ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date de publication : février 1998

Volume 24S1

Supplément

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada

Rapport annuel de 1995

Santé Canada Health Canada

Canada

Notre mission est d'aider
les Canadiens et les Canadiennes
à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Surveillance des maladies transmises sexuellement au Canada

Rapport annuel de 1995

Préparé par la Division de la prévention et du contrôle des MTS
Bureau du VIH/sida et des MTS
Laboratoire de lutte contre la maladie
Direction générale de la protection de la santé
Santé Canada

Remerciements

Le présent rapport n'aurait pu être publié sans la participation des médecins répondants, des directeurs provinciaux et territoriaux des services de lutte contre les MTS et leur personnel, qui ont communiqué des données. Les autorités provinciales et territoriales, par l'entremise du Bureau de la surveillance des maladies, Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), Santé Canada, ont fourni le gros des données sur la gonorrhée, la syphilis, la chlamydiose et le chancre mou. Les taux d'incidence du cancer du col utérin et les taux de mortalité qui y sont associés, ainsi que le nombre de cas d'atteinte inflammatoire pelvienne (d'après les formulaires remplis à la sortie de l'hôpital), le nombre de naissances vivantes et les données démographiques proviennent de Statistique Canada. Les données sur l'antibiorésistance ont été fournies par le Bureau de microbiologie, LLCM. La Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, a transmis de l'information et des données sur le sida. Le Laboratoire national d'oncologie virale, LLCM, a présenté des données sur le virus du papillome humain (VPH), et le Laboratoire national pour les maladies virales et les zoonoses a communiqué les données sur l'herpès génital.

Nous remercions également la Division de la diffusion des documents de son aide pour la révision et l'impression du document ainsi que son affichage sur Internet.

Division de la prévention et du contrôle des MTS
Bureau du VIH/sida et des MTS
Immeuble Brooke Claxton, niveau 01
Pré Tunney, indice de l'adresse 0900B1
Ottawa (Ontario) Canada
K1A 0K9

Tél, : (613) 957-1787
Fax : (613) 957-0381
Adresse Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/bah.

Table des matières

Liste des figures iv

Liste des tableaux vi

Points saillants : maladies transmises sexuellement (MTS) au Canada 1

Introduction 3

Chlamydiose génitale 5

Gonorrhée 7
- Souches résistantes de *Neisseria gonorrhoeae* 9

Syphilis 11
- Syphilis infectieuse 11
- Syphilis non infectieuse (syphilis, autre) 13
- Syphilis congénitale 14

Virus du papillome humain 16

Herpès 18

Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) 19

Atteintes inflammatoires pelviennes 21

Références 23

Annexes 26

Liste des figures

Figure — Page

1. MTS : Proportion de tous les cas signalés de maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, Canada, 1995 3
2. Cas signalés de maladies transmises sexuellement, Canada, 1991-1995 3
3. Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000, Canada, 1991-1995 5
4. Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995 6
5. Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995 6
6. Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000, Canada, 1990-1995 7
7. Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995 8
8. Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995 8
9. Proportion d'isolats de gonocoque présentant une résistance à médiation plasmidique et chromosomique, Canada, 1990-1995 9
10. Nombre de cas d'infection à *N. gonorrhoeae* présentant une résistance plasmidique, Canada, 1985-1995 10
11. Incidence de la syphilis infectieuse : cas déclarés selon l'âge et le sexe, Canada, 1995 11
12. Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon le sexe, Canada, 1993-1995 12
13. Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995 12
14. Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995 13
15. Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon le sexe, Canada, 1995 13

16. Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995 14

17. Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995 14

18. Incidence de la syphilis congénitale chez les nourissons (<1 an) : cas signalés pour 100 000 naissances vivantes, Canada, 1992-1995, ... 15

19. Cancer du col utérin : incidence et mortalité pour 100 000 femmes, Canada, 1990-1995 17

20. Nombre d'échantillons positifs pour le virus de l'herpès selon le type, Canada, 1990-1995 18

21. Le sida : cas signalés par groupe d'âge,Canada, 1995 19

22. Cas signalés de sida selon la catégorie d'exposition, Canada, 1995 20

23. Incidence du sida : cas signalés pour 100 000 selon la région, Canada, 1995 20

24. Congés des hôpitaux pour une atteinte inflammatoire pelvienne : taux pour 100 000 femmes selon l'âge, Canada, de 1983-1984 à 1993-1994 21

Liste des tableaux

Page

Tableau 1 *Neisseria gonorrhoeae* ayant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine 10

Tableau 2 Cancer du col utérin : taux pour 100 000 femmes, Canada, 1990-1995 16

Tableau 3 Prélèvements endocervicaux : typage du VPH, 1995 17

Points saillants : maladies transmises sexuellement (MTS) au Canada

- En 1995, 44 176 cas de MTS, y compris de sida, ont été signalés au Canada. Cette année-là, 36 % de toutes les maladies à déclaration obligatoire étaient des MTS (figure 1).

- La chlamydiose génitale est devenue une maladie à déclaration obligatoire en 1990. En 1995, elle a été à l'origine de 30,3 % de tous les cas signalés de maladie à déclaration obligatoire et était la maladie transmise sexuellement la plus souvent recensée (84 %).

- Entre 1991 et 1995, le nombre de cas de chlamydiose déclarés à l'échelle nationale a diminué de 26,8 %.

- Ce sont surtout les femmes qui ont été infectées par *Chlamydia*. Elles constituaient 75,8 % de tous les cas de chlamydiose génitale signalés en 1995. Parmi les femmes infectées, celles de 15 à 19 ans présentaient le taux le plus élevé, soit 1 109,1 pour 100 000, ce qui est 9 fois supérieur au taux national (figure 4).

- Chez les hommes, le taux le plus élevé de chlamydiose a été relevé dans le groupe des 20 à 24 ans (335,6 pour 100 000) et dépassait de plus de 2,6 fois le taux national (127 pour 100 000).

- Les Territoires du Nord-Ouest affichaient un taux de chlamydiose de 1 388,5 cas pour 100 000 habitants et un taux de gonorrhée de 189,9 cas pour 100 000 (figures 5 et 8). Ces taux étaient, respectivement, 11 et 10 fois plus élevés que le taux national.

- Depuis 1990, le nombre de cas signalés de gonorrhée a chuté de 60 %. En 1995, le taux s'établissait à 17,9 cas pour 100 000 habitants (figure 6). La gonorrhée, y compris la conjonctivite gonococcique du nouveau-né, a été mise en cause dans 4,3 % de tous les rapports de cas de maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale (figure 1).

- Onze cas de gonorrhée chez les enfants de < 10 ans ont été dénombrés, abstraction faite des 18 cas de conjonctivite gonococcique du nouveau-né. En tout, 56 cas de chlamydiose ont été signalés en 1995 chez des enfants de 0 à 1 an, et 24 chez des enfants de 1 à 9 ans. Soixante-dix pour cent des cas déclarés avaient moins de 1 an.

- En 1995, 1 402 cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* antibiorésistant ont été enregistrés. La proportion d'isolats de gonocoques résistants s'est accrue avec le temps (figure 9).

- Certains isolats de *N. gonorrhoeae* (< 1 %) présentent maintenant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine, antibiotique appartenant à la famille des fluoroquinolones (tableau 1).

- En 1995, 0,5 % de tous les rapports de maladies à déclaration obligatoire (figure 1) concernaient la syphilis (cas agrégés), le taux étant de 0,5 cas pour 100 000 habitants.

- Le taux de syphilis le plus élevé a été relevé chez les hommes et les femmes de 20 à 24 ans (1,4 cas pour 100 000 hommes et 1,2 cas pour 100 000 femmes) (figure 13).

- La Saskatchewan a enregistré un taux de syphilis infectieuse de 1,9 pour 100 000. Les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et l'Île-du-Prince-Édouard n'ont signalé aucun cas en 1995 (figure 14).

- Le nombre de cas de syphilis non infectieuse (syphilis, autre) a baissé de 36,7 % depuis 1993. En tout, 434 cas ont été signalés, et le taux pour l'ensemble du Canada s'élève à 1,5 cas pour 100 000 (annexe 1).

- Seuls 2 cas de syphilis congénitale ont été recensé en 1995. La maladie connaît un déclin depuis 1992, son incidence n'étant plus que de 0,5 cas pour 100 000 naissances vivantes (figure 18).

- L'infection par le virus du papillome humain (VPH) est une maladie transmise sexuellement et est associée au cancer du col utérin. Entre 1990 et 1995, le taux général d'incidence du cancer du col utérin normalisé selon l'âge a chuté de 21 %, passant de 10,5 cas à 8,3 cas pour 100 000 femmes (figure 19). L'infection à VPH n'est pas une maladie à déclaration obligatoire à l'échelle nationale; il est donc difficile d'estimer son incidence réelle au Canada.

- Une légère hausse de 3,8 % du nombre d'échantillons de sérum positifs aux tests de dépistage de l'herpès a été enregistrée en 1995. Entre 1990 et 1995, la proportion d'échantillons séropositifs pour le virus herpès simplex 1 et 2 a augmenté de 31,5 % (figure 20).

- Le taux de congés des hôpitaux pour une atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) a diminué de 55 % entre 1984 et 1993, passant de 281, 2 à 125,5 pour 100 000 habitants. En 1993-1994, les femmes âgées de 25 à 34 ans affichaient le taux le plus élevé d'AIP (147,9/100 000), alors que dans les années précédentes, les femmes de 20 à 25 ans étaient les plus fortement touchées. Les données sur les congés des hôpitaux peuvent ne pas donner une image fidèle de l'incidence des AIP car elles n'englobent pas les cas diagnostiqués et traités à l'extérieur des hôpitaux; de plus, certains cas d'AIP sont atypiques, voire asymptomatiques (annexe 4).

