 100 000 (figure 8).

Tendances par province et par territoire

En 2011, le taux de cas signalés était le plus haut (325,1 par 100 000) dans les Territoires du Nord-Ouest (tableau 3). Entre 2002 et 2011, la plus grande augmentation relative des taux était observée à Terre-Neuve-et-Labrador (194,0 %), bien que le taux d'ensemble de cas signalés fût relativement bas, fluctuant de 1,7 à 5,1 par 100 000 (tableau 3).

2.2 RÉSISTANCE DE L'INFECTION GONOCOCCIQUE AUX ANTIMICROBIENS

L'infection gonococcique non compliquée peut être traitée par une dose unique d'antibiotiques administrée par voie orale ou par injection. Cependant, les souches de l'infection gonococcique ont tendance à évoluer rapidement et à devenir moins vulnérables, et même résistantes aux traitements par antibiotiques. Les difficultés surviennent lorsque les infections gonococciques dues à des souches résistantes sont traitées au moyen d'antibiotiques auxquels les bactéries sont résistantes ou moins vulnérables. L'échec du traitement, la transmission de l'infection qui s'ensuit, et les autres conséquences néfastes risquent de se produire à moins que l'organisme résistant soit identifié et traité adéquatement.

Si la résistance des gonocoques à la pénicilline, à l'érythromycine et à la tétracycline est établie depuis longtemps, la résistance à la ciprofloxacine est plus récente. Aucun de ces antibiotiques n'est recommandé comme traitement privilégié par les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmises sexuellement* (22). Plus récemment, les échecs de traitement aux céphalosporines – céfixime et ceftriaxone –, médicaments de première ligne recommandés internationalement en l'absence de toute solution de rechange, ont donné lieu à la crainte de l'émergence d'un type d'infection gonococcique ultrarésistante aux médicaments (23–26).

On note une tendance croissante à diagnostiquer l'infection gonococcique à partir d'échantillons d'urine analysés en utilisant le test d'amplification de l'acide nucléique (TAAN). Ces échantillons sont plus faciles à obtenir et la méthode est plus acceptable pour les patients que les

prélèvements génitaux classiques (écouvillonnages). L'analyse en laboratoire est plus sensible et donne moins de faux négatifs que la culture. Ce changement vers des techniques diagnostiques non basées sur des cultures a cependant engendré des défis en matière de surveillance de la résistance antimicrobienne (RAM) alors que le nombre d'échantillons de culture disponibles pour les essais de sensibilité est plus limité; à l'heure actuelle, il n'existe aucune méthode d'administration de tests de résistance antimicrobienne avec des échantillons non issus de cultures.

Le Laboratoire national de microbiologie (LNM) réalise des tests de résistance à la pénicilline, à la tétracycline, à la spectinomycine, à l'érythromycine, à l'azithromycine, à la ciprofloxacine, à la céfixime et à la ceftriaxone sur des isolats de gonocoque. Les données de 2011 montraient que 29,3 % des souches mises en culture étaient résistantes à la ciprofloxacine, et que 0,39 % étaient résistantes à l'azithromycine. Bien qu'il n'y eût pas de souches résistantes à la spectinomycine, à la céfixime ou à la ceftriaxone, 4,2 % et 6,2 % des souches démontraient une sensibilité moindre à la céfixime et à la ceftriaxone, respectivement (figure 9).

Au Canada, la surveillance de la résistance gonococcique est le fruit de la collaboration entre le LNM et les laboratoires provinciaux et territoriaux. L'envoi au LNM d'isolats de gonocoque moins vulnérables à au moins un antibiotique est volontaire et elle n'est pas normalisée dans l'ensemble du pays. Les données issues de la surveillance en laboratoire sont limitées aux variables démographiques; l'information sur le facteur de risque n'est pas disponible. De plus, les diagnostics d'infection gonococcique basés sur des cultures sont habituellement le fait de cliniques d'infections transmissibles sexuellement, chez des patients à haut risque, limitant la représentativité des données de surveillance disponibles. Le Laboratoire national de microbiologie publie annuellement les résultats de cette surveillance en laboratoire (27). Des efforts sont actuellement déployés pour exercer une surveillance accrue de la résistance antimicrobienne de l'infection gonococcique. Il faut souhaiter qu'à l'avenir, nous puissions dresser un portrait plus informatif et descriptif du problème de la résistance antimicrobienne au Canada.

2.3 RÉSUMÉ

Bien que le taux d'infection gonococcique signalé soit nettement inférieur à celui de l'infection à *C. trachomatis*, on observe des tendances d'ensemble similaires dans les cas signalés. L'augmentation des taux depuis la fin des années 1990 découle peut-être en partie de facteurs qui semblent avoir une incidence sur l'infection à *C. trachomatis*, notamment le passage à des méthodes de dépistage plus sensibles et l'amélioration de la recherche de cas (13).

La résistance aux antimicrobiens joue peut-être aussi un rôle important dans l'augmentation des taux d'infection gonococcique signalés, car la proportion d'isolats résistants à un certain nombre d'antibiotiques augmente au fil du temps, ce qui peut mener à l'échec de traitement et à une plus longue durée de l'infectiosité chez les patients touchés. La sensibilité de *N. gonorrhoeae* aux traitements de première ligne a diminué (28, 29). La résistance antimicrobienne de l'infection gonococcique a conduit à des changements des recommandations de traitement au Canada et ailleurs (22, 30–33). Bien qu'on observe une stabilisation des taux de cas d'infection gonococcique signalés, la possibilité d'un lien entre la résistance antimicrobienne et la croissance des taux d'infection gonococcique signalés demeure une préoccupation.

FIGURE 5 : Taux signalés d'infection gonococcique selon le sexe, et dans l'ensemble, de 1991 à 2011, Canada

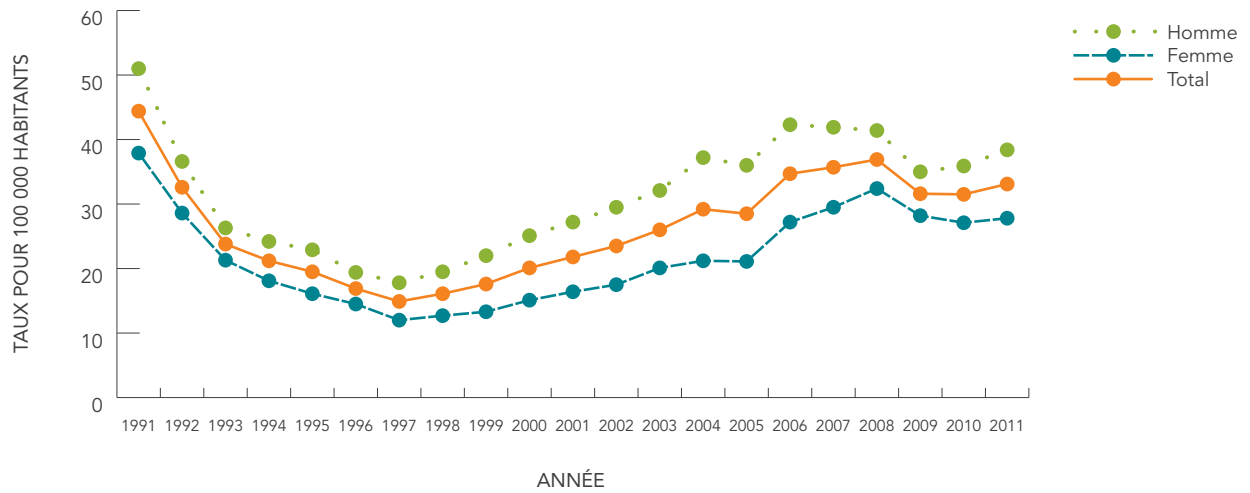


FIGURE 6 : Taux signalés d'infection gonococcique selon le sexe, et le groupe d'âge, 2011, Canada

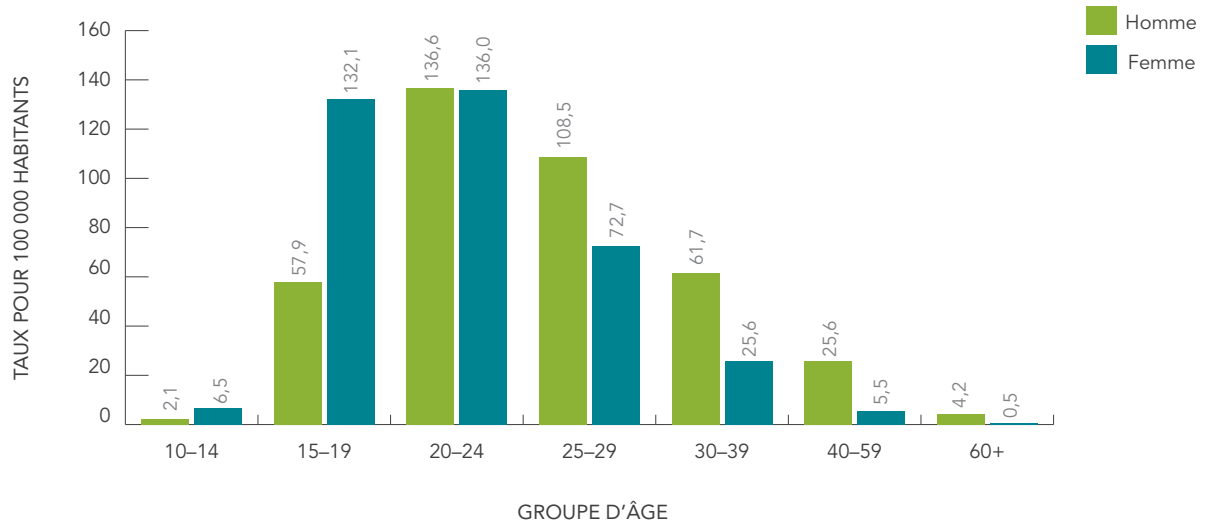


FIGURE 7 : Taux signalés d'infection gonococcique chez les hommes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada

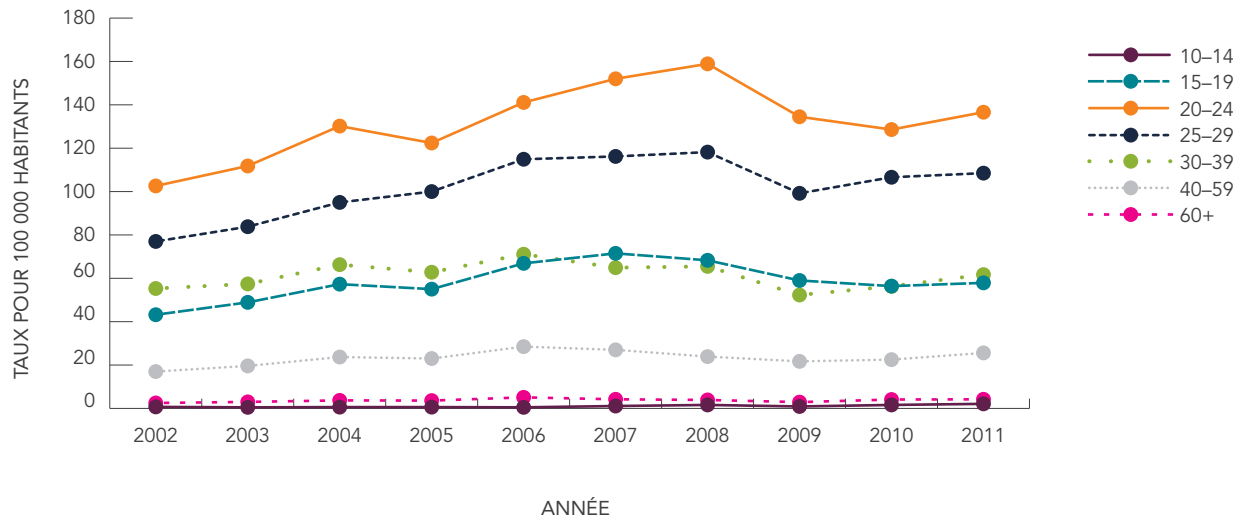


FIGURE 8 : Taux signalés d'infection gonococcique chez les femmes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada