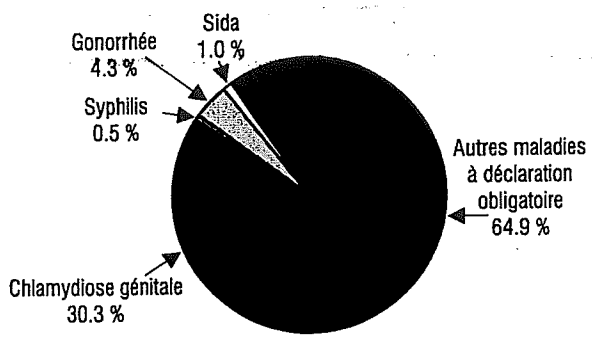
Introduction

Le présent rapport fournit des renseignements sur la distribution et les tendances en ce qui concerne les maladies transmises sexuellement à déclaration obligatoire au Canada et d'autres infections qu'il n'est pas obligatoire de déclarer, comme l'herpès, les atteintes inflammatoires pelviennes et les infections dues au virus du papillon humain.

Quatre maladies transmises sexuellement (MTS) doivent obligatoirement être déclarées à l'échelle nationale : la chlamydiose, la gonorrhée, la syphilis et le chancre mou (cette dernière maladie n'est pas abordée dans le présent rapport vu qu'un seul cas a été signalé en 1995). Le sida et l'hépatite B peuvent être transmis par voie sexuelle et sont des maladies à déclaration obligatoire dans tout le pays; la Division de la surveillance du VIH/sida et la Division des pathogènes à diffusion hématogène sont les deux instances au sein de Santé Canada qui sont chargées de surveiller ces maladies.

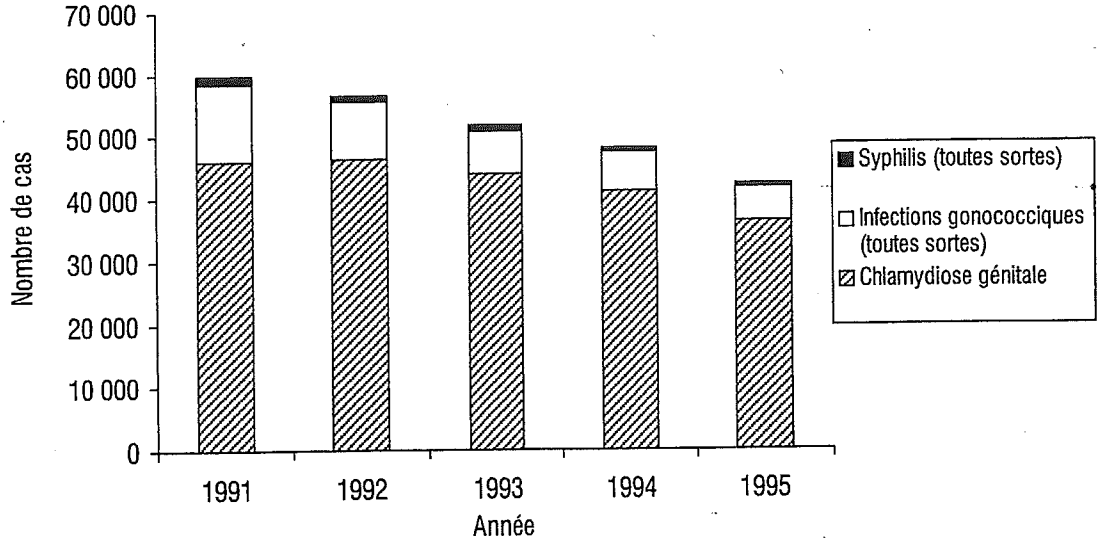
Les données agrégées utilisées dans le présent rapport ont été communiquées au LLCM par les provinces et les territoires. À cause de retards dans la déclaration des cas, l'information sur les cas de MTS diagnostiqués en 1995 n'a été recueillie qu'en février 1997. On essaie par tous les moyens de faire en sorte que les données de la surveillance des MTS soient exactes. Comme de nombreux cas de maladies transmises sexuellement sont asymptomatiques, bon nombre de personnes ne consultent pas pour se faire traiter. Il s'ensuit que le nombre de cas signalés

Figure 1
MTS : Proportion de tous les cas signalés de maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Figure 2
Cas signalés de maladies transmises sexuellement, Canada, 1991-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

et le taux d'incidence ne reflètent pas fidèlement l'incidence réelle des MTS au Canada.

S'il est préférable que les rapports de cas soient complets, il reste que des rapports même incomplets peuvent être utiles. Il est possible d'estimer l'incidence réelle d'une maladie en se servant de paramètres provenant d'études effectuées dans une population. Des groupes à haut risque peuvent en outre être identifiés. Il est possible de dégager des tendances relatives au taux de morbidité, qui pourront être utiles dans la planification de stratégies de prévention et les évaluations de programmes. Depuis le début des années 80, le nombre de cas et les taux signalés de MTS d'origine bactérienne, plus particulièrement d'infection gonococcique et de syphilis, ont accusé une baisse. Il y a une dizaine d'années, le taux de syphilis et de gonorrhée était, respectivement, 5,2 et 9 fois plus élevé que le taux déclaré en 1995. De même, depuis le milieu des années 80, les hospitalisations pour les atteintes inflammatoires pelviennes n'ont cessé de diminuer. Le nombre absolu d'hospitalisations pour une grossesse ectopique a commencé à décliner au début des années 90.

Les maladies transmises sexuellement demeurent un important problème de santé publique au Canada. Les statistiques de 1995 sur les MTS, notamment celles sur le sida, montrent que ces infections représentent plus du tiers (36 %) de toutes les maladies à déclaration obligatoire, comparativement à 23,8 % en 1987 (figure 1). Les MTS occupent une place plus large surtout à cause de la chlamydose, qui est actuellement la MTS la plus souvent signalée au Canada (84 % de tous les cas de MTS) (figure 2). Les jeunes femmes sont les plus touchées par *Chlamydia* et ignorent souvent qu'elles sont infectées. Au nombre des séquelles qui peuvent en résulter figurent les atteintes inflammatoires pelviennes, les grossesses ectopiques et l'infertilité, sources inutiles de souffrance physique et psychologique.

Chlamydiose génitale

Les chlamydioses sont causées par la bactérie *Chlamydia trachomatis.* Elles peuvent se manifester chez les hommes par une urétrite et, chez les femmes, par une cervicite mucopurulente[1]. Dans la population féminine (et peut-être masculine), de 50 % à 70 % des chlamydioses sont souvent asymptomatiques. Si l'infection n'est pas détectée ni traitée, la personne hôte peut continuer de porter la bactérie pendant des mois et la transmettre à ses partenaires sexuels[2]. Les complications d'une chlamydiose non traitée ou insuffisamment traitée peuvent être sévères chez les femmes : grossesse ectopique (30 %)[3], atteinte inflammatoire pelvienne (25 % à 65 %)[4] et infertilité. La transmission verticale de *Chlamydia* constitue la principale cause de conjonctivite infectieuse du nouveau-né (40 %) et de pneumonie du nourrisson (73 %)[5]. À cause de la morbidité et des coûts qui y sont associés, les chlamydioses représentent un important problème de santé publique. La chlamydiose génitale est la maladie transmise sexuellement la plus souvent signalée au Canada depuis que sa déclaration est devenue obligatoire en 1990.

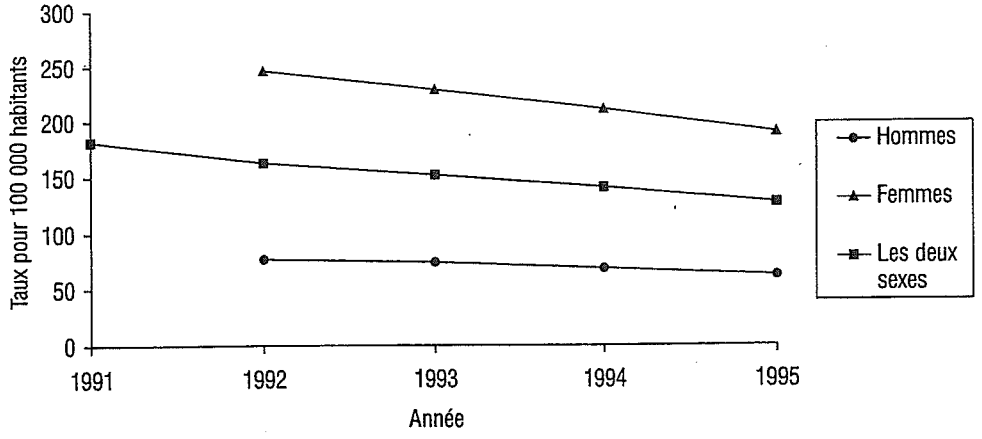
En 1991, seules les données communiquées par neuf provinces/territoires ont été compilées, le nombre total de cas signalés s'établissant à 39 003. Si l'on présume que le taux était similaire dans les provinces/territoires qui n'ont pas fourni de données, on obtient un total de 51 264 cas en 1991. Le nombre de cas signalés à l'échelle nationale est tombé à 37 551 en 1995, soit une baisse de 26,8 % sur une période de 5 ans, si l'on utilise les estimations de 1991. Le taux d'incidence calculé d'après le nombre réel de cas déclarés a diminué de 30,3 %, passant de 182,2 cas pour 100 000 habitants en 1991 à 127 cas pour 100 000 en 1995 (figure 3).