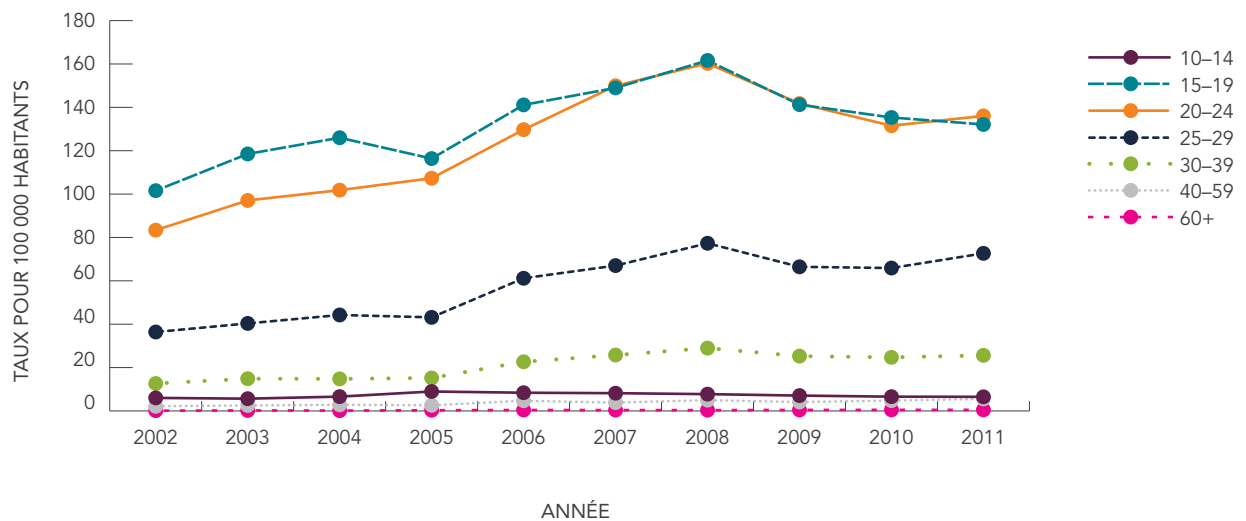


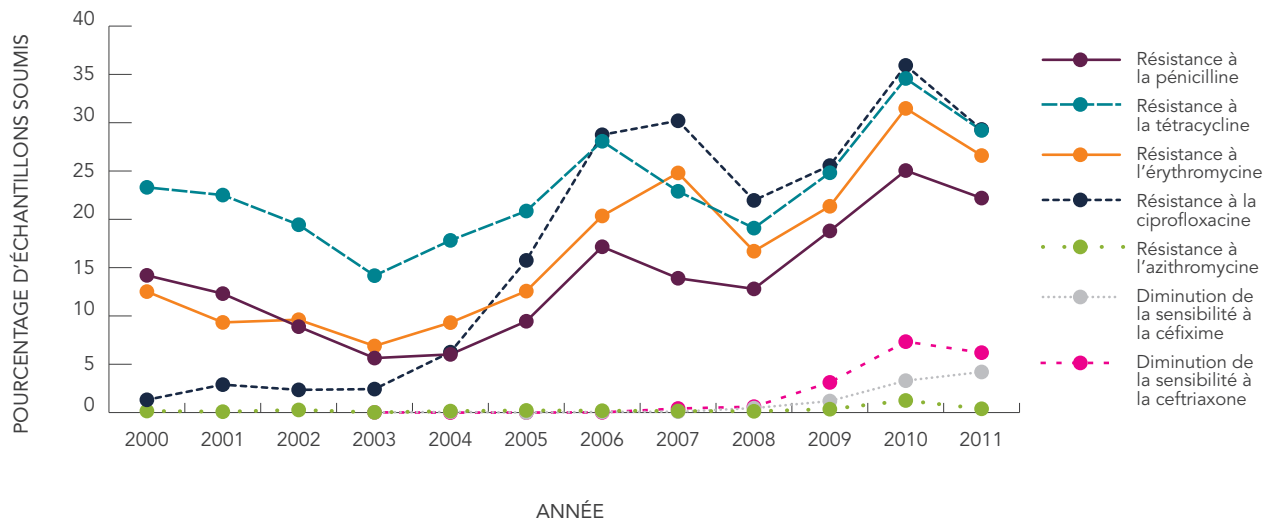
TABLEAU 3 : Taux et cas signalés d'infection gonococcique par province/territoire, 2002, 2010 et 2011, Canada

AUTORITÉ COMPÉTENTE	NOMBRE DE CAS			TAUX D'INCIDENCE POUR 100 000 HABITANTS			ÉVOLUTION DU TAUX (%) ¹	
	2002	2010	2011	2002	2010	2011	2002-2011	2010-2011
Canada	7 365	10 743	11 397	23,5	31,5	33,1	40,8	5,0
C.-B.	713	1 366	1 649	17,4	30,2	36,1	107,2	19,6
ALB.	978	1 182	1 509	31,3	31,8	39,9	27,7	25,7
SASK.	559	763	758	56,1	73,1	71,7	27,8	-2,0
MAN.	637	982	1 055	55,1	79,5	84,4	53,2	6,1
ONT.	3 150	3 966	4 196	26,1	30,0	31,4	20,4	4,7
QC	878	2 058	1 879	11,8	26,0	23,5	99,6	-9,5
N.-B.	30	64	64	4,0	8,5	8,5	111,6	-0,3
N.-É.	199	100	102	21,3	10,6	10,8	-49,3	1,9
Î.-P.-É.	0	0	11	0,0	0,0	7,5	*	*
T.-N.-L.	9	12	26	1,7	2,3	5,1	194,0	117,0
YN	11	31	6	36,2	89,7	17,3	-52,2	-80,7
T.N.-O.	124	219	142	297,6	499,7	325,1	9,2	-34,9
NT	77	s.o.	s.o.	267,2	s.o.	s.o.	*	*

¹ L'évolution du taux (%) est calculée à partir de valeurs non arrondies.

* L'évolution du taux ne peut pas être quantifiée.

FIGURE 9 : Sensibilité aux antimicrobiens de souches de ^{1,2} *Neisseria gonorrhoeae* testées au Canada, de 2000 à 2011



¹ Pourcentage fondé sur le nombre d'isolats testés à l'échelle nationale : 2003 = 4 235; 2004 = 4 018; 2005 = 3 619; 2006 = 4 201; 2007 = 4 275; 2008 = 3 907; 2009 = 3 106; 2010 = 2 970; 2011 = 3 360

² Données fournies gracieusement par l'Unité streptocoques et infections transmissibles sexuellement du Laboratoire national de microbiologie

3. SYPHILIS INFECTIEUSE (*Treponema pallidum*)

Au Canada, la syphilis, infection causée par la bactérie *Treponema pallidum*, doit être déclarée depuis 1924. Si elle n'est pas traitée, elle se développe en phases évolutives : primaire, secondaire, latence précoce, et latente tardive ou tertiaire. 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), sont considérés comme infectieux, d'où l'importance de cette maladie du point de vue de la santé publique. Seuls ces stades sont compris dans les rapports nationaux.

Après plusieurs années (voire des décennies), la syphilis non traitée peut progresser jusqu'au stade tertiaire, dans lequel des complications graves, dont des lésions du système nerveux central, de l'appareil cardiovasculaire, des yeux, de la peau et d'autres organes internes se produisent. Elle peut même être fatale (34). Les individus infectés par la syphilis sont aussi plus à risque de contracter le VIH, et les individus co-infectés par les deux agents pathogènes sont plus susceptibles de transmettre le VIH à leurs partenaires sexuels (3). Chez les individus co-infectés, le risque est plus grand de voir une progression rapide vers des conséquences graves comme la neurosyphilis, alors même que ces individus sont encore contagieux (35–37).

3.1 TENDANCES NATIONALES

Tendances au fil du temps

En 2011, 1 757 cas de syphilis infectieuse étaient signalés à l'Agence de la santé publique du Canada, ce qui donne un taux démographique global de 5,1 pour 100 000. Les cas ont été signalés d'une manière prédominante chez les hommes : en 2011, les hommes représentaient 93,5 % de tous les cas signalés.

De 1993 à 2000, les taux de syphilis infectieuse signalés étaient relativement stables et similaires entre les hommes et les femmes (figure 10). Les taux ont commencé à augmenter fortement en 2001, et ce, plus chez les hommes que chez les femmes. Entre 2002 et 2011, l'augmentation globale des taux de syphilis signalés était de 231,8 %, de 1,5 à 5,1 pour 100 000 (figure 10). Pendant cette même période, les taux ont augmenté chez les femmes de 9,3 % (de 0,6 à 0,7 pour 100 000), et chez les hommes, de 286,9 % (de 2,5 à 9,6 pour 100 000) (figure 10).

Tendances selon le groupe d'âge et le sexe

Comme l'indiquaient les rapports de surveillance des infections transmissibles sexuellement précédents, la majorité (66,2 %) de tous les cas de syphilis infectieuse en 2011 étaient observés chez les hommes de 30 ans et plus. C'est chez les hommes âgés de 25 à 29 ans et de 30 à 39 ans que les taux de syphilis infectieuse signalés (19,2 et 17,2 pour 100 000, respectivement) étaient les plus élevés (figure 11). C'est chez les femmes âgées de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans que les taux de syphilis infectieuse signalés (2,1 et 1,8 pour 100 000, respectivement) étaient les plus élevés (figure 11).

Entre 2002 et 2011, chez les hommes, la plus forte augmentation relative (728,4 %) était observée dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans, suivi du groupe d'âge de 20 à 24 ans (710,9 %) (figure 12). Comme le nombre de cas de syphilis infectieuse signalés chez les femmes était faible, les taux sont assez variables. Entre 2002 et 2011, on relevait la plus forte augmentation relative des taux de syphilis infectieuse signalés chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (189,2 %) (figure 13).

Tendances par province et par territoire

En 2011, le plus haut taux de syphilis infectieuse était signalé au Québec (8,0 par 100 000) suivi du Nouveau-Brunswick (6,6 par 100 000) (tableau 4).

Puisqu'il y a peu de cas de syphilis infectieuse au Canada comparativement à d'autres infections transmissibles sexuellement, les taux dans la population générale tendent à être variables et instables, ce qui rend les changements temporels difficiles à interpréter. Entre 2002 et 2011, les taux de syphilis infectieuse signalés augmentaient dans toutes les provinces à l'exception du Yukon et de la Colombie-Britannique où les taux diminuaient (tableau 4). Au cours de la même période, des éclosions de syphilis infectieuse étaient signalées dans tout le Canada, soit à Vancouver, à Toronto, à Edmonton, à Calgary, à Winnipeg, à Ottawa, à Montréal, au Yukon, à Halifax et dans les Territoires du Nord-Ouest (38–43).

3.2 SYPHILIS CONGÉNITALE

La syphilis congénitale est causée par la transmission verticale de *Treponema pallidum* d'une mère 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 d'une femme non traitée à son fœtus varie selon le stade de la maladie; le risque est de 70 à 100 % aux stades primaire et secondaire, de 40 % au stade latent précoce, et de 10 % dans le cas d'une syphilis latente tardive (34). Le dépistage prénatal systématique de la syphilis est un moyen important de prévention de la syphilis congénitale et des séquelles qui y sont associées. Des soins prénataux inappropriés ou l'absence de soins prénataux constituent le principal facteur d'échec de la prévention de la syphilis congénitale (44, 45).

La syphilis peut entraîner de graves complications pendant la grossesse, comme l'avortement spontané, la mortinaissance ou la mort périnatale. Les conséquences pour les enfants nés vivants infectés peuvent être graves, généralement dans les trois premiers mois de leur vie. Les conséquences 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 (46). Cependant, certaines manifestations se développent beaucoup plus tard. Seuls les cas de syphilis congénitale précoces (diagnostiqués chez les nourrissons de moins de deux ans) sont actuellement signalés à l'échelle nationale.

Les taux de syphilis congénitale étaient relativement faibles avant 2005 (moins de 1 pour 100 000 naissances vivantes), mais sont sensiblement plus élevés depuis. Les données semblent indiquer que l'augmentation du nombre de cas de syphilis congénitale signalés depuis 2005 était liée aux régions qui ont fait état d'éclotions de syphilis dans la population hétérosexuelle (47). En 2011, le taux de syphilis congénitale signalé à l'échelle nationale était de 0,8 pour 100 000 naissances vivantes, une diminution par rapport aux années précédentes. L'Alberta, le Québec et l'Ontario sont les provinces qui signalaient des cas de syphilis congénitale en 2011 (tableau 5).

3.3 RÉSUMÉ

Après des années d'incidence quasi nulle de syphilis infectieuse, les taux signalés pour cette infection transmissible sexuellement connaissent une hausse radicale. Cette recrudescence pourrait être largement imputable à la transmission chez les HARSAH et qui ont des relations sexuelles à haut risque. La consommation de « drogues de club » et d'autres substances 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 comme les bains publics sont associés à une activité sexuelle plus risquée (48–51). On a aussi observé une augmentation des taux d'infection transmissible sexuellement chez ces hommes aux États-Unis et en Europe. Parmi ses causes complexes, mentionnons l'évolution démographique ainsi que les changements dans les attitudes sexuelles et les contextes sociaux liés aux comportements sexuels à risque (48).