En 1995, 75,8 % des cas de chlamydiose génitale étaient des femmes. La sous-représentation des hommes est due principalement à la forte proportion dans cette population de cas asymptomatiques (qui n'ont pas fait l'objet d'une consultation) et au fait qu'il existe moins de programmes de dépistage pour les hommes que pour les femmes.

En 1995, 70,3 % de tous les cas signalés étaient âgés entre 15 à 24 ans (annexe 2). Les femmes dans le groupe des 15 à 19 ans affichaient le taux le plus élevé, soit 1109,1 cas pour 100 000, ce qui est près de 9 fois plus élevé que le taux national. Le taux le plus élevé chez les hommes a été relevé dans le groupe des 20 à 24 ans (335,6 cas pour 100 000) et dépassait de 2,6 fois le taux national (figure 4).

À l'échelle régionale, les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) ont fait état d'un taux d'infection de 1 388,5 cas pour 100 000 habitants, incidence qui est 11 fois supérieure au taux national (127/100 000). Les T.N.-O. étaient suivis du Yukon (518,0/100 000) et du Manitoba (264,4/100 000). Terre-Neuve a

Figure 3
Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000, Canada, 1991-1995

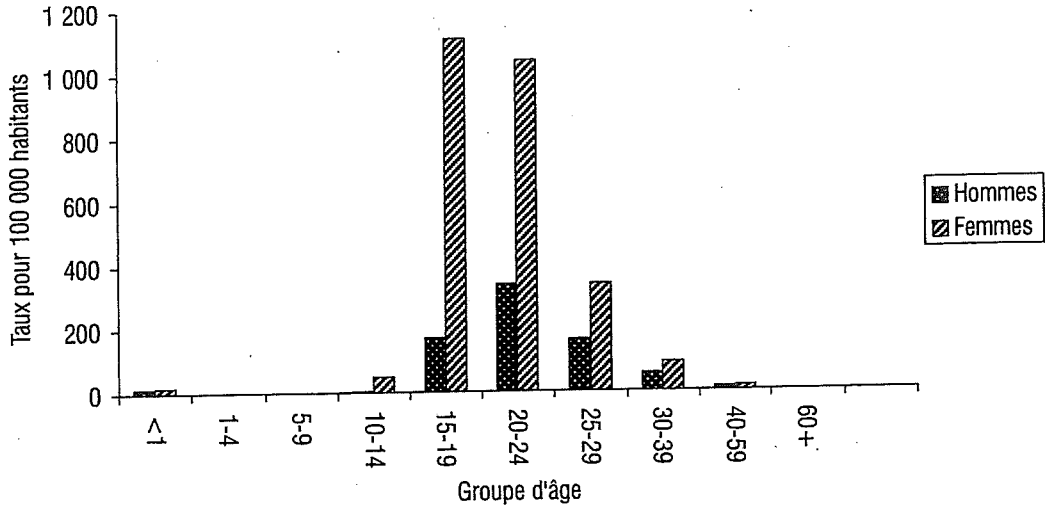


Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

obtenu un taux relativement faible, 47,5 cas pour 100 000 habitants (figure 5).

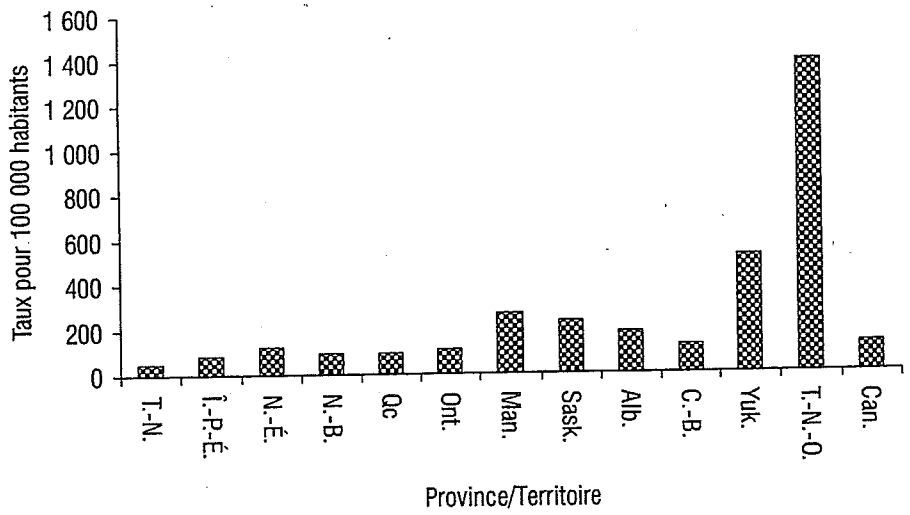
Au cours des dernières années, des progrès techniques importants ont été enregistrés dans le domaine du diagnostic des maladies transmises sexuellement — par exemple, les méthodes d'amplification de l'ADN, telles que l'amplification par la polymérase (PCR) et la ligation répétitive d'oligonucléotides (LCR). Ces tests présentent un avantage par rapport aux méthodes actuelles par culture en ce que les prélèvements peuvent être non invasifs (p. ex., urine). En outre, ces épreuves sont plus sensibles pour détecter les infections infracliniques que les méthodes actuelles[6,7] tout en étant aussi spécifiques[8]. Enfin, les tests par PCR peuvent permettre de définir un groupe de patients dont l'infection à *C. trachomatis* n'aurait pu être détectée à l'aide des méthodes classiques — notamment chez les hommes de 24 ans et plus[9].

Figure 4
Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Figure 5
Incidence de la chlamydiose génitale : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Gonorrhée

La gonorrhée est causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae*. Chez les hommes, elle se manifeste souvent par une urétrite associée à une dysurie. La plupart des femmes infectées ne présentent aucun symptôme au départ, bien qu'une urétrite ou une cervicite puisse apparaître quelques jours après l'exposition. Chez environ 20 % des femmes infectées, la bactérie aura envahi l'utérus, causant une endométrite, une salpingite ou une pelvipéritonite. Une infection non traitée ou insuffisamment traitée peut entraîner une atteinte inflammatoire pelvienne et l'infertilité[1].

Les taux déclarés de gonorrhée n'ont pas cessé de diminuer depuis 1981. À partir de 1990, le nombre de cas signalés d'infection gonococcique a chuté de 60 % (figure 6). Entre 1990 et 1995, le taux est passé de 52,0 cas à 17,9 cas pour 100 000 habitants, ce qui représente une baisse de 65,6 %.

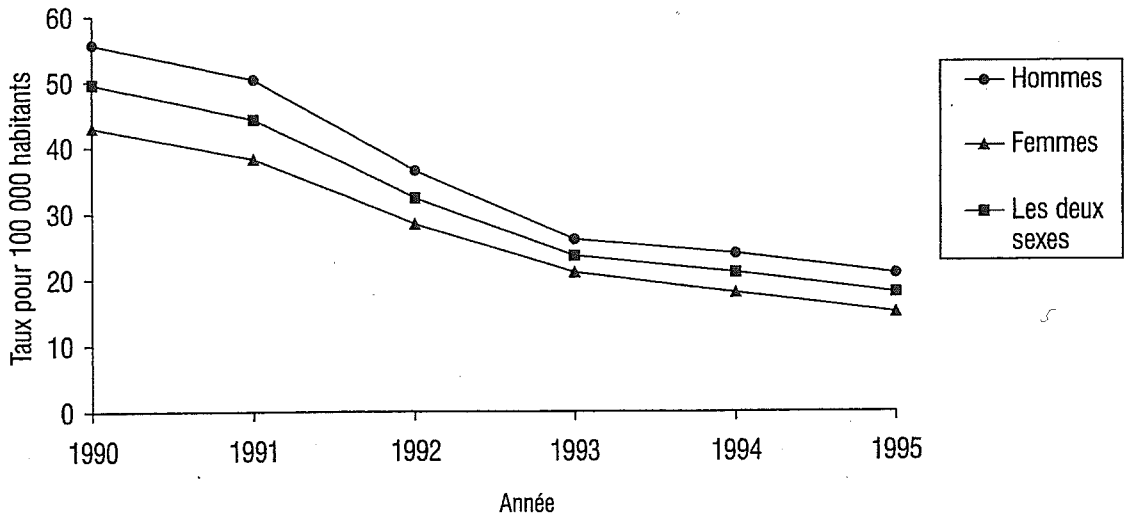
En 1995, un plus grand nombre d'infections gonococciques ont été signalées chez les hommes que chez les femmes : 57,8 % contre 42,1 % (dans 0,1 % des cas, le sexe n'était pas précisé).

Cinquante et un pour cent des cas signalés avaient entre 15 et 24 ans, et 39 % entre 25 et 39 ans. Le taux le plus élevé (87,7 cas pour 100 000) a été relevé chez les femmes de 15 à 19 ans (figure 7). Chez les hommes, c'est le groupe des 20 à 24 ans qui affichait le taux le plus élevé, 70 cas pour 100 000.

Selon les données communiquées, le taux d'incidence dans les Territoires du Nord-Ouest était de 189,9 cas pour 100 000 alors que l'Île-du-Prince-Édouard ne comptait aucun cas. Comme dans le cas de la chlamydiose, les provinces les plus touchées par la gonorrhée étaient, par ordre d'importance, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon et le Manitoba (figure 8).