La co-infection par la syphilis chez les hommes séropositifs ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes est courante et très préoccupante. Certaines études établissent un lien entre l'augmentation des taux de syphilis et d'autres infections transmissibles sexuellement chez les HARSAH d'une part, et le sérotriage, c'est-à-dire le fait de choisir des partenaires sexuels qui ont le même statut VIH que soi, d'autre part (52–54). Le sérotriage chez les hommes séropositifs ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes peut contribuer à l'augmentation rapide des taux de syphilis infectieuse observés chez les hommes au Canada. Le VIH accélère la progression de la syphilis et accroît la probabilité de manifestations neurologiques, en particulier dans les premiers stades de l'infection. Une augmentation de neurosyphilis précoce a été relevée chez les hommes séropositifs pour le VIH ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (55, 56).

Des éclosions de syphilis dans la population hétérosexuelle ont été observées, principalement chez les travailleuses du sexe et leurs clients, et chez les personnes qui font partie de la population de la rue (38, 39, 51). La syphilis chez les femmes en âge de procréer est particulièrement préoccupante à cause du risque de transmission verticale entraînant une syphilis congénitale chez les enfants exposés *in utero* à *T. pallidum*. Le dépistage prénatal de la syphilis chez toutes les femmes enceintes constitue un principe de diligence dans tout le Canada (34).

FIGURE 10 : Taux signalés de syphilis infectieuse selon le sexe, et dans l'ensemble, de 1993 à 2011, Canada

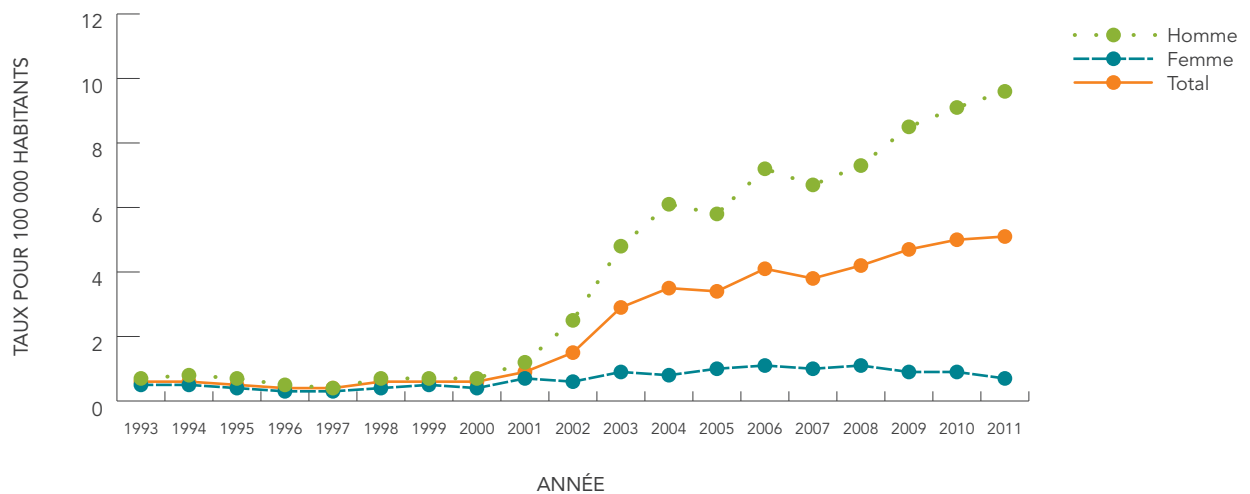


FIGURE 11 : Taux signalés de syphilis infectieuse selon le sexe, et le groupe d'âge, 2011, Canada

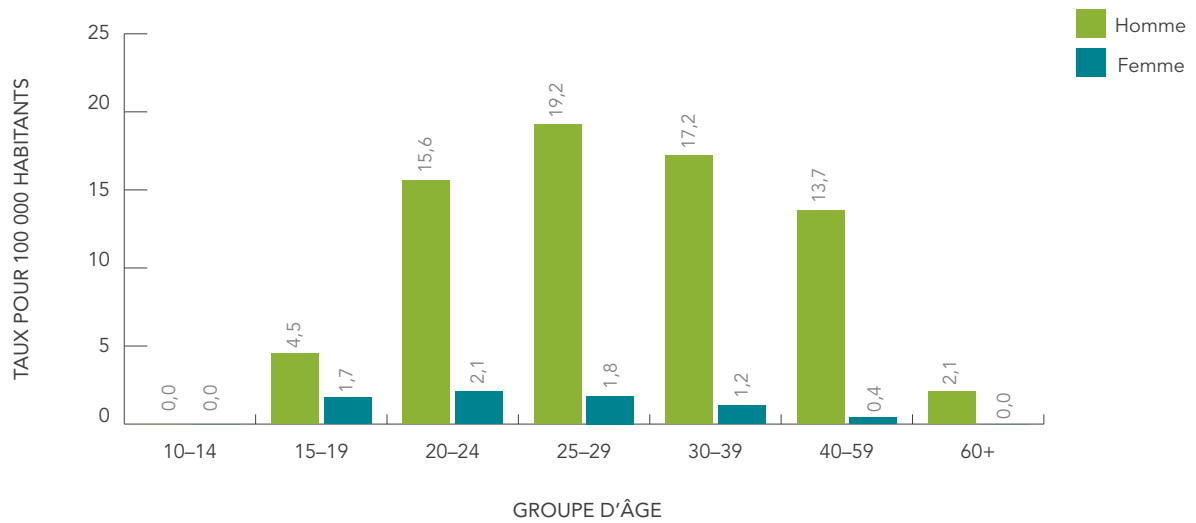


FIGURE 12 : Taux signalés de syphilis infectieuse chez les hommes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada

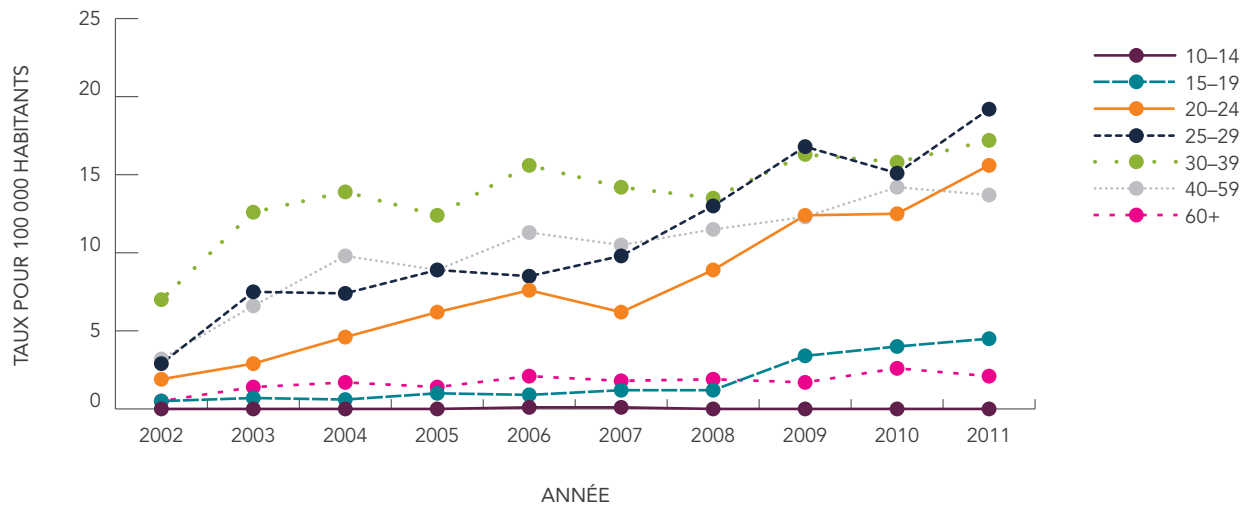


FIGURE 13 : Taux signalés de syphilis infectieuse chez les femmes selon le groupe d'âge, de 2002 à 2011, Canada

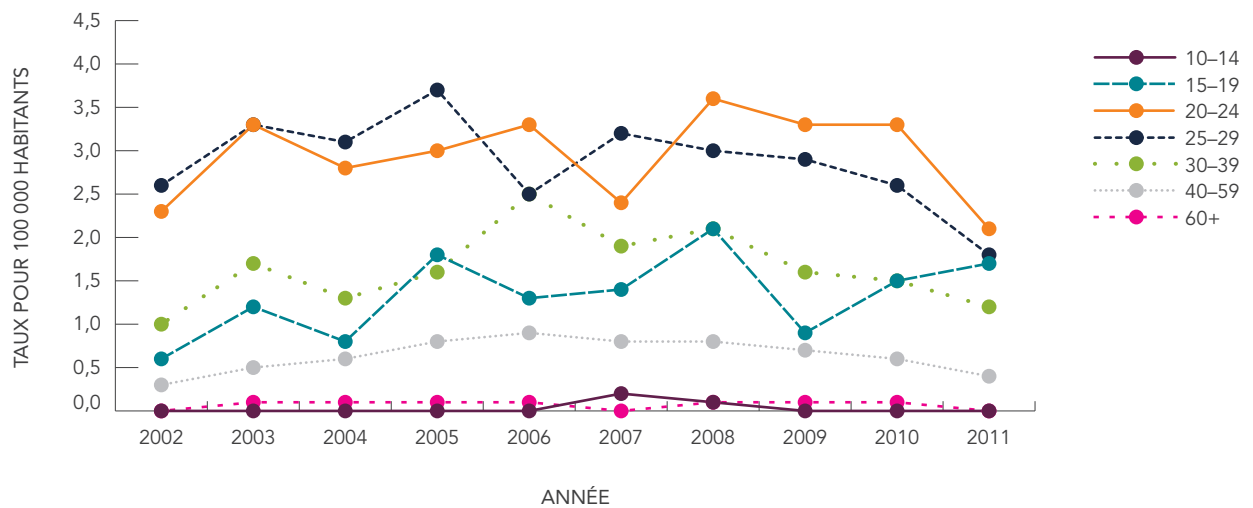


TABLEAU 4 : Taux et cas signalés de syphilis infectieuse par province/territoire, 2002, 2010 et 2011, Canada

AUTORITÉ COMPÉTENTE	NOMBRE DE CAS			TAUX D'INCIDENCE POUR 100 000 HABITANTS			ÉVOLUTION DU TAUX (%) ¹	
	2002	2010	2011	2002	2010	2011	2002-2011	2010-2011
Canada	482	1 698	1 757	1,5	5,0	5,1	231,8	2,4
C.-B.	186	92	128	4,5	2,0	2,8	-38,3	37,8
ALB.	14	173	94	0,4	4,6	2,5	455,8	-46,5
SASK.	1	36	23	0,1	3,4	2,2	2067,2	-36,9
MAN.	6	17	16	0,5	1,4	1,3	146,6	-7,1
ONT.	219	774	767	1,8	5,9	5,7	216,7	-2,0
QC	47	547	638	0,6	6,9	8,0	1165,8	15,6
N.-B.	2	34	50	0,3	4,5	6,6	2379,7	46,5
N.-É.	1	18	36	0,1	1,9	3,8	3458,3	99,9
Î.-P.-É.	0	0	0	0,0	0,0	0,0	*	*
T.-N.-L.	0	4	5	0,0	0,8	1,0	*	25,2
YN	6	0	0	19,8	0,0	0,0	-100,0	*
T.N.-O.	0	3	0	0,0	6,8	0,0	*	-100,0
NT	0	s.o.	s.o.	0,0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

¹ L'évolution du taux (%) est calculée à partir de valeurs non arrondies.

* L'évolution du taux ne peut pas être quantifiée.

TABLEAU 5 : Taux et cas signalés de syphilis congénitale précoce confirmés¹, 2000 à 2011, Canada

ANNÉE	TOTAL DE CAS SIGNALÉS	TAUX (POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES) ²	NOMBRE DE CAS DÉCLARÉS ¹												
			C.-B.	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QC	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.-L.	YN	T.N.-O.	NT
2000	2	0,610	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
2001	1	0,300	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2002	3	0,912	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2003	2	0,597	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
2004	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2005	8	2,338	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2006	7	1,974	2	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2007	8	2,179	2	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	*
2008	6	1,591	2	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	*
2009	10	2,632	2	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	*
2010	6	1,594	0	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	*
2011	3	0,796	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	*

¹ Représente les cas de syphilis congénitale précoce confirmés en laboratoire (dans les 2 ans suivant la naissance).

² Source : Statistique Canada, Statistique de l'état civil, Base de données sur les naissances.

* Les données pour le Nunavut n'étaient pas disponibles pour les années 2007 et suivantes; la population du Nunavut a donc été exclue du dénominateur utilisé pour le calcul des taux nationaux pour ces années.