L'existence de « noyaux de transmetteurs » de MTS est un important facteur qui contribue à la persistance de l'endémie d'infections gonococciques. Ces groupes ont déjà été identifiés comme étant le réservoir de transmission et souvent la source des MTS[5]. Il s'agit d'un sous-groupe dans la population qui change assez souvent de partenaires sexuels pour contracter et transmettre régulièrement des MTS[10]. Les prostitué(e)s, les détenu(e)s, les sans-abri, les travailleurs migrants et d'autres marginaux constituent ce qu'on appelle des noyaux de transmetteurs de MTS dans la population[11]. Aux États-Unis, on a estimé que ces groupes représentaient environ 1 % de

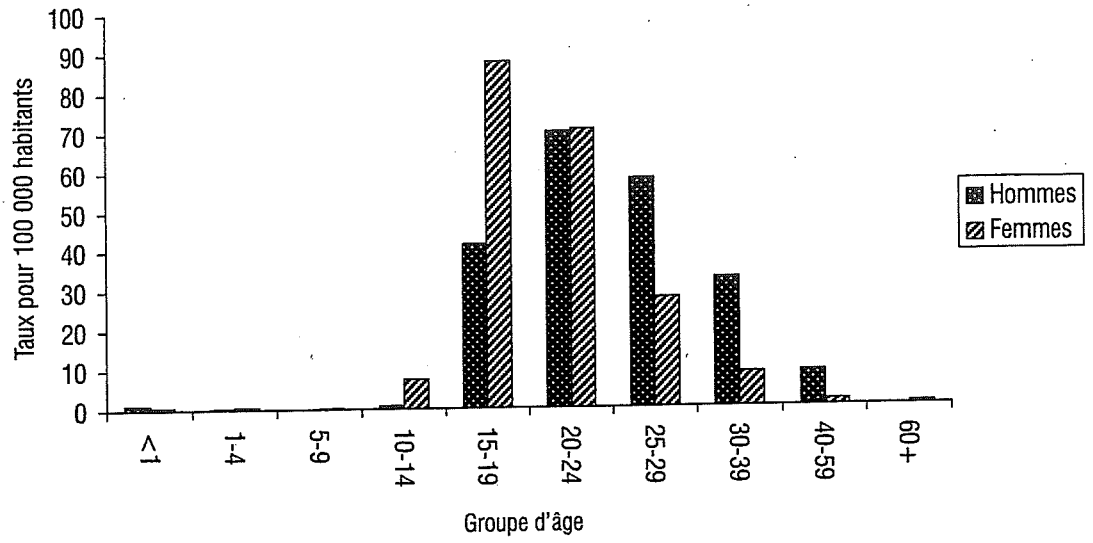
Figure 6
Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000, Canada, 1990-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

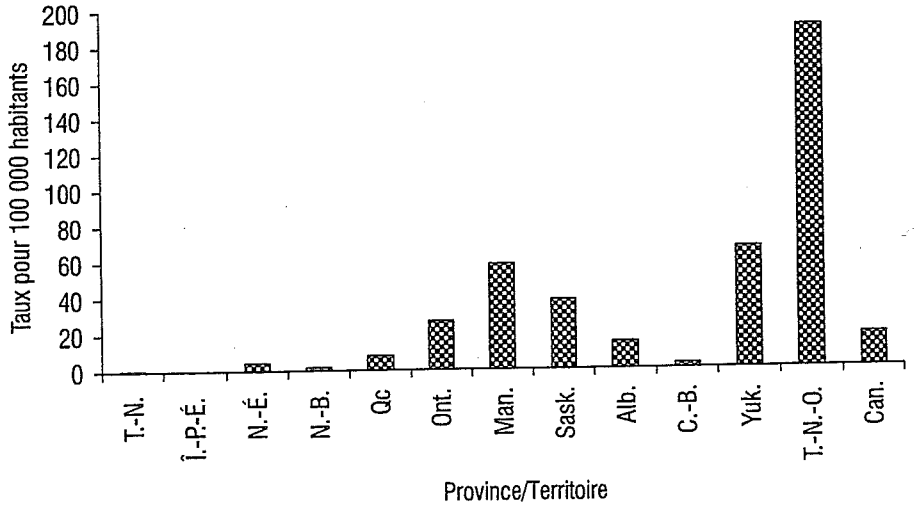
la population et qu'ils étaient à l'origine de plus de 50 % des infections gonococciques signalées[12]. Parmi les autres facteurs contribuant à l'épidémie de MTS, citons l'existence d'antécédents de MTS, le faible niveau socioéconomique, l'âge et le groupe ethnique, la concentration des cas dans les centres urbains[13,14], l'accès limité aux services de santé, la toxicomanie et l'abus sexuel[11]. D'autres recherches visant à évaluer et à décrire les noyaux de transmetteurs au Canada s'imposent pour faciliter la mise en oeuvre d'interventions adaptées qui permettront de réduire et, idéalement, d'éliminer les infections causées par des gonocoques indigènes.

Figure 7
Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Figure 8
Incidence de la gonorrhée : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Souches résistantes de *Neisseria gonorrhoeae*

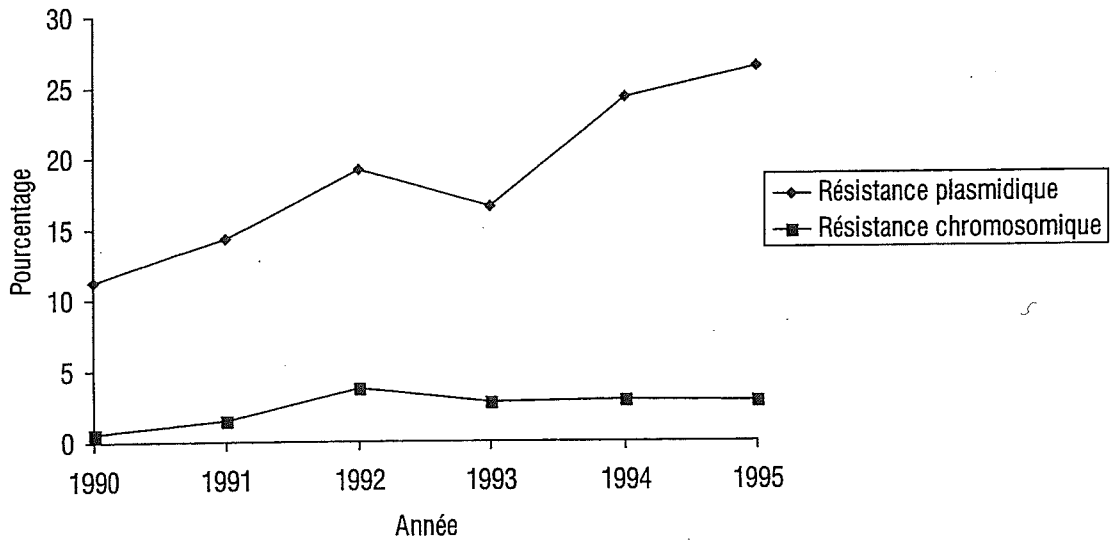
Depuis 1976, le Laboratoire national pour les MTS a recueilli et compilé des données sur les cas d'infection à *Neisseria gonorrhoeae* antibiorésistant au Canada. En 1976, un cas d'infection à *N. gonorrhoeae* producteur de pénicillinase (NGPP) a été détecté. En 1995, on avait répertorié 128 cas d'infection à NGPP, 223 cas d'infection due à *N. gonorrhoeae* résistant à la pénicilline et à la tétracycline (NGPP/TR), 904 cas infectés par des souches résistantes à la tétracycline et 147 isolats avec une résistance à médiation chromosomique.

Comme le montrent les statistiques les plus récentes, les tendances relatives aux souches résistantes de *N. gonorrhoeae* sont en train de changer (figure 9). Entre 1985 et 1990, le nombre d'isolats de *N. gonorrhoeae* présentant une résistance plasmidique (NGPP) n'a cessé d'augmenter. Vers 1988, une double résistance à la pénicilline et à la tétracycline (NGPP/TR) a été observée, et ce profil de résistance s'est multiplié jusqu'en 1991.

En raison de la forte proportion de cas de co-infection par le gonocoque et par *Chlamydia*, une bi-thérapie (pénicilline et tétracycline) a été ajoutée dans la version de 1988 des lignes directrices canadiennes pour les MTS pour la gonorrhée et la chlamydiose lorsqu'on traite une infection gonococcique (la bi-thérapie est recommandée uniquement pour le traitement de la gonorrhée; lorsqu'on soupçonne une simple infection à *Chlamydia*, on ne doit traiter que la chlamydiose). Comme l'illustre la figure 10, les données recueillies montrent que la résistance à la tétracycline (NGTR) a continuée de croître entre 1988 et 1994, puis a légèrement diminué en 1995.

La version de 1992 des lignes directrices canadiennes pour le traitement des MTS[15] contenait la même recommandation concernant la bi-thérapie et proposait pour le traitement des gonorrhées non compliquées deux classes d'antibiotiques : les céphalosporines et les fluoroquinolones. Ces antibiotiques étaient efficaces à la fois contre les souches résistantes à la pénicilline et à la tétracycline. Le nombre de cas de gonorrhée résistante à la pénicilline a continué de décliner de façon importante depuis 1992 (figure 10).

Figure 9
Proportion d'isolats de gonocoque présentant une résistance à médiation plasmidique ou chromosomique, Canada, 1990-1995



Les isolats présentant une résistance chromosomique incluent les isolats qui sont résistants par l'intermédiaire d'un chromosome à la pénicilline, à la tétracycline, à l'érythromycine, à la spectinomycine ou à la cyprofloxacine seules ou en association.

Source des données : Bureau de microbiologie, LLCM, Santé Canada, 1997

Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

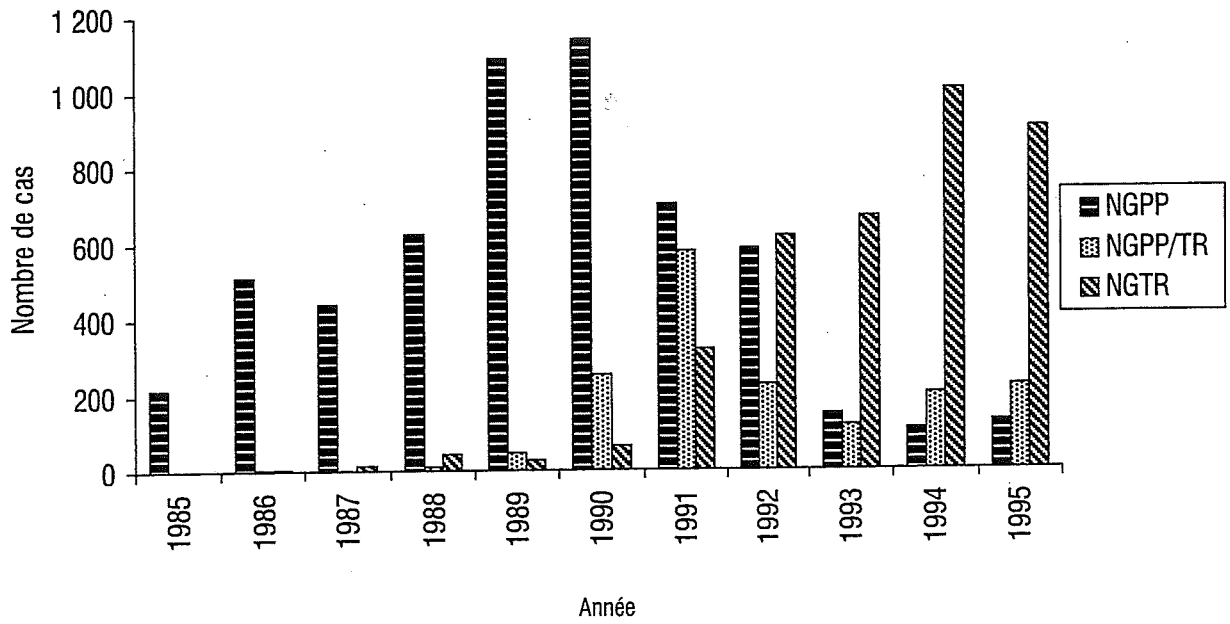
Le Bureau de microbiologie, LLCM, a signalé des isolats de *N. gonorrhoeae* qui présentaient une sensibilité réduite à la ciprofloxacine (concentration minimale inhibitrice variant entre 0,125 et 0,5 mg/L jusqu'à ≥ 1,0 mg/L). Entre 1993 et 1995, on a observé une augmentation de près de 60 % du nombre d'isolats affichant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine, bien qu'en chiffres absolus, le nombre d'isolats demeure faible (tableau 1).

Tableau 1
***Neisseria gonorrhoeae* ayant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine**

Année	Intervalle de la CMI (mg/L)		Nbre total
	0,125 à 0,5	≥ 1,00	
1993	30	2	32
1994	59	5	64
1995	36	15	51

Remarque : Au nombre des isolats présentant une sensibilité réduite à la ciprofloxacine peuvent figurer des isolats de NGPP, NGTR, NGRC ou d'autres isolats sensibles à tous les antimicrobiens étudiés par le Laboratoire national pour les MTS.

Figure 10
Nombre de cas d'infection à *N. gonorrhoeae* présentant une résistance plasmidique, Canada, 1985-1995



Source des données : Bureau de microbiologie, LLCM, Santé Canada, 1997
Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Syphilis

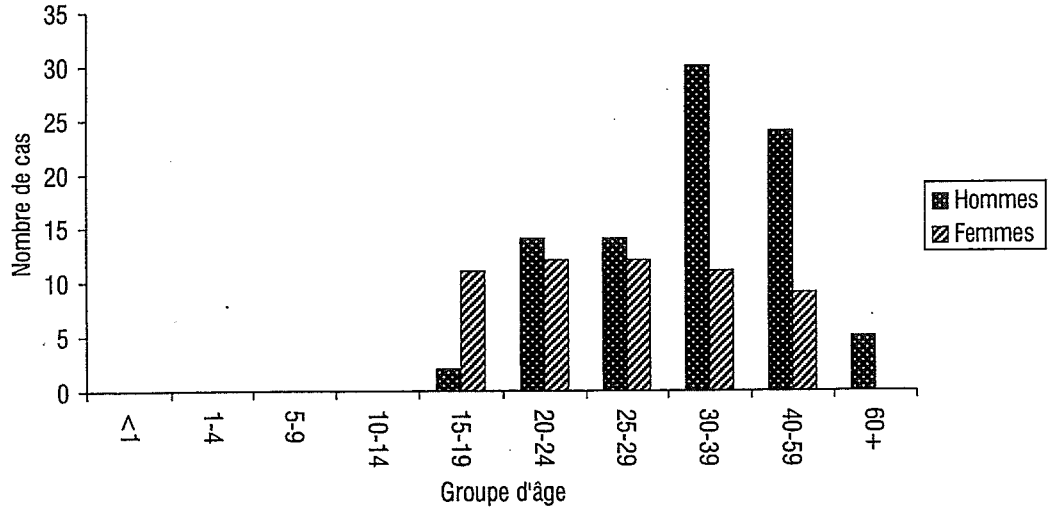
La syphilis est causée par le spirochète *Treponema pallidum*. La maladie évolue par étapes : primaire, secondaire, latente précoce, latente tardive et tertiaire (syphilis cardiovasculaire, syphilis gommeuse, neurosyphilis)[16,17]. Il existe deux grandes classifications de la syphilis : d'après ses manifestations cliniques ou son infectiosité. La classification clinique distingue différents stades successifs : symptomatique précoce (syphilis primaire et secondaire) et autres formes de syphilis (latente précoce, latente tardive et tertiaire). La classification fondée sur le degré d'infectiosité distingue la syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce), la syphilis non infectieuse (latente tardive et tertiaire) et la syphilis congénitale. La méthode la plus utile aux fins de la surveillance est la classification fondée sur le degré d'infectiosité, qui permet d'estimer le risque de transmission de la maladie[16,17]. Avant 1993, le LLCM recevait des données agrégées par catégorie clinique. Dans le présent rapport, les diverses formes de syphilis sont classées selon leur degré d'infectiosité.

Syphilis infectieuse

La syphilis infectieuse est définie dans le Relevé des maladies transmissibles au Canada[16] comme étant le résultat d'un contact avec un sujet infectieux, contact qui peut être associé à la transmission de la maladie. La syphilis latente précoce entre dans la catégorie des maladies infectieuses car elle peut être transmise à des contacts lors des récidives. La figure 11 indique le nombre de cas déclarés de la syphilis infectieuse, selon l'âge et le sexe, au Canada en 1995.

En 1995, le taux de syphilis infectieuse au Canada s'établissait à 0,5 cas pour 100 000 habitants. Ce taux est demeuré pratiquement inchangé depuis 1993. Le taux dans la population masculine a progressé entre 1993 et 1994 pour ensuite retomber à son niveau antérieur en 1994-1995; la variation dans l'ensemble est donc nulle. Entre 1993 et 1995, le taux chez les

Figure 11
Incidence de la syphilis infectieuse : cas déclarés selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

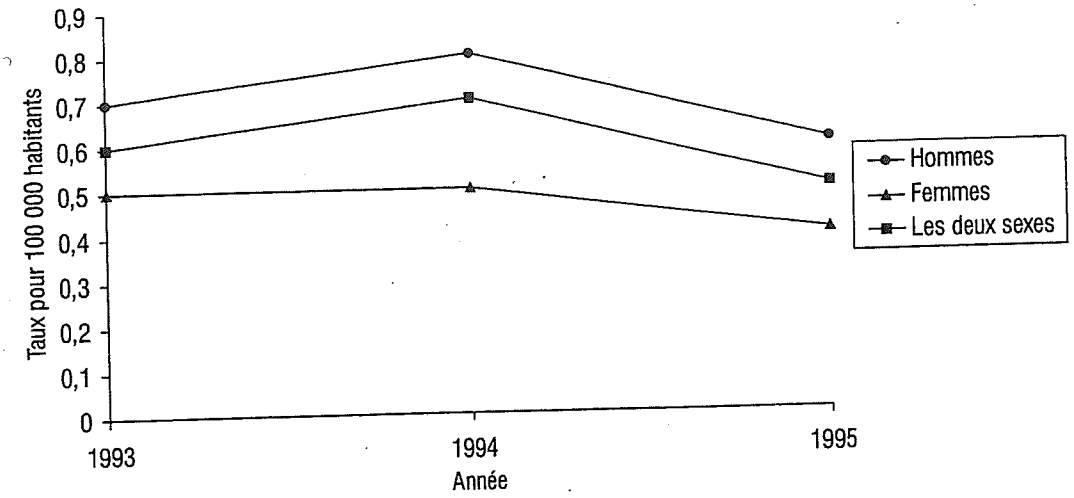
femmes est passé de 0,5 à 0,4 cas pour 100 000, soit une diminution de 20 % (figure 12).