4. COMPARAISON INTERNATIONALE

Cette section compare les taux d'infections transmissibles sexuellement au Canada, aux États-Unis (57, 58), en Australie (59), et en Angleterre (60). Ces pays ont été choisis en raison de leur situation socio-économique et de leur composition ethnoculturelle semblables à celles du Canada. Les statistiques présentées ci-dessous sont soit tirées de rapports sur la santé publiés, soit fournies directement par les ministères de la Santé nationaux respectifs. Toute différence relevée dans les taux signalés doit être interprétée avec prudence en raison des différences dans les définitions de cas, les sources des données, les programmes et les taux de dépistage, les groupes d'âge et d'autres facteurs.

4.1 INFECTION À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Comme au Canada, en 2011, l'infection à *C. trachomatis* était l'infection bactérienne transmissible sexuellement la plus couramment signalée dans les trois pays de comparaison. Chez les hommes, les taux de cas d'infection à *C. trachomatis* signalés allaient de 200,1 par 100 000 au Canada à 300,5 par 100 000 en Australie. Chez les femmes, les taux correspondants allaient de 378,7 par 100 000 au Canada à 648,9 par 100 000 aux États-Unis. Les taux totaux étaient les plus bas au Canada (290,4 par 100 000), et les plus élevés aux États-Unis (457,6 par 100 000) (tableau 6).

4.2 INFECTION GONOCOCCIQUE

Le taux global d'infection gonococcique était plus élevé aux États-Unis, à 104,2 par 100 000, et plus bas au Canada, à 33,1 par 100 000 (tableau 6). Les taux, autant chez les hommes que chez les femmes, étaient plus élevés aux États-Unis à 98,7 et 108,9 par 100 000 respectivement. Les taux chez les hommes étaient plus bas au Canada (38,4 par 100 000), et les taux chez les femmes étaient plus bas en Angleterre (22,6 par 100 000).

4.3 SYPHILIS INFECTIEUSE

La définition de cas en ce qui concerne la syphilis infectieuse varie d'un pays à l'autre. Aux États-Unis et en Angleterre, seuls les stades primaire et secondaire sont compris dans la définition de cas. En Australie et au Canada, les cas de syphilis latente précoce sont également compris dans les cas signalés. Qui plus est, il y a des différences notables dans la définition de la syphilis latente précoce dans ces quatre pays. La syphilis latente précoce est définie en Angleterre et en Australie comme l'état d'un patient asymptomatique de la syphilis qui a été infecté au cours des deux dernières années; au Canada et aux États-Unis, l'infection doit avoir été contractée dans la dernière année pour être classée comme une syphilis latente précoce.

Dans les quatre pays, les hommes représentaient la majorité des cas de syphilis infectieuse signalés en 2011 (tableau 6). En raison des différences de définition des cas, les différences de taux devraient être interprétées avec prudence.

4.4 RÉSUMÉ

Comme au Canada, des augmentations des taux d'infections transmissibles sexuellement ont été observées au cours des dernières années aux États-Unis, en Angleterre et en Australie (57–60). Alors que les taux d'infection à *C. trachomatis* et d'infection gonococcique signalés étaient plus bas au Canada que dans les trois autres pays en 2011, les taux de syphilis infectieuse étaient similaires dans les quatre pays. De plus, des profils similaires des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire étaient observés dans les quatre pays en 2011; les taux d'infection à *C. trachomatis* étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, et les taux de syphilis infectieuse étaient plus élevés chez les hommes. Les taux d'infection gonococcique signalés en 2011 étaient plus de deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes en Australie et en Angleterre, alors qu'au Canada et aux États-Unis, l'écart s'amointrissait entre les deux sexes. Les infections transmissibles sexuellement constituent un problème de santé important dans le monde entier. Bien que les causes fondamentales des tendances et des profils des taux observés puissent être différentes dans les quatre pays, il y a des occasions d'apprendre des autres afin de limiter la propagation de l'infection.

TABLEAU 6 : Taux signalés d'infection à *Chlamydia trachomatis*, d'infection gonococcique et de syphilis infectieuse selon le sexe au Canada, en Australie, en Angleterre et aux États-Unis, 2011

PAYS	TAUX SIGNALÉS D'INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i> , D'INFECTION GONOCOCCIQUE ET DE SYPHILIS INFECTIEUSE (POUR 100 000 HABITANTS) 2011								
	INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>			INFECTION GONOCOCCIQUE			SYPHILIS INFECTIEUSE		
	FEMMES	HOMMES	TOTAL	FEMMES	HOMMES	TOTAL	FEMMES	HOMMES	TOTAL
Canada ⁺	378,7	200,1	290,4	27,8	38,4	33,1	0,7	9,6	5,1
Australie ⁺	421,6	300,5	345,8	35,4	73,0	52,5	1,5	10,1	5,7
Angleterre ⁺	412,1	297,9	356,5	22,6	58,2	40,1	1,1	10,2	5,6
États-Unis [^]	648,9	256,9	457,6	108,9	98,7	104,2	1,0	8,2	4,5

⁺ Comprend les cas de syphilis primaire, secondaire et latente précoce signalés.

[^] Comprend uniquement les cas de syphilis primaire et secondaire signalés.

ANNEXE A : NOTES TECHNIQUES

Signalement des cas : À l'heure actuelle, certaines provinces ou certains territoires présentent à l'Agence des nombres de cas agrégés plutôt que des données individuelles. Les 13 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. C'est pourquoi les rapports présentés à l'échelle nationale se limitent aux analyses de ces variables.

Retard de déclaration : Un délai peut s'écouler entre le moment où une personne reçoit un résultat positif au test de dépistage d'une infection transmissible sexuellement et le moment où l'Agence reçoit les résultats. On appelle ce délai « retard de déclaration ». 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. Les données de 2011 présentées dans ce rapport sont préliminaires et pourraient changer.

Sous-déclaration : Les nombres de cas signalés sous-estiment probablement le fardeau réel des infections dans une population donnée, et ce, pour plusieurs raisons. Par exemple, beaucoup de personnes qui ont contracté une infection transmissible sexuellement ne présentent pas de symptômes et, par conséquent, ne consultent probablement pas de professionnel de la santé pour subir un test de dépistage. Une autre raison est la prépondérance de l'appartenance de sexe sur les habitudes de vie saines, ayant comme résultat le fait que les hommes se soumettent moins aux dépistages, un aspect observé ailleurs (61, 62).

Tendances annuelles : Les tendances observées doivent être interprétées avec prudence, un certain nombre de facteurs contribuant à leur évolution :

- les taux basés sur de petits nombres sont plus susceptibles de fluctuer au fil du temps;
- les tendances en matière de dépistage peuvent changer en raison d'améliorations apportées aux capacités diagnostiques, à l'élimination des doublons et aux retards de déclaration.

Source de données démographiques : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques; estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires définitives pour 1997–2005, estimations postcensitaires définitives pour 2006–2008, estimations postcensitaires mises à jour pour 2009–2010, estimations postcensitaires préliminaires pour 2011.

ANNEXE B : APERÇU DE LA SURVEILLANCE DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT AU CANADA

Au Canada, en règle générale, la surveillance nationale des infections à déclaration obligatoire est menée selon des procédures opérationnelles de longue date, standardisées dans les provinces et territoires et à l'Agence de la santé publique du Canada. Les provinces et territoires recueillent et gèrent les données en ayant recours à un éventail de mécanismes dont la production de rapports imprimés, des bases de données exclusives et des plateformes Web; ils présentent les données à l'Agence de façon régulière. Le contenu des différentes données transmises dépend de la capacité de chaque gouvernement de recueillir les éléments de données, des lois sur la protection des renseignements personnels et des capacités technologiques. Les données sont présentées sous des formes diverses (p. ex. transmission électronique de données présentées par ligne, exposés de cas sur support papier, données agrégées) puis saisies ou chargées directement (suivant le format) dans le Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire par le personnel de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les données extraites du Système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire servent de base aux tableaux de données et aux rapports de surveillance. Vu la nature dynamique des données de surveillance, on s'attend à observer de faibles écarts entre les tableaux de données nationales et les données issues des autorités de la santé des provinces et territoires. Les données de surveillance des infections transmissibles sexuellement nationales sont utilisées par les planificateurs de la santé publique, les universités, les médias et le grand public, tant nationaux qu'internationaux.

ANNEXE C : TAUX ET CAS D'INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS, D'INFECTION GONOCOCCIQUE ET DE SYPHILIS INFECTIEUSE SIGNALÉS

TABLEAU 7 : Taux et cas signalés¹ d'infection à *Chlamydia trachomatis* par province/territoire, et selon le sexe, de 2002 à 2011²

ANNÉE	SEXE	INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS													
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT ³	TOTAL
2002	Cas	107	42	330	369	3053	6191	977	1280	2249	2333	48	198	274	17451
	Femmes	415	103	1241	944	7975	11905	2391	2333	5112	5316	93	402	546	38776
	Non spécifié	0	0	3	0	27	5	3	0	0	1	0	0	0	39
	Total	522	145	1574	1313	11055	18101	3371	3613	7361	7650	141	600	820	56266
2003	Taux	41,8	62,9	72,1	99,8	83,1	103,6	170,3	258,5	142,1	114,8	310,6	917,2	1828,9	112,3
	Femmes	157,4	147,0	259,9	248,7	211,6	194,7	410,1	465,1	330,7	257,3	623,9	2002,2	3945,9	245,1
	Total	100,5	105,9	168,3	175,2	148,6	149,7	291,5	362,5	235,3	186,7	464,5	1440,1	2845,3	179,5
	Hommes	119	52	382	408	3421	6737	1112	1345	2481	2501	53	179	220	19010
2004	Cas	523	134	1162	974	8774	12335	2576	2404	5421	5631	127	367	515	40943
	Femmes	523	134	1162	974	8774	12335	2576	2404	5421	5631	127	367	515	40943
	Non spécifié	0	0	8	0	17	4	0	0	0	1	0	0	0	30
	Total	642	186	1552	1382	12212	19076	3688	3749	7902	8133	180	546	735	59983
2003	Taux	46,6	77,6	83,4	110,5	92,5	111,4	192,6	271,9	154,1	122,4	336,3	810,5	1448,2	121,3
	Femmes	198,9	190,8	242,4	256,2	231,6	199,2	439,3	479,1	344,6	270,8	835,4	1792,4	3645,0	256,5
	Total	123,8	135,5	165,5	184,4	163,1	155,8	316,9	376,2	248,2	197,3	581,3	1282,9	2506,8	189,6
	Hommes	168	55	395	400	3615	7386	1389	1288	2741	2787	71	206	354	20855
2004	Cas	623	143	1194	961	9212	13029	2804	2320	5597	6026	126	373	735	43143
	Femmes	623	143	1194	961	9212	13029	2804	2320	5597	6026	126	373	735	43143
	Non spécifié	0	0	2	0	15	19	2	1	0	1	0	0	0	40
	Total	791	198	1591	1361	12842	20434	4195	3609	8338	8814	197	579	1089	64038
2004	Taux	65,9	81,8	86,1	108,4	97,0	120,7	238,4	260,3	167,1	135,4	442,5	917,4	2284,6	131,8
	Femmes	237,5	203,1	248,3	252,6	241,8	207,8	474,6	461,6	349,9	287,4	816,8	1789,3	5118,7	267,7
	Total	152,9	143,8	169,4	181,6	170,4	164,9	357,5	361,8	257,4	212,1	625,9	1337,2	3647,8	200,5
	Hommes	152,9	143,8	169,4	181,6	170,4	164,9	357,5	361,8	257,4	212,1	625,9	1337,2	3647,8	200,5

ANNÉE	SEXE	INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS													
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	Y.N.	T.N.-O.	NT ³	TOTAL
2005	Hommes	155	48	470	438	3753	8032	1453	1389	2971	2980	56	287	371	22403
	Femmes	495	135	1264	1059	8929	13874	2444	2505	5861	6166	136	441	734	44043
	Non spécifié ⁴	0	0	11	1	30	13	0	0	0	1	0	0	0	56
	Total	650	183	1745	1498	12712	21919	3897	3894	8832	9147	192	728	1105	66502
	Taux	61,1	71,1	102,9	119,1	100,1	129,8	248,2	282,0	176,5	143,3	344,0	1271,9	2359,2	140,2
2006	Hommes	189,8	191,4	262,8	278,6	233,1	218,8	412,2	500,0	357,5	291,2	870,3	2116,7	5026,7	270,8
	Femmes	126,4	132,6	186,0	200,3	167,7	175,0	330,7	391,9	265,8	218,0	601,8	1677,5	3643,5	206,2
	Hommes	107	52	453	374	3812	8234	1601	1577	3573	3051	46	267	390	23537
	Femmes	440	117	1304	952	9000	14205	2643	2678	6879	6180	123	429	739	45689
	Non spécifié ⁴	0	0	5	0	40	12	0	0	0	5	0	0	0	62
2007	Hommes	547	169	1762	1326	12852	22451	4244	4255	10452	9236	169	696	1129	69288
	Femmes	42,6	77,0	99,3	102,1	100,9	131,7	272,0	320,9	205,7	145,1	278,6	1187,9	2453,0	145,8
	Hommes	169,9	166,3	270,7	250,9	233,5	221,6	449,0	534,8	408,4	288,6	780,3	2070,3	4959,7	278,1
	Femmes	107,2	122,5	187,8	177,8	168,4	177,3	358,4	428,9	305,5	217,6	523,6	1611,2	3665,7	212,7
	Total	0	61	474	340	4106	8559	1992	1588	3851	3374	83	317		24745
2007	Femmes	0	111	1310	846	9325	14755	3595	2811	7343	6678	153	444		47371
	Non spécifié ⁴	510	0	4	1	56	9	0	0	5	1	0	0	586	
	Total	510	172	1788	1187	13487	23323	5587	4399	11194	10057	237	761		72702
	Hommes	0,0	90,3	104,3	92,9	107,9	135,6	335,6	320,4	215,2	158,0	499,6	1402,3		151,7
	Femmes	0,0	157,2	272,2	222,9	240,3	227,7	599,1	557,1	426,1	307,2	958,9	2120,3		285,5
Total	100,7	124,5	191,1	159,2	175,4	182,3	468,1	439,8	318,7	233,4	727,7	1747,6		221,0	