Soixante-deux pour cent des cas signalés étaient des hommes et 38 %, des femmes (annexe 1); 64 % étaient âgés entre 20 et 39 ans. Les hommes de 20 à 24 ans affichaient le taux le plus élevé, à savoir 1,4 cas pour 100 000 habitants de sexe masculin. Le taux le plus élevé dans la population féminine a été relevé chez les 20 à 24 ans (1,2 cas pour 100 000).

On n'observait aucune différence significative dans l'incidence entre les femmes de 15 à 19 ans et celles de 25 à 29 ans. Les deux groupes présentaient un taux de 1,1 pour 100 000 (figure 13).

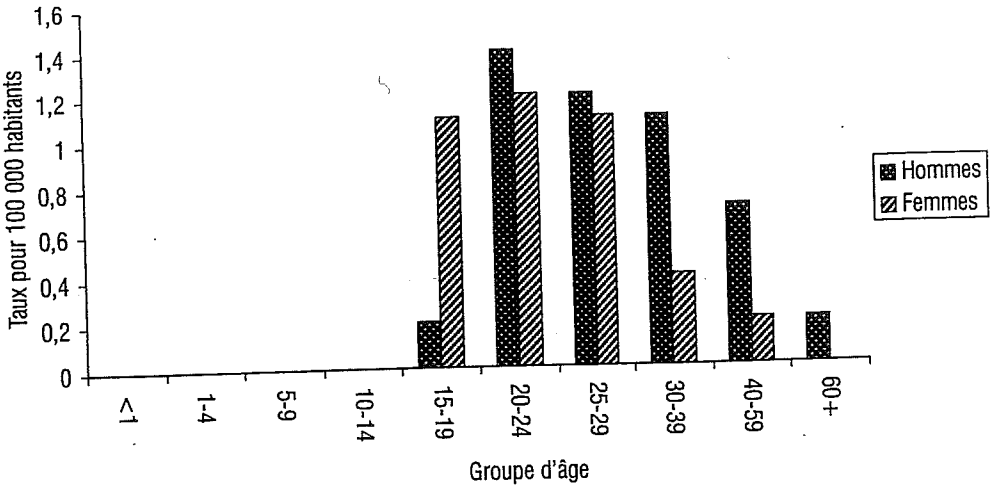
À l'échelle régionale, la Saskatchewan a enregistré un taux de syphilis infectieuse de 1,9 cas pour 100 000. L'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'ont fait état d'aucun cas de syphilis infectieuse en 1995 (figure 14).

Figure 12
Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon le sexe, Canada, 1993-1995



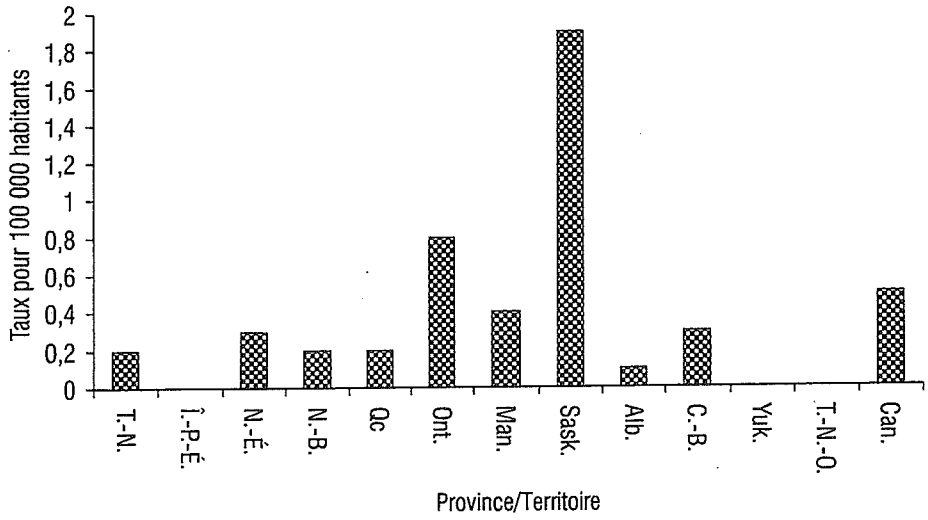
Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Figure 13
Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Figure 14
Incidence de la syphilis infectieuse : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

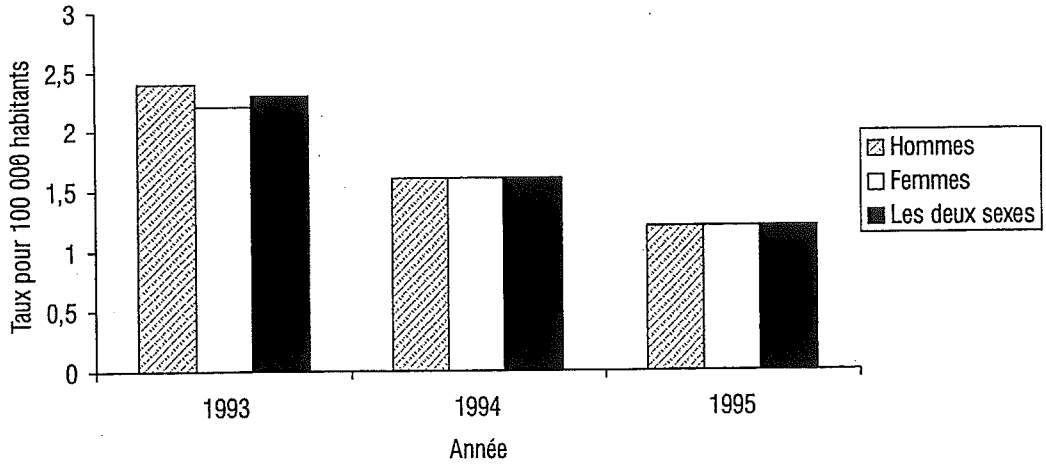
Syphilis non infectieuse (syphilis, autre)

Cette catégorie a été modifiée en 1993 pour englober les cas de syphilis latente, tertiaire et non précisée.

En 1995, 434 cas d'autres formes de syphilis ont été signalés au Canada, ce qui représente une baisse de 36,7 % par rapport au 686 cas recensés en 1993. Entre 1993 et 1995, la proportion de cas déclarés a chuté de 37,5 %, le taux passant de 2,4 à 1,5 cas pour 100 000. On notait une légère différence dans les taux généraux d'incidence chez les hommes et les femmes en 1995, qui s'élevaient, respectivement, à 1,5 et à 1,4 cas pour 100 000 (figure 15).

Les groupes les plus touchés étaient les hommes de 25 à 29 ans et de 30 à 39 ans, qui affichaient un taux de 2,4 cas pour 100 000, ainsi que les femmes de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans, qui ont obtenu, respectivement, des taux de 2,1 et 2,3 cas pour 100 000 (figure 16). En 1995, 51 % des cas étaient

Figure 15
Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

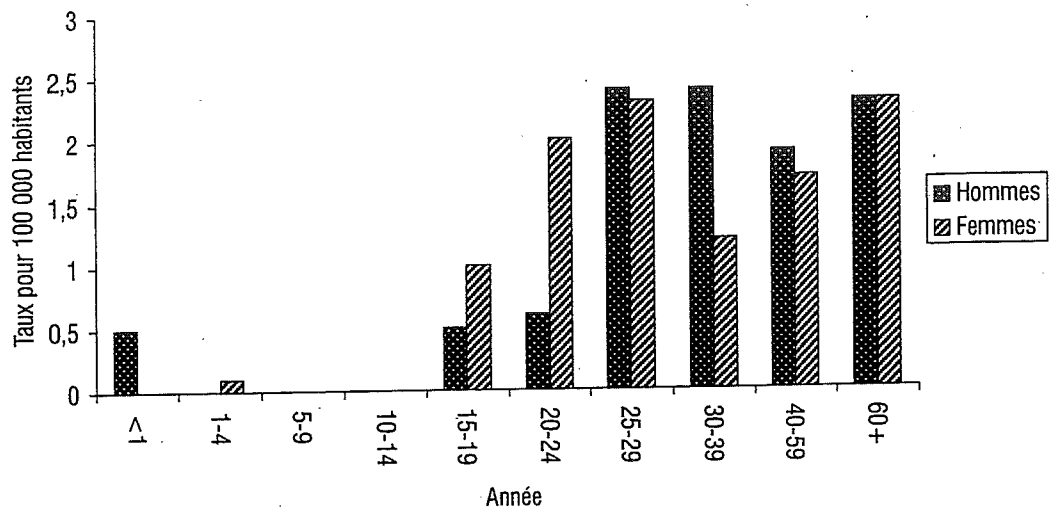
des hommes et 49 %, des femmes. Soixante-dix-huit pour cent des cas signalés étaient âgés de ≥ 30 ans.

En 1995, l'Ontario a enregistré un taux de 2,6 cas pour 100 000 habitants. Terre-Neuve, l'Île-du-Prince-Édouard, la Colombie-Britannique, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest n'ont déclaré aucun cas (figure 17).