ANNÉE	SEXE	INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS												
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT ³
2008	Cas	153	43	535	345	4622	9196	2352	1834	4147	3659	88	343	27317
	Femmes	443	115	1497	897	10387	17017	4569	3368	7906	7031	149	527	53906
	Non spécifié ⁴	0	0	0	0	23	48	0	0	0	7	0	0	78
	Total	596	158	2032	1242	15032	26261	6921	5202	12053	10697	237	870	81301
Taux ⁵	Hommes	61,6	63,1	117,6	94,1	120,4	144,2	392,3	364,7	226,2	168,3	519,7	1516,8	165,5
	Femmes	171,8	161,0	310,5	235,8	265,5	259,6	754,1	659,0	449,5	318,1	920,9	2501,5	321,2
	Total	117,7	113,2	216,8	166,3	193,9	203,0	574,1	513,1	335,6	244,0	715,7	1991,7	244,2
	Hommes	125	74	535	486	4915	10071	2186	1657	4521	3885	71	390	28916
2009	Cas	410	128	1457	1090	10967	18638	4102	3184	9030	7302	142	627	57077
	Femmes	410	128	1457	1090	10967	18638	4102	3184	9030	7302	142	627	57077
	Non spécifié ⁴	0	0	0	0	24	51	0	3	0	8	0	0	86
	Total	535	202	1992	1576	15906	28760	6288	4844	13551	11195	213	1017	86079
Taux ⁵	Hommes	50,1	107,3	117,2	132,0	126,7	156,3	360,3	324,0	241,0	175,6	412,1	1730,2	173,0
	Femmes	158,2	177,2	301,1	285,5	277,8	281,1	669,8	614,7	502,8	324,8	863,0	2972,0	336,0
	Total	105,1	143,0	211,8	210,1	203,2	220,0	515,8	470,6	369,1	251,0	632,4	2330,5	255,4
	Hommes	162	58	609	579	5398	11785	2257	1764	4553	3988	86	359	31598
2010	Cas	482	155	1626	1295	11901	21658	4113	3294	8559	7882	142	550	61657
	Femmes	482	155	1626	1295	11901	21658	4113	3294	8559	7882	142	550	61657
	Non spécifié ⁴	0	0	1	1	30	35	0	1	0	5	1	0	74
	Total	644	213	2236	1875	17329	33478	6370	5059	13112	11875	229	909	93329
Taux ⁵	Hommes	64,6	82,8	132,6	156,7	137,7	180,8	367,2	339,8	239,8	177,5	487,9	1590,9	186,9
	Femmes	185,1	211,4	334,8	337,9	298,6	322,9	663,5	627,6	469,7	345,2	838,6	2586,5	358,8
	Total	126,0	148,5	236,7	249,1	219,2	253,1	516,0	484,6	352,4	262,2	662,6	2073,9	273,7
	Hommes	162	58	609	579	5398	11785	2257	1764	4553	3988	86	359	31598

ANNÉE	SEXE	INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS													TOTAL
		T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT ³	
2011	Cas	189	71	705	624	6128	12809	2366	1923	4968	3991	89	320		34183
	Femmes	500	149	1759	1307	12998	23479	4356	3629	9178	7767	120	502		65744
	Non spécifié ⁴	0	0	0	0	47	55	0	2	6	7	0	0		117
	Total	689	220	2464	1931	19173	36343	6722	5554	14152	11765	209	822		100044
Taux ⁵	Hommes	75,4	99,6	153,4	168,2	154,8	194,3	379,8	364,9	257,9	176,0	503,7	1428,3		200,1
	Femmes	192,3	199,7	362,1	339,9	323,2	346,3	694,1	683,5	495,3	336,8	706,0	2360,1		378,7
	Total	134,9	150,8	260,6	255,6	240,3	271,8	537,5	525,0	374,5	257,3	602,9	1882,1		290,4

¹ Taux d'incidence pour 100 000 habitants. Estimations de la population par Statistique Canada. (Source de données démographiques : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques; estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires définitives pour 1991–2005, estimations postcensitaires définitives pour 2006–2008, estimations postcensitaires mises à jour pour 2009–2010, estimations postcensitaires préliminaires pour 2011).

² Les données de 2011 sont préliminaires et pourraient changer. Les données ont été vérifiées par les provinces et les territoires en décembre 2013.

³ Les données signalées par le Nunavut avant 2007 sont préliminaires. Les données de 2007 à 2011 pour le Nunavut ne sont pas disponibles.

⁴ Non spécifié comprend les patients transgenres.

⁵ Les taux nationaux de 2007 à 2011 (par 100 000) sont basés sur les estimations préliminaires postcensitaires pour les années correspondantes, excluant le Nunavut.

SOURCE : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013.

REMARQUE : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de la santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

TABLEAU 8 : Taux et cas signalés¹ d'infection à *Chlamydia trachomatis* selon le groupe d'âge, et le sexe, de 2002 à 2011²

ANNÉE	SEXE	INFECTION À <i>CHLAMYDIA TRACHOMATIS</i>											NON SPÉCIFIÉ	TOTAL
		GROUPE D'ÂGE (ANS)												
		< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+			
2002	Cas	Hommes	4	1	1	26	2768	6625	3721	2998	1178	69	60	17451
	Femmes	8	1	6	537	14109	14461	5368	3297	833	24	132	38776	
	Non spécifié	0	0	0	1	2	7	4	1	0	0	24	39	
	Total	12	2	7	564	16879	21093	9093	6296	2011	93	216	56266	
2003	Taux	Hommes	2,4	0,1	0,1	2,4	253,1	606,0	352,1	123,5	26,2	2,9		112,3
	Femmes	5,0	0,1	0,6	52,1	1366,2	1382,4	522,5	138,5	18,4	0,8		245,1	
	Total	3,7	0,1	0,4	26,7	793,8	986,0	436,2	131,0	22,3	1,7		179,5	
	Hommes	5	1	0	25	2911	7296	4094	3292	1252	72	62	19010	
2004	Cas	Femmes	14	2	2	570	14778	15451	5663	3458	876	26	103	40943
	Non spécifié	0	0	0	1	3	4	3	3	4	0	12	30	
	Total	19	3	2	596	17692	22751	9760	6753	2132	98	177	59983	
	Taux	Hommes	3,0	0,1	0,0	2,3	265,9	656,5	385,5	138,7	27,1	2,9		121,3
2005	Femmes	8,7	0,3	0,2	54,6	1429,6	1453,3	546,8	148,5	18,8	0,9		256,5	
	Total	5,8	0,2	0,1	27,9	831,2	1046,3	465,3	143,6	23,0	1,8		189,6	
	Hommes	8	0	2	23	3142	8089	4543	3386	1526	95	41	20855	
	Femmes	10	3	7	559	15171	16388	6042	3784	1071	47	61	43143	
2006	Cas	Non spécifié	0	0	0	5	11	8	2	2	0	12	40	
	Total	18	3	9	582	18318	24488	10593	7172	2599	142	114	64038	
	Hommes	4,6	0,0	0,2	2,1	284,8	717,0	423,4	145,8	32,2	3,8		131,8	
	Femmes	6,1	0,4	0,8	53,5	1458,0	1518,3	574,9	166,0	22,5	1,5		267,7	
2007	Taux	Total	5,3	0,2	0,5	27,2	854,5	1109,3	498,8	155,8	27,4	2,5		200,5

		INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS											
		GROUPE D'ÂGE (ANS)											
ANNÉE	SEXE	< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NON SPÉCIFIÉ	TOTAL
2008 ⁴	Cas	15	0	1	50	4119	10161	6049	4561	2224	117	20	27317
		10	2	5	493	17974	19844	8499	5305	1670	50	54	53906
		0	0	0	0	15	22	13	5	5	0	18	78
	Total	25	2	6	543	22108	30027	14561	9871	3899	167	92	81301
	Taux	7,9	0,0	0,1	4,9	356,6	867,1	525,3	200,7	44,6	4,0		
2009 ⁴	Cas	5,5	0,3	0,6	50,3	1636,6	1783,9	750,2	236,1	33,4	1,4		321,2
		6,7	0,1	0,3	27,0	981,1	1314,5	637,4	218,4	39,1	2,6		244,2
	Total	14	2	1	56	4544	10604	6494	4703	2330	146	22	28916
		5	5	11	528	18845	20796	8977	5834	1970	78	28	57077
	Total	0	0	0	0	9	25	24	11	8	0	9	86
2010 ⁴	Cas	19	7	12	584	23398	31425	15495	10548	4308	224	59	86079
		7,2	0,3	0,1	5,5	394,7	890,5	548,6	205,7	46,4	4,9		173,0
	Total	2,7	0,7	1,3	55,0	1718,4	1845,0	773,8	257,3	39,2	2,2		336,0
		5,0	0,5	0,7	29,6	1040,9	1355,7	661,1	231,6	42,9	3,4		255,4
	Total	9	0	3	53	4737	11546	7128	5356	2530	196	40	31598
2010 ⁴	Cas	6	2	8	527	19475	22791	9903	6482	2347	83	33	61657
		0	0	0	0	9	31	13	8	1	0	12	74
	Total	15	2	11	580	24221	34368	17044	11846	4878	279	85	93329
		4,6	0,0	0,3	5,3	415,9	951,5	588,7	232,7	50,0	6,3		186,9
	Total	3,2	0,3	0,9	55,9	1794,1	1983,9	838,8	283,0	46,4	2,3		358,8
	3,9	0,1	0,6	30,0	1088,9	1454,8	712,7	258,0	48,2	4,1		273,7	

		INFECTION À CHLAMYDIA TRACHOMATIS											
		GROUPE D'ÂGE (ANS)											
		< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NON SPÉCIFIÉ	TOTAL
ANNÉE	SEXE	12	0	1	49	5005	12708	7667	5719	2808	195	19	34183
	Hommes	11	0	5	565	20154	24649	10454	7230	2531	114	31	65744
2011 ⁴	Cas	0	0	0	0	13	29	20	7	15	0	33	117
	Total	23	0	6	614	25172	37386	18141	12956	5354	309	83	100044
Taux	Hommes	6,1	0,0	0,1	5,0	446,0	1031,0	625,3	246,5	55,3	6,1		200,1
	Femmes	5,9	0,0	0,6	61,3	1881,6	2113,0	878,3	312,5	49,8	3,0		378,7
	Total	6,0	0,0	0,3	32,4	1147,7	1558,3	750,7	279,6	52,7	4,4		290,4

¹ Taux d'incidence pour 100 000 habitants. Estimations de la population par Statistique Canada. (Source de données démographiques : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques; estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires définitives pour 1991-2005, estimations postcensitaires définitives pour 2006-2008, estimations postcensitaires mises à jour pour 2009-2010, estimations postcensitaires préliminaires pour 2011.)

² Les données de 2011 sont préliminaires et pourraient changer. Les données ont été vérifiées par les provinces et les territoires en décembre 2013.

³ Non spécifié comprend les patients transgenres.

⁴ Les taux nationaux de 2007 à 2011 (par 100 000) sont basés sur les estimations préliminaires postcensitaires pour les années correspondantes, excluant le Nunavut.

SOURCE : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013.

REMARQUE : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de la santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

TABLEAU 9 : Taux et cas signalés¹ d'infection gonococcique selon la province/le territoire, et selon le sexe, de 2002 à 2011²

ANNÉE	SEXE	INFECTION GONOCOCCIQUE														
		T.-N.-L.	Î.-P.-É. ³	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	Y.N.	T.N.-O.	NT ⁴	TOTAL	
2002	Cas	Hommes	5	-	92	13	669	1954	321	268	563	597	8	66	33	4589
		Femmes	4	-	107	17	205	1194	316	291	415	116	3	58	44	2770
		Non spécifié	0	-	0	0	4	2	0	0	0	0	0	0	0	6
	Total	9	-	199	30	878	3150	637	559	978	713	11	124	77	7365	
Taux	Hommes	2,0	-	20,1	3,5	18,2	32,7	56,0	54,1	35,6	29,4	51,8	305,7	220,3	29,5	
	Femmes	1,5	-	22,4	4,5	5,4	19,5	54,2	58,0	26,8	5,6	20,1	288,9	318,0	17,5	
	Total	1,7	-	21,3	4,0	11,8	26,1	55,1	56,1	31,3	17,4	36,2	297,6	267,2	23,5	
2003	Cas	Hommes	7	-	55	15	663	2381	419	239	602	506	1	110	27	5025
		Femmes	0	-	63	19	205	1409	464	305	433	181	2	91	38	3210
		Non spécifié	0	-	0	0	4	1	0	0	0	1	0	0	0	6
	Total	7	-	118	34	872	3791	883	544	1035	688	3	201	65	8241	
Taux	Hommes	2,7	-	12,0	4,1	17,9	39,4	72,6	48,3	37,4	24,8	6,3	498,1	177,7	32,1	
	Femmes	0,0	-	13,2	5,0	5,4	22,7	79,1	60,8	27,5	8,7	13,2	444,4	269,0	20,1	
	Total	1,3	-	12,6	4,5	11,6	31,0	75,9	54,6	32,5	16,7	9,7	472,3	221,7	26,0	
2004	Cas	Hommes	1	-	53	8	672	2473	544	262	867	880	22	75	30	5887
		Femmes	0	-	69	7	147	1479	543	366	508	205	20	60	15	3419
		Non spécifié	0	-	0	0	0	4	1	1	1	0	0	0	0	7
	Total	1	-	122	15	819	3956	1088	629	1376	1085	42	135	45	9313	
Taux	Hommes	0,4	-	11,5	2,2	18,0	40,4	93,4	52,9	52,9	42,8	137,1	334,0	193,6	37,2	
	Femmes	0,0	-	14,4	1,8	3,9	23,6	91,9	72,8	31,8	9,8	129,7	287,8	104,5	21,2	
	Total	0,2	-	13,0	2,0	10,9	31,9	92,7	63,1	42,5	26,1	133,4	311,8	150,7	29,2	

ANNÉE	SEXE	INFECTION GONOCOCCIQUE													
		T.-N.-L.	Î.-P.-É. ³	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YN	T.N.-O.	NT ⁴	TOTAL
2005	Hommes	1	-	53	9	729	2077	595	298	950	910	13	78	37	5750
	Femmes	0	-	50	14	165	1242	580	422	579	294	8	64	20	3440
	Non spécifiés ⁵	0	-	1	0	5	3	0	0	1	0	0	0	0	10
	Total	1	-	104	23	899	3322	1175	720	1530	1204	21	142	57	9200
	Taux	0,4	-	11,6	2,4	19,4	33,6	101,6	60,5	56,4	43,8	79,9	345,7	235,3	36,0
2006	Hommes	0,0	-	10,4	3,7	4,3	19,6	97,8	84,2	35,3	13,9	51,2	307,2	137,0	21,1
	Femmes	0,2	-	11,1	3,1	11,9	26,5	99,7	72,5	46,1	28,7	65,8	327,2	187,9	28,5
	Hommes	7	-	58	20	906	2428	844	414	1298	723	4	79	54	6835
	Femmes	1	-	41	12	364	1416	734	540	850	354	7	102	48	4469
	Non spécifiés ⁵	0	-	0	0	2	2	0	0	1	1	0	0	0	6
2007	Hommes	8	-	99	32	1272	3846	1578	954	2149	1078	11	181	102	11310
	Femmes	2,8	-	12,7	5,5	24,0	38,8	143,4	84,2	74,7	34,4	24,2	351,5	339,6	42,3
	Hommes	0,4	-	8,5	3,2	9,4	22,1	123,3	107,8	50,5	16,5	44,4	492,2	322,1	27,2
	Femmes	1,6	-	10,6	4,3	16,7	30,4	133,3	96,2	62,8	25,4	34,1	419,0	331,2	34,7
	Total	17	-	41	25	987	2342	690	451	1329	831	6	113		6833
2007	Femmes	1	-	31	11	420	1620	794	582	864	452	11	109		4897
	Non spécifiés ⁵	0	-	0	0	1	2	0	0	0	2	0	0		5
	Total	18	-	72	36	1408	3964	1484	1033	2193	1285	17	222		11735
	Hommes	6,8	-	9,0	6,8	25,9	37,1	116,3	91,0	74,3	38,9	36,1	499,9		41,9
	Femmes	0,4	-	6,4	2,9	10,8	25,0	132,3	115,3	50,1	20,8	68,9	520,5		29,5
Total	3,6	-	7,7	4,8	18,3	31,0	124,3	103,3	62,4	29,8	52,2	509,8		35,7	

TABLEAU 10 : Taux et cas signalés¹ d'infection gonococcique selon le groupe d'âge, et le sexe, de 2002 à 2011²

ANNÉE	SEXE	INFECTION GONOCOCCIQUE											NON SPÉCIFIÉ	TOTAL
		GROUPE D'ÂGE (ANS)												
		< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+			
2002	Cas	Hommes	0	0	0	8	472	1122	814	1341	767	60	5	4589
	Femmes	2	2	3	62	1049	872	374	301	97	4	4	2770	
	Non spécifié	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	2	6	
	Total	2	2	3	70	1521	1995	1188	1644	865	64	11	7365	
2002	Taux	Hommes	0,0	0,0	0,0	0,7	43,2	102,6	77,0	55,3	17,0	2,5		29,5
	Femmes	1,3	0,3	0,3	6,0	101,6	83,4	36,4	12,6	2,1	0,1		17,5	
	Total	0,6	0,1	0,2	3,3	71,5	93,3	57,0	34,2	9,6	1,2		23,5	
	Hommes	0	0	0	5	535	1242	890	1362	906	73	12	5025	
2003	Cas	Femmes	1	2	0	59	1225	1032	418	346	117	7	3	3210
	Non spécifié	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	2	6	
	Total	1	2	0	64	1761	2275	1308	1709	1023	81	17	8241	
	Taux	Hommes	0,0	0,0	0,0	0,5	48,9	111,8	83,8	57,4	19,6	3,0		32,1
2003	Femmes	0,6	0,3	0,0	5,7	118,5	97,1	40,4	14,9	2,5	0,2		20,1	
	Total	0,3	0,1	0,0	3,0	82,7	104,6	62,4	36,3	11,0	1,5		26,0	
	Hommes	0	0	0	7	632	1469	1019	1539	1121	93	8	5888	
	Femmes	1	0	1	69	1311	1099	465	337	134	5	0	3422	
2004	Cas	Non spécifié	0	0	0	0	0	3	1	1	0	2	7	
	Total	1	0	1	76	1943	2568	1487	1877	1256	98	10	9317	
	Taux	Hommes	0,0	0,0	0,0	0,6	57,3	130,2	95,0	66,3	23,7	3,7		37,2
	Femmes	0,6	0,0	0,1	6,6	126,0	101,8	44,2	14,8	2,8	0,2		21,2	
2004	Total	0,3	0,0	0,1	3,5	90,6	116,3	70,0	40,8	13,2	1,7		29,2	

		INFECTION GONOCOCCIQUE												
ANNÉE	SEXE	GROUPE D'ÂGE (ANS)											NON SPÉCIFIÉ	TOTAL
		< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+			
2005	Cas	Hommes	0	0	0	6	616	1397	1084	1436	1113	93	5	5750
		Femmes	2	1	2	93	1230	1170	460	341	127	10	4	3440
	Non spécifiée ³	0	0	0	0	1	3	2	2	1	0	1	10	
	Total	2	1	2	99	1847	2570	1546	1779	1241	103	10	9200	
	Taux	Hommes	0,0	0,0	0,0	0,6	55,0	122,4	100,0	62,8	23,0	3,6		36,0
	Femmes	1,2	0,2	0,2	9,0	116,4	107,3	43,2	15,2	2,6	0,3		21,1	
	Total	0,6	0,1	0,1	4,7	84,9	115,1	71,9	39,3	12,8	1,8		28,5	
2006	Cas	Hommes	2	1	0	5	761	1627	1263	1611	1402	137	26	6835
		Femmes	2	3	6	86	1517	1425	664	505	232	14	15	4469
	Non spécifiée ³	0	0	0	0	0	3	1	1	1	0	0	6	
	Total	4	4	6	91	2278	3055	1928	2117	1635	151	41	11310	
	Taux	Hommes	1,1	0,1	0,0	0,5	66,9	141,1	114,9	71,1	28,5	5,1		42,3
	Femmes	1,2	0,4	0,7	8,4	141,1	129,7	61,2	22,7	4,7	0,4		27,2	
	Total	1,1	0,3	0,3	4,3	103,0	135,7	88,2	47,1	16,6	2,5		34,7	
2007 ⁴	Cas	Hommes	0	0	0	12	820	1768	1303	1469	1336	116	9	6833
		Femmes	0	5	8	82	1621	1658	742	575	191	13	2	4897
	Non spécifiée ³	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1	5	
	Total	0	5	8	94	2441	3427	2045	2047	1527	129	12	11735	
	Taux	Hommes	0,0	0,0	0,0	1,1	71,5	152,0	116,2	64,9	27,0	4,2		41,9
	Femmes	0,0	0,7	0,9	8,2	149,0	150,0	67,0	25,8	3,8	0,4		29,5	
	Total	0,0	0,4	0,4	4,6	109,2	151,1	91,8	45,5	15,4	2,1		35,7	

		INFECTION GONOCOCCIQUE												
		GROUPE D'ÂGE (ANS)												
ANNÉE	SEXE	< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NON SPÉCIFIÉ	TOTAL	
2008 ⁴	Cas	0	0	4	16	789	1862	1361	1489	1192	113	1	6827	
	Femmes	0	4	5	76	1775	1783	876	651	249	13	2	5434	
	Non spécifiée ³	0	0	0	0	1	2	1	1	1	0	1	7	
	Total	0	4	9	92	2565	3647	2238	2141	1442	126	4	12268	
	Taux	0,0	0,0	0,4	1,6	68,3	158,9	118,2	65,5	23,9	3,9			41,4
2009 ⁴	Cas	0	0,6	0,6	7,8	161,6	160,3	77,3	29,0	5,0	0,4		32,4	
	Femmes	0	0,6	0,6	7,8	161,6	160,3	77,3	29,0	5,0	0,4		32,4	
	Non spécifiée ³	0	0,3	0,5	4,6	113,8	159,7	98,0	47,4	14,4	2,0		36,9	
	Total	0,0	0,3	0,5	4,6	113,8	159,7	98,0	47,4	14,4	2,0		36,9	
	Taux	0,0	0,3	0,5	4,6	113,8	159,7	98,0	47,4	14,4	2,0		36,9	
2010 ⁴	Cas	3	0	0	9	679	1602	1174	1197	1091	88	6	5849	
	Femmes	0	5	5	68	1549	1598	771	573	207	16	3	4795	
	Non spécifiée ³	0	0	0	0	3	4	1	2	0	0	2	12	
	Total	3	5	5	77	2231	3204	1946	1772	1298	104	11	10656	
	Taux	1,5	0,0	0,0	0,9	59,0	134,5	99,2	52,3	21,7	2,9		35,0	
2010 ⁴	Cas	0,0	0,7	0,6	7,1	141,2	141,8	66,5	25,3	4,1	0,4		28,2	
	Femmes	0,0	0,7	0,6	7,1	141,2	141,8	66,5	25,3	4,1	0,4		28,2	
	Non spécifiée ³	0,8	0,3	0,3	3,9	99,2	138,2	83,0	38,9	12,9	1,6		31,6	
	Total	0,8	0,3	0,3	3,9	99,2	138,2	83,0	38,9	12,9	1,6		31,6	
	Taux	0,8	0,3	0,3	3,9	99,2	138,2	83,0	38,9	12,9	1,6		31,6	
2010 ⁴	Cas	1	0	1	16	642	1560	1291	1296	1138	128	1	6074	
	Femmes	0	3	5	62	1469	1511	778	566	242	18	5	4659	
	Non spécifiée ³	0	0	0	0	0	3	1	2	1	1	2	10	
	Total	1	3	6	78	2111	3074	2070	1864	1381	147	8	10743	
	Taux	0,5	0,0	0,1	1,6	56,4	128,6	106,6	56,3	22,5	4,1		35,9	
2010 ⁴	Femmes	0,0	0,4	0,6	6,6	135,3	131,5	65,9	24,7	4,8	0,5		27,1	
	Total	0,3	0,2	0,3	4,0	94,9	130,1	86,6	40,6	13,7	2,2		31,5	
	Taux	0,3	0,2	0,3	4,0	94,9	130,1	86,6	40,6	13,7	2,2		31,5	

		INFECTION GONOCOCCIQUE											
		GROUPE D'ÂGE (ANS)											
ANNÉE	SEXE	< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NON SPÉCIFIÉ	TOTAL
2011 ⁴	Hommes	0	0	0	20	650	1684	1331	1432	1300	134	4	6555
	Femmes	1	1	1	60	1415	1587	865	593	281	19	3	4826
	Non spécifié ³	0	0	0	0	2	3	3	3	1	1	3	16
	Total	1	1	1	80	2067	3274	2199	2028	1582	154	10	11397
	Hommes	0,0	0,0	0,0	2,1	57,9	136,6	108,5	61,7	25,6	4,2		38,4
	Femmes	0,5	0,1	0,1	6,5	132,1	136,0	72,7	25,6	5,5	0,5		27,8
	Total	0,3	0,1	0,1	4,2	94,2	136,5	91,0	43,8	15,6	2,2		33,1

¹ Taux d'incidence pour 100 000 habitants. Estimations de la population par Statistique Canada. (Source de données démographiques : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques; estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires définitives pour 1980-2005, estimations postcensitaires définitives pour 2006-2008, estimations postcensitaires mises à jour pour 2009-2010, estimations postcensitaires préliminaires pour 2011.)