Syphilis congénitale

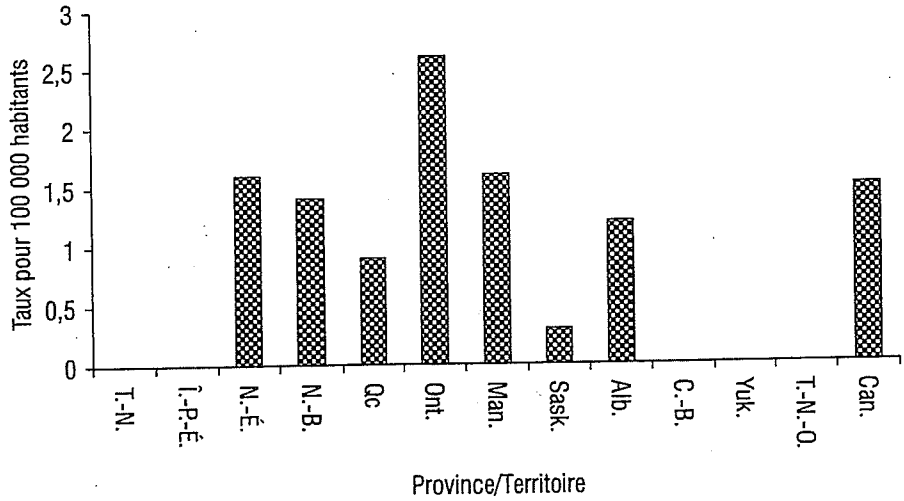
La syphilis congénitale résulte de la transmission verticale de *Treponema pallidum* d'une mère infectée à son foetus. Les infections foetales entraînent souvent des avortements spontanés ou des mortinaissances et des accouchements prématurés. Le risque de mortalité infantile chez les nouveau-nés et

Figure 16
Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon l'âge et le sexe, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Figure 17
Incidence de la syphilis, autre : cas signalés pour 100 000 selon la province/territoire, 1995

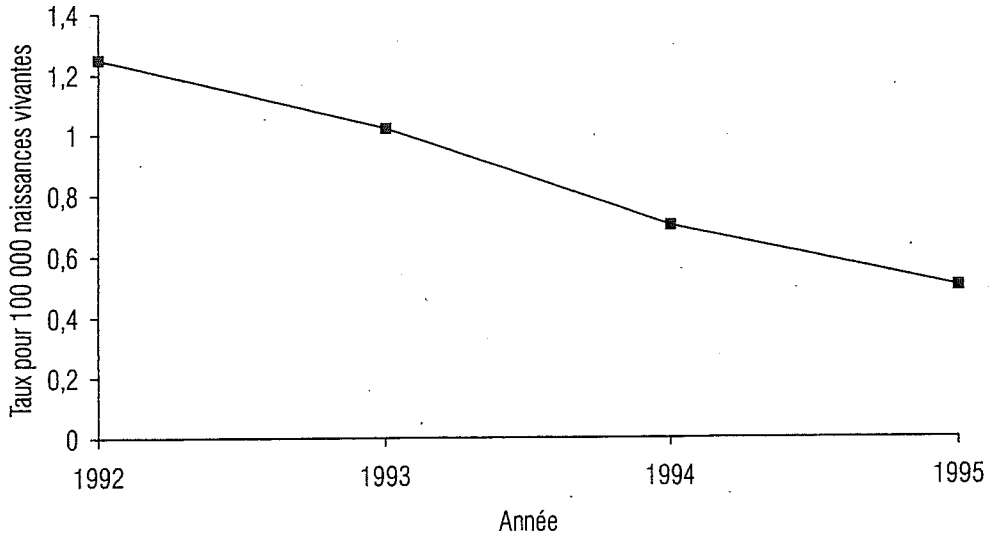


Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

les nourrissons présentant une syphilis congénitale à la naissance sont plus élevés à cause de leur faible poids à la naissance et des maladies systémiques généralisées associées à cette maladie. Cette dernière est souvent asymptomatique au cours des premières semaines de vie[1]. Bien que la syphilis congénitale puisse n'être diagnostiquée que plus tard dans la vie, la définition de cas s'applique aux nouveau-nés et aux nourrissons de < 1 an[17]. Ainsi, le bon dénominateur pour calculer le taux de syphilis congénitale chez les nourrissons est le nombre de naissances vivantes.

En 1995, deux cas de syphilis congénitale chez des nourrissons de < 1 an ont été signalés en Ontario, un chez un petit garçon et un autre chez une petite fille (figure 18). Entre 1992 et 1995, la majorité des cas ont été enregistrés dans les provinces de l'Ontario et du Québec; l'Alberta a été la seule autre province à déclarer au moins un cas de syphilis congénitale en 1994.

Figure 18
Incidence de la syphilis congénitale chez les nourrissons (<1 an) : cas signalés pour 100 000 naissances vivantes, Canada, 1992-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Virus du papillome humain

Le virus du papillome humain (VPH) est un petit virus à ADN non enveloppé. Plus de 70 types de VPH ont été identifiés, dont environ 25 types qui sont responsables d'infections génitales et qui sont surtout transmis par voie sexuelle. Le port du condom peut réduire le risque de transmission mais n'offre pas une protection complète. Les femmes peuvent transmettre le VPH à leur nouveau-né au cours de l'accouchement et ces derniers peuvent présenter une papillomatose laryngée.

Les condylomes génitaux ne sont pas considérés comme des maladies à déclaration obligatoire à l'échelle nationale; leur prévalence s'élève à environ 2 % chez les Canadiennes actives sexuellement[18]. La majorité des infections à VPH sont bénignes et transitoires, régressant spontanément en quelques mois ou quelques années. Des données récentes semblent indiquer toutefois qu'un petit sous-groupe de femmes ne peuvent se débarrasser de cette infection; des types spécifiques de VPH persistant chez ces femmes jouent le rôle de précurseurs biologiques du cancer du col utérin. Des condylomes plans du col utérin et des infections latentes peuvent contenir des types de VPH persistant et évoluer vers un cancer du col utérin. Le traitement des verrues génitales et des condylomes plans du col utérin est utile sur le plan esthétique et sert également à réduire la transmission de l'infection aux partenaires sexuels[19-28].

Le VPH ne fait pas actuellement l'objet d'une surveillance systématique au Canada; on en ignore donc la prévalence. Des études de prévalence aux États-Unis et en Europe ont révélé que de 10 % à 40 % des femmes sexuellement actives sont infectées par le VPH à un moment ou à un autre.

Les types 6 et 11 sont mis en cause dans les condylomes génitaux externes et la papillomatose laryngée; les types 16, 18, 31, 33 et 35 sont associés au cancer du col utérin[19,20]. Il est ainsi possible d'utiliser les taux d'incidence du cancer du col utérin comme mesure de remplacement lorsqu'on ignore les génotypes spécifiques du VPH. Bien que l'utilisation de cette mesure amène à sous-estimer la prévalence réelle du VPH, elle peut aider à détecter les tendances. Le cancer du col utérin vient au deuxième rang des cancers au Canada[29] et constitue la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes dans le monde[29,30].

Tableau 2
Cancer du col utérin : taux pour 100 000 femmes, Canada, 1990-1995

	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Taux d'incidence	10,5	9,6	9,4	9,00*	8,7*	8,30*
Taux de mortalité	3,7	3,6	3,02	3,26	3,4	3,01*

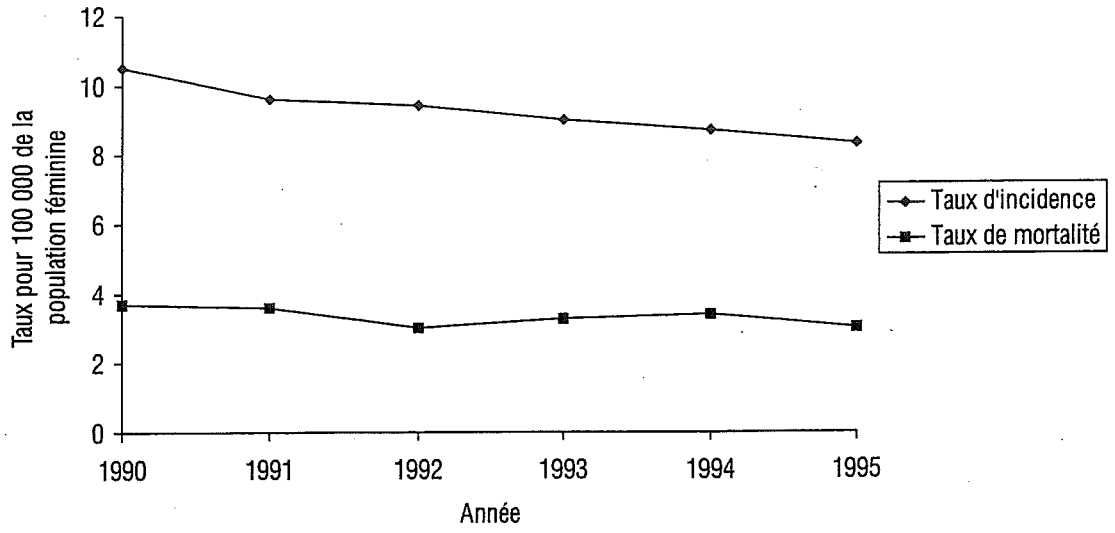
Code de référence : 65 de la *Canadian Diagnostic Short List* ou 180 de la CIM-9. Tous les taux sont normalisés selon l'âge.
*Taux estimés. Source : Division des statistiques sur la santé, Statistique Canada.
Préparé par la Division de la prévention et du contrôle des MTS/Bureau du VIH/sida et des MTS.

Entre 1990 et 1995, le taux d'incidence du cancer du col utérin normalisé pour l'âge dans l'ensemble de la population féminine est passé de 10,5 à 8,3 cas pour 100 000 femmes, ce qui représente une baisse de 21 % (tableau 2). Les taux correspondants de mortalité pour la même période ont chuté de 18.6 % (figure 19), probablement à cause du déclin du taux d'incidence[31].