² Les données de 2011 sont préliminaires et pourraient changer. Les données ont été vérifiées par les provinces et les territoires en décembre 2013.

³ Non spécifié comprend les patients transgenres.

⁴ Les taux nationaux de 2007 à 2011 (par 100 000) sont basés sur les estimations préliminaires postcensitaires pour les années correspondantes, excluant le Nunavut.

SOURCE : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013.

REMARQUE : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de la santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

TABLEAU 11 : Taux et cas signalés¹ de syphilis infectieuse² par province/territoire, et selon le sexe, de 2002 à 2011³

ANNÉE	SEXE	SYPHILIS INFECTIEUSE ²													
		T.-N.-L.	Î.-P.-É. ⁴	N.-É.	N.-B.	Q.C.	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	Y.N.	T.N.-O.	NT ⁵	TOTAL
2002	Hommes	0	-	1	1	47	207	4	0	9	113	4	0	0	386
	Femmes	0	-	0	1	0	12	2	1	5	72	2	0	0	95
	Non spécifié	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Total	0	-	1	2	47	219	6	1	14	186	6	0	0	482
Taux	Hommes	0,0	-	0,2	0,3	1,3	3,5	0,7	0,0	0,6	5,6	25,9	0,0	0,0	2,5
	Femmes	0,0	-	0,0	0,3	0,0	0,2	0,3	0,2	0,3	3,5	13,4	0,0	0,0	0,6
	Total	0,0	-	0,1	0,3	0,6	1,8	0,5	0,1	0,4	4,5	19,8	0,0	0,0	1,5
2003	Hommes	1	-	10	3	148	362	21	5	33	172	3	0	0	758
	Femmes	0	-	0	1	5	24	16	1	9	89	2	1	0	148
	Non spécifié	0	-	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
	Total	1	-	10	4	154	386	37	6	42	262	5	1	0	908
Taux	Hommes	0,4	-	2,2	0,8	4,0	6,0	3,6	1,0	2,0	8,4	19,0	0,0	0,0	4,8
	Femmes	0,0	-	0,0	0,3	0,1	0,4	2,7	0,2	0,6	4,3	13,2	4,9	0,0	0,9
	Total	0,2	-	1,1	0,5	2,1	3,2	3,2	0,6	1,3	6,4	16,1	2,3	0,0	2,9
2004	Hommes	0	-	14	3	218	428	17	2	58	227	1	1	0	969
	Femmes	0	-	0	1	14	16	6	0	16	78	0	1	1	133
	Non spécifié	0	-	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
	Total	0	-	14	4	233	445	23	2	74	305	1	2	1	1104
Taux	Hommes	0,0	-	3,0	0,8	5,9	7,0	2,9	0,4	3,5	11,0	6,2	4,5	0,0	6,1
	Femmes	0,0	-	0,0	0,3	0,4	0,3	1,0	0,0	1,0	3,7	0,0	4,8	7,0	0,8
	Total	0,0	-	1,5	0,5	3,1	3,6	2,0	0,2	2,3	7,3	3,2	4,6	3,3	3,5

ANNÉE	SEXE	SYPHILIS INFECTIEUSE ²													
		T.-N.-L.	Î.-P.-É. ⁴	N.-É.	N.-B.	Q.C.	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	Y.N.	T.N.-O.	NT ⁵	TOTAL
2005	Hommes	2	-	2	1	249	338	47	1	85	202	1	0	0	928
	Femmes	0	-	0	0	8	19	4	1	51	85	0	0	0	168
	Non spécifiés ⁶	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Total	2	-	2	1	257	357	51	2	136	288	1	0	0	1097
	Taux	0,8	-	0,4	0,3	6,6	5,5	8,0	0,2	5,1	9,7	6,1	0,0	0,0	5,8
2006	Hommes	0	-	2	0	367	343	26	14	151	254	0	0	0	1157
	Femmes	0	-	0	0	6	26	0	3	67	77	0	0	0	179
	Non spécifiés ⁶	0	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	-	2	0	373	369	26	17	218	331	0	0	0	1336
	Taux	0,0	-	0,4	0,0	9,7	5,5	4,4	2,8	8,7	12,1	0,0	0,0	0,0	7,2
2007	Hommes	2	-	1	2	240	387	26	9	176	243	0	0	0	1086
	Femmes	2	-	0	0	7	20	1	1	74	55	0	0	0	161
	Non spécifiés ⁶	0	-	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Total	4	-	1	2	247	407	27	10	250	299	0	0	0	1248
	Taux ⁷	0,8	-	0,2	0,5	6,3	6,1	4,4	1,8	9,8	11,4	0,0	0,0	0,0	6,7
2007	Hommes	0,8	-	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,2	4,3	2,5	0,0	0,0	0,0	1,0
	Femmes	0,8	-	0,0	0,0	0,2	0,3	0,2	0,2	4,3	2,5	0,0	0,0	0,0	1,0
	Total	0,8	-	0,1	0,3	3,2	3,2	2,3	1,0	7,1	6,9	0,0	0,0	0,0	3,8

ANNÉE	SEXE	SYPHILIS INFECTIEUSE ²													
		T.-N.-L.	Î.-P.-É. ⁴	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	Y.N.	T.N.-O.	NT ⁵	TOTAL
2008	Hommes	6	-	0	5	368	415	10	8	144	218	0	26		1200
	Femmes	2	-	0	1	8	34	3	4	101	16	0	21		190
	Non spécifié ⁶	0	-	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0		3
	Total	8	-	0	6	377	450	13	12	245	235	0	47		1393
Taux ⁷	Hommes	2,4	-	0,0	1,4	9,6	6,5	1,7	1,6	7,9	10,0	0,0	115,0		7,3
	Femmes	0,8	-	0,0	0,3	0,2	0,5	0,5	0,8	5,7	0,7	0,0	99,7		1,1
	Total	1,6	-	0,0	0,8	4,9	3,5	1,1	1,2	6,8	5,4	0,0	107,6		4,2
2009	Hommes	3	-	23	8	357	689	5	15	189	119	0	19		1427
	Femmes	0	-	1	1	16	22	0	6	90	7	0	14		157
	Non spécifié ⁶	0	-	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		1
	Total	3	-	24	9	374	711	5	21	279	126	0	33		1585
Taux ⁷	Hommes	1,2	-	5,0	2,2	9,2	10,7	0,8	2,9	10,1	5,4	0,0	84,3		8,5
	Femmes	0,0	-	0,2	0,3	0,4	0,3	0,0	1,2	5,0	0,3	0,0	66,4		0,9
	Total	0,6	-	2,6	1,2	4,8	5,4	0,4	2,0	7,6	2,8	0,0	75,6		4,7
2010	Hommes	4	-	17	32	519	728	9	26	118	90	0	1		1544
	Femmes	0	-	1	2	26	46	8	10	55	2	0	2		152
	Non spécifié ⁶	0	-	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0		2
	Total	4	-	18	34	547	774	17	36	173	92	0	3		1698
Taux ⁷	Hommes	1,6	-	3,7	8,7	13,2	11,2	1,5	5,0	6,2	4,0	0,0	4,4		9,1
	Femmes	0,0	-	0,2	0,5	0,7	0,7	1,3	1,9	3,0	0,1	0,0	9,4		0,9
	Total	0,8	-	1,9	4,5	6,9	5,9	1,4	3,4	4,6	2,0	0,0	6,8		5,0

TABLEAU 12 : Taux et cas signalés¹ de syphilis infectieuse² selon le groupe d'âge, et selon le sexe, de 2002 à 2011³

ANNÉE	SEXE	SYPHILIS INFECTIEUSE ²												NON SPÉCIFIÉ	TOTAL
		GROUPE D'ÂGE (ANS)													
		< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+				
2002	Cas	0	0	0	0	6	21	31	170	146	12	386	0	386	
	Femmes	0	0	0	0	6	24	27	23	14	1	95	0	95	
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	
	Total	0	0	0	0	12	45	58	193	160	13	482	1	482	
2002	Taux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	1,9	2,9	7,0	3,2	0,5	2,5		2,5	
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,3	2,6	1,0	0,3	0,0	0,6		0,6	
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	2,1	2,8	4,0	1,8	0,2	1,5		1,5	
	Hommes	0	0	0	0	8	32	80	298	307	33	758	0	758	
2003	Cas	0	0	0	0	12	35	34	40	23	4	148	0	148	
	Femmes	0	0	0	0	12	35	34	40	23	4	148	0	148	
	Non spécifié	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0	2	
	Total	0	0	0	0	20	68	115	338	330	37	908	0	908	
2003	Taux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2,9	7,5	12,6	6,6	1,4	4,8		4,8	
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	3,3	3,3	1,7	0,5	0,1	0,9		0,9	
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	3,1	5,5	7,2	3,6	0,7	2,9		2,9	
	Hommes	0	0	0	0	7	52	79	322	466	42	969	1	969	
2004	Cas	0	0	0	0	8	30	33	30	28	4	133	0	133	
	Femmes	0	0	0	0	8	30	33	30	28	4	133	0	133	
	Non spécifié	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	2	
	Total	0	0	0	0	15	82	112	352	495	46	1104	2	1104	
2004	Taux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	4,6	7,4	13,9	9,8	1,7	6,1		6,1	
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,8	3,1	1,3	0,6	0,1	0,8		0,8	
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	3,7	5,3	7,6	5,2	0,8	3,5		3,5	
	Hommes	0	0	0	0	7	52	79	322	466	42	969	1	969	

		SYPHILIS INFECTIEUSE ²															
ANNÉE	SEXE	GROUPE D'ÂGE (ANS)											NON SPÉCIFIÉ	TOTAL			
		< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+						
2005	Cas	Hommes	0	0	0	0	0	0	0	11	71	96	284	430	36	0	928
		Femmes	0	0	0	0	0	0	19	33	39	37	37	37	3	0	168
		Non spécifié ⁴	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		Total	0	0	0	0	30	105	135	321	467	39	0	1097			
	Taux	Hommes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	6,2	8,9	12,4	8,9	1,4	0	5,8
		Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	3,0	3,7	1,6	0,8	0,1	0,1	0	1,0
		Total	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	4,7	6,3	7,1	4,8	0,7					3,4
		Hommes	0	0	0	1	10	88	93	354	555	56	0	1157			
2006	Cas	Femmes	0	0	0	0	0	0	14	36	27	56	42	4	0	0	179
		Non spécifié ⁴	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Total	0	0	0	1	24	124	120	410	597	60	0	1336			
		Hommes	0,0	0,0	0,0	0,1	0,9	7,6	8,5	15,6	11,3	2,1					7,2
	Taux	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	3,3	2,5	2,5	0,9	0,1					1,1
		Total	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	5,5	5,5	9,1	6,1	1,0					4,1
		Hommes	0	0	0	1	14	72	110	321	518	49	1	1086			
		Femmes	0	0	0	2	15	26	35	42	40	1	0	161			
2007 ⁵	Cas	Non spécifié ⁴	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		Total	0	0	0	3	29	98	145	364	558	50	1	1248			
		Hommes	0,0	0,0	0,0	0,1	1,2	6,2	9,8	14,2	10,5	1,8					6,7
		Femmes	0,0	0,0	0,0	0,2	1,4	2,4	3,2	1,9	0,8	0,0					1,0
	Total	0,0	0,0	0,0	0,1	1,3	4,3	6,5	8,1	5,6	0,8					3,8	

		SYPHILIS INFECTIEUSE ²												
		GROUPE D'ÂGE (ANS)												
ANNÉE	SEXE	< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NON SPÉCIFIÉ	TOTAL	
2008 ⁵	Cas	0	0	0	0	14	104	150	307	571	54	0	1200	
	Femmes	0	0	0	1	23	40	34	48	42	2	0	190	
	Non spécifié ⁴	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	
	Total	0	0	0	1	37	144	184	356	614	56	1	1393	
2008 ⁵	Taux	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	8,9	13,0	13,5	11,5	1,9		7,3	
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,1	2,1	3,6	3,0	2,1	0,8	0,1		1,1	
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	6,3	8,1	7,9	6,2	0,9		4,2	
	Hommes	0	0	0	0	39	148	199	373	617	50	1	1427	
2009 ⁵	Cas	0	0	0	0	10	37	34	36	37	3	0	157	
	Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
	Non spécifié ⁴	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Total	0	0	0	0	49	185	233	409	655	53	1	1585	
2009 ⁵	Taux	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	12,4	16,8	16,3	12,3	1,7		8,5	
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	3,3	2,9	1,6	0,7	0,1		0,9	
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	8,0	9,9	9,0	6,5	0,8		4,7	
	Hommes	0	0	0	0	45	152	183	364	718	82	0	1544	
2010 ⁵	Cas	0	0	0	0	16	38	31	35	30	2	0	152	
	Femmes	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	2	
	Non spécifié ⁴	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Total	0	0	0	0	61	191	214	400	748	84	0	1698	
2010 ⁵	Taux	0,0	0,0	0,0	0,0	4,0	12,5	15,1	15,8	14,2	2,6		9,1	
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	3,3	2,6	1,5	0,6	0,1		0,9	
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	8,1	8,9	8,7	7,4	1,2		5,0	
	Hommes	0	0	0	0	27	81	89	87	74	12		152	

		SYPHILIS INFECTIEUSE ²											
		GROUPE D'ÂGE (ANS)											
ANNÉE	SEXE	< 1 AN	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NON SPÉCIFIÉ	TOTAL
2011 ⁵	Hommes	0	0	0	0	51	192	236	399	696	68	1	1643
	Femmes	0	0	0	0	18	24	22	27	22	1	0	114
	Non spécifié ⁴	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	0	0	0	0	69	216	258	426	718	69	1	1757
	Hommes	0,0	0,0	0,0	0,0	4,5	15,6	19,2	17,2	13,7	2,1		9,6
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	2,1	1,8	1,2	0,4	0,0		0,7
	Total	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1	9,0	10,7	9,2	7,1	1,0		5,1

¹ Taux d'incidence pour 100 000 habitants. Estimations de la population par Statistique Canada. (Source de données démographiques : Statistique Canada, Division de la démographie, Section des estimations démographiques; estimations de la population pour juillet, estimations intercensitaires définitives pour 1993-2005, estimations postcensitaires définitives pour 2006-2008, estimations postcensitaires mises à jour pour 2009-2010, estimations postcensitaires préliminaires pour 2011.)

² La syphilis infectieuse comprend la syphilis des stades primaire, secondaire et latent précoce.

³ Les données de 2011 sont préliminaires et pourraient changer. Les données ont été vérifiées par les provinces et les territoires en décembre 2013.

⁴ Non spécifié comprend les patients transgenres.

⁵ Les taux nationaux de 2007 à 2011 (par 100 000) sont basés sur les estimations préliminaires postcensitaires pour les années correspondantes, excluant le Nunavut.

SOURCE : Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections, Agence de la santé publique du Canada, 2013.

REMARQUE : Il peut y avoir une légère différence entre les données déclarées par les provinces et territoires et celles de l'Agence de la santé publique du Canada. Le cas échéant, ce sont les premières qui servent de référence.

RÉFÉRENCES

- (1) Stamm WE. *Chlamydia trachomatis* infections of the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, et al., éditeurs. Sexually transmitted diseases. 3^e éd. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 407–422.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) Groupe de travail d'experts pour les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Lymphogranulomatose vénérienne (LGV). 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) Kropp RY, Wong T, Canadian LGV Working Group. Emergence of lymphogranuloma venereum in Canada. *CMAJ* 2005 Jun 21;172(13):1674–1676.
- (6) Bremer V, Meyer T, Marcus U, Hamouda O. Lymphogranuloma venereum emerging in men who have sex with men in Germany. *Euro Surveill* 2006 Sep;11(9):152–154.
- (7) Koedijk FD, de Boer IM, de Vries HJ, Thiesbrummel HF, van der Sande MA. An ongoing outbreak of lymphogranuloma venereum in the Netherlands, 2006–2007. *Euro Surveill* 2007 Apr 19;12(4):E070419.2.
- (8) Jebbari H, Alexander S, Ward H, Evans B, Solomou M, Thornton A, et al. Update on lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Sex Transm Infect* 2007 Jul;83(4):324–326.
- (9) HIV, STD and Hepatitis Prevention Branch, Public Health Services, Health and Human Services Agency, San Diego County. Lymphogranuloma venereum (LGV) update. 2005.
- (10) Savage EJ, van de Laar MJ, Gallay A, van der Sande M, Hamouda O, Sasse A, et al. Lymphogranuloma venereum in Europe, 2003–2008. *Euro Surveill* 2009 Dec 3;14(48):19428.
- (11) BC Centre for Disease Control. Lymphogranuloma venereum in British Columbia 2004 to 2011. 2012.
- (12) 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.
- (13) Rekart ML, Brunham RC. Epidemiology of chlamydial infection: are we losing ground? *Sex Transm Infect* 2008 Apr;84(2):87–91.
- (14) Machalek K, Hanley B, Kajiwara J, Pasquali P, Stannard C. Chlamydia screening practices among physicians and community nurses in Yukon, Canada. *International journal of circumpolar health* 2013;72(22447).
- (15) Brunham RC, Rekart ML. The arrested immunity hypothesis and the epidemiology of chlamydia control. *Sex Transm Dis* 2008 Jan;35(1):53–54.

- (16) 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.
- (17) 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.
- (18) Statistique Canada. Guide de l'utilisateur des données de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS) : Cycle 2. Avril 2013.
- (19) Rotermann, M., Langlois, K.A., Severini, A., Totten, S. Prévalence d'infection à *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.
- (20) 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.
- (21) Hook EW, Handsfield HH. Gonococcal infections in the adult. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, et al., éditeurs. *Sexually transmitted diseases*. 3^e éd. New York: McGraw-Hill; 1999. p. 451–466.
- (22) Groupe de travail d'experts pour les lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Infections gonococciques. 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.
- (23) Lewis DA. The Gonococcus fights back: is this time a knock out? *Sex Transm Infect* 2010 Nov;86(6):415–421.
- (24) Unemo M, Golparian D, Nicholas R, Ohnishi M, Galloway A, Sednaoui P. High-level cefixime- and ceftriaxone-resistant *N. gonorrhoeae* in Europe (France): novel *penA* mosaic allele in a successful international clone causes treatment failure. *Antimicrob Agents Chemother* 2011 Dec 12.
- (25) Unemo M, Golparian D, Sary A, Eigentler A. First *Neisseria gonorrhoeae* strain with resistance to cefixime causing gonorrhoea treatment failure in Austria, 2011. *Euro Surveill* 2011 Oct 27;16(43):19998.
- (26) Unemo M, Golparian D, Syversen G, Vestheim DF, Moi H. Two cases of verified clinical failures using internationally recommended first-line cefixime for gonorrhoea treatment, Norway, 2010. *Euro Surveill* 2010 Nov 25;15(47):19721.
- (27) Agence de la santé publique du Canada. Surveillance nationale de la sensibilité aux antimicrobiens de *Neisseria gonorrhoeae* – Rapport sommaire annuel de 2012. 2014.
- (28) Martin I, Jayaraman G, Wong T, Liu G, Gilmour M, Canadian Public Health Laboratory Network. Trends in antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* isolated in Canada: 2000–2009. *Sex Transm Dis* 2011 Oct;38(10):892–898.
- (29) Martin I, Sawatzky P, Allen V, Hoang L, Lefebvre B, Mina N, et al. Emergence and characterization of *Neisseria gonorrhoeae* isolates with decreased susceptibilities to ceftriaxone and cefixime in Canada: 2001–2010. *Sexually Transmitted Diseases* 2012;39(4):316–324.
- (30) Plitt S, Boyington C, Sutherland K, Lovgren M, Tilley P, Read R, et al. Antimicrobial resistance in gonorrhoea: the influence of epidemiologic and laboratory surveillance data on treatment guidelines: Alberta, Canada 2001–2007. *Sex Transm Dis* 2009 Oct;36(10):665–669.

- (31) Agence de la santé publique du Canada. Avis important – Renseignements sur la santé publique – Mise à jour concernant le traitement des infections gonococciques. 2011. Accès : www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/alert/2011/alert-gono-fra.php [consulté le 16 mars 2012].
- (32) Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario). Guidelines for testing and treatment of gonorrhoea in Ontario. 2013.
- (33) Centers for Disease Control and Prevention. Update to CDC's *Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010*: oral cephalosporins no longer a recommended treatment for gonococcal infections. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2012;61(31):590–594.
- (34) 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.
- (35) 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.
- (36) 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.
- (37) Narula T, Kamboj S, Martinez J, Engel LS. Co-infection: HIV and the great mimic syphilis. *HIV Clin* 2010 Spring;22(2):7–10.
- (38) Ogilvie G, Knowles L, Wong E, Taylor D, Tigchelaar J, Brunt C, et al. Incorporating a social networking approach to enhance contact tracing in a heterosexual outbreak of syphilis. *Sex Transm Infect* 2005 Apr;81(2):124–127.
- (39) Patrick DM, Rekart ML, Jolly A, Mak S, Tyndall M, Maginley J, et al. Heterosexual outbreak of infectious syphilis: epidemiological and ethnographic analysis and implications for control. *Sex Transm Infect* 2002 Apr;78 Suppl 1:i164–9.
- (40) Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre. Les ITS bactériennes resurgissent en force! *Prévention en pratique médicale* 2002;9–24–0080.
- (41) Toronto Public Health. Infectious syphilis on the rise in Toronto – information for health care providers. 2005.
- (42) Wheeler C. Surge in syphilis prompts warning: disease breaks out among users of gay bathhouses. *Ottawa Citizen* 2001 Mar 28.
- (43) CBC News. N.W.T. sounds alarm about syphilis comeback. November, 2008. Accès : www.cbc.ca/news/canada/north/story/2008/11/07/nwt-syphilis.html [consulté le 24 février 2013].
- (44) Genc M, Ledger WJ. Syphilis in pregnancy. *Sex Transm Infect* 2000 Apr;76(2):73–79.
- (45) Walker DG, Walker GJ. Prevention of congenital syphilis--time for action. *Bull World Health Organ* 2004 Jun;82(6):401.
- (46) 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.
- (47) 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.

- (48) 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.
- (49) Mayer KH. Sexually transmitted diseases in men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2011 Dec;53 Suppl 3:S79–83.
- (50) Mansergh G, Flores S, Koblin B, Hudson S, McKirnan D, Colfax GN, *et al.* Alcohol and drug use in the context of anal sex and other factors associated with sexually transmitted infections: results from a multi-city study of high-risk men who have sex with men in the USA. *Sex Transm Infect* 2008 Nov;84(6):509–511.
- (51) Jayaraman GC, Read RR, Singh A. Characteristics of individuals with male-to-male and heterosexually acquired infectious syphilis during an outbreak in Calgary, Alberta, Canada. *Sex Transm Dis* 2003 Apr;30(4):315–319.
- (52) 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.
- (53) 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.
- (54) 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.
- (55) Chang CC, Leslie DE, Spelman D, Chua K, Fairley CK, Street A, *et al.* Symptomatic and asymptomatic early neurosyphilis in HIV-infected men who have sex with men: a retrospective case series from 2000 to 2007. *Sex Health* 2011 Jun;8(2):207–213.
- (56) Taylor MM, Aynalem G, Olea LM, He P, Smith LV, Kerndt PR. A consequence of the syphilis epidemic among men who have sex with men (MSM): neurosyphilis in Los Angeles, 2001–2004. *Sex Transm Dis* 2008 May;35(5):430–434.
- (57) US Department of Health and Human Services. Sexually transmitted disease morbidity 1996–2009, by gender, age group and race/ethnicity, CDC WONDER on-line database. 2011. Accès : <http://wonder.cdc.gov/std-std-race-age.html> [consulté le 30 novembre 2011].
- (58) Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted disease surveillance 2010. 2011.
- (59) The Kirby Institute. HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia annual surveillance report 2011. 2011.
- (60) Seyan P. 2010 STI surveillance data for England. 2011.
- (61) Galdas PM, Cheater F, Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs* 2005 Mar;49(6):616–623.
- (62) 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.