À la demande des médecins, le Laboratoire national d'oncologie virale, Bureau de microbiologie, Santé Canada, a testé et analysé 1 056 prélèvements endocervicaux pour y détecter le VPH en 1995. Sur l'ensemble des échantillons, 63 % étaient négatifs; parmi les échantillons positifs, 63 % (244/387) contenaient le VPH de type 16 (tableau 3).

Tableau 3 Prélèvements endocervicaux : typage du VPH, 1995							
Province	**Négatif**	**VPH 11**	**VPH 16**	**VPH 16 et VPH 18**	**VPH 18**	**Autre**	**Non adéquats pour les tests**
Ont.	384	1	109	6	12	36	1
Sask.	282	2	135	9	18	59	
T.-N.	2						
Total	**668**	**3**	**244**	**15**	**30**	**95**	**1**

Figure 19
Cancer du col utérin : incidence et mortalité pour 100 000 femmes, Canada, 1990-1995



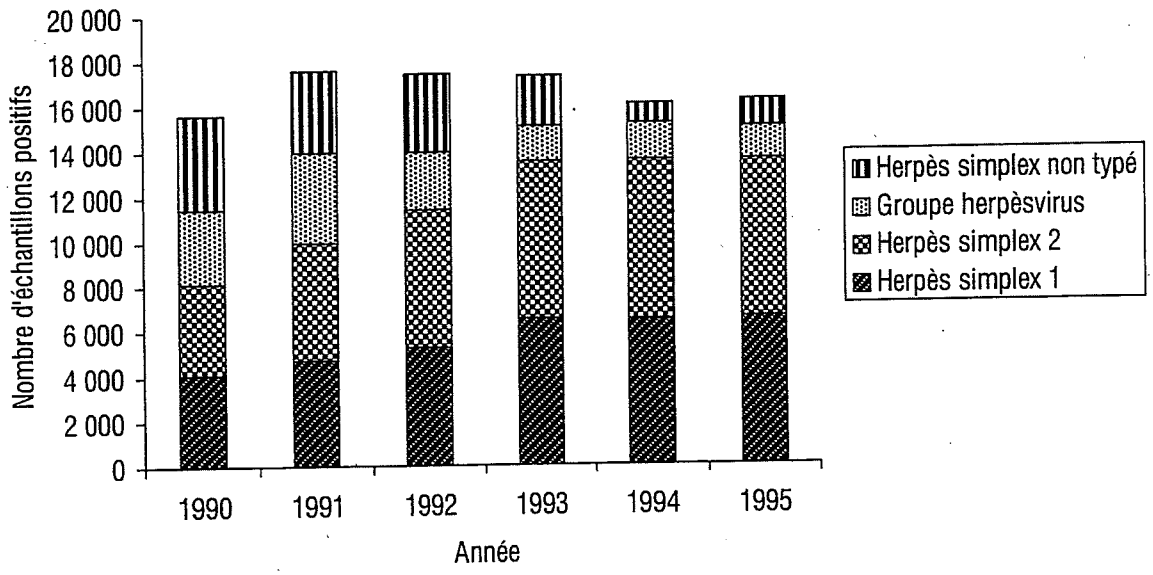
Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Herpès

L'infection par le virus de l'herpès simplex (VHS) n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada et l'on possède peu de données sur sa séroprévalence. Le nombre d'échantillons positifs aux tests de dépistage de l'herpès selon le Bureau de microbiologie, LLCM, a augmenté de 12,5 % de 1990 à 1991. Après un déclin observé entre 1992 et 1994, une légère augmentation de 3,8 % a été enregistrée en 1995 par rapport à 1990. Comme l'infection par le VHS n'est pas déclarée, les taux d'incidence et les tendances ne peuvent pas être établies à partir du nombre d'épreuves de laboratoire.

On note cependant un changement dans la distribution des types d'échantillons qui sont positifs pour le VHS. En 1995, 16 189 échantillons étaient positifs pour le virus de l'herpès : 9,3 % pour le groupe des herpèsvirus , 7,1 % pour le virus herpès simplex non typé, 40,4 % pour le virus herpès simplex de type 1, et 43,2 % pour le virus herpès simplex de type 2 (annexe 3). Entre 1990 et 1995, la proportion d'isolats du virus herpétique qui ont fait l'objet d'un typage spécifique pour le VHS 1 et le VHS 2 a crû de 31,5 % (figure 20; annexe 3). Les données ne sont plus ventilées par sexe, âge ou site de la lésion.

Figure 20
Nombre d'échantillons positifs pour le virus de l'herpès selon le type, Canada, 1990-1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)

D'après les données reçues en date du 30 juin 1996, 1 180 cas de sida ont été diagnostiqués en 1995, 91 % de ces cas étaient des adultes de sexe masculin, 7 % des adultes de sexe féminin, et 1,4 % des enfants (< 15 ans). Quarante-six pour cent des cas appartenaient au groupe des 30 à 39 ans, et 38 % étaient âgés de 40 à 59 ans (figure 21).

Après correction pour tenir compte des retards dans la déclaration et des sous-estimations, le nombre de cas signalés (1 180) en 1995 devrait s'établir à 2 314 (avec des intervalles de confiance à 95 %).

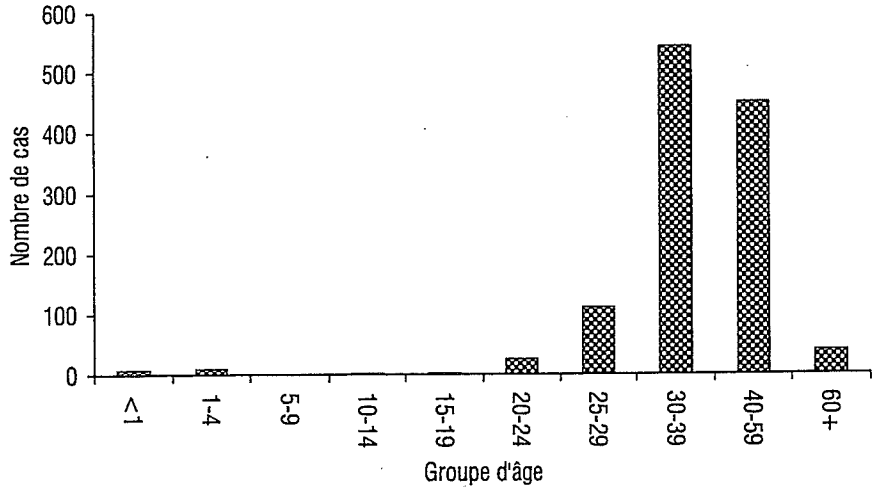
Voici les groupes d'adultes les plus fréquemment exposés en 1995 (figure 22) :

- les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (796 cas);
- les partenaires hétérosexuels d'une personne à risque d'être infectée par le VIH ou qui est infectée par le VIH (95 cas);
- les utilisateurs de drogues injectables (79 cas);
- les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et qui s'injectent de la drogue (59 cas); et
- les partenaires hétérosexuels d'une personne dans un pays de modèle II, c'est-à-dire les pays où les modes de transmission prédominants sont les relations hétérosexuelles (50 cas).

Dans 61 cas, on ne retrouvait aucun facteur de risque. Deux des 17 enfants infectés avaient reçu du sang ou des facteurs de coagulation. La transmission périnatale a été mise en cause dans 13 cas et, dans 2 cas, le facteur de risque n'a pas été précisé.

À l'échelle régionale, l'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique ont signalé la majorité des cas en 1995, soit 444, 363 et 209 cas, respectivement. Le taux d'incidence pour 100 000 habitants s'élevait à 8,1 en Ontario, 12,7 au Québec et 7,4 en Colombie-Britannique. La région des Prairies et des Territoires (Saskatchewan, Manitoba, Yukon et Territoires du Nord-Ouest) comptait le plus petit nombre de cas signalés (25) au Canada, le taux d'incidence s'établissant à 1,4 cas pour 100 000 habitants. La région de l'Atlantique (Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick) affichait un taux d'incidence de 2,7 cas pour 100 000 (47 cas signalés). En Alberta, le taux d'incidence s'élevait à 3,8 cas pour 100 000 (92 cas signalés) (figure 23).

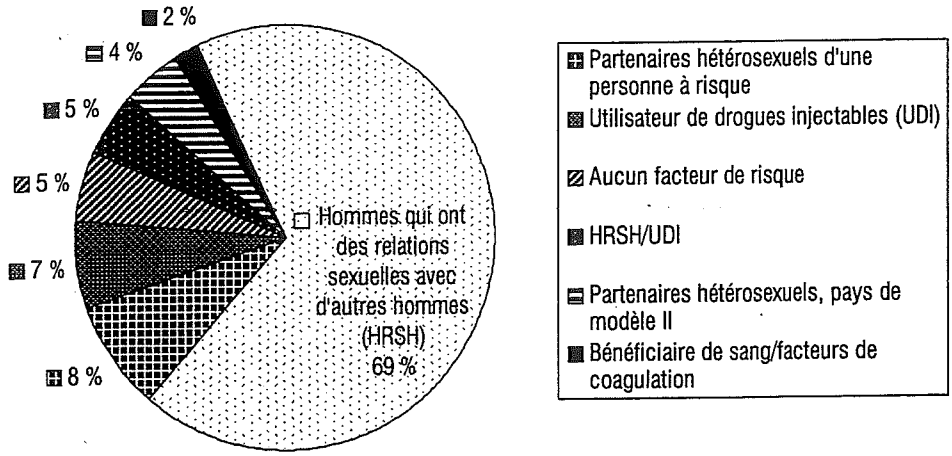
Figure 21
Le sida : cas signalés par groupe d'âge, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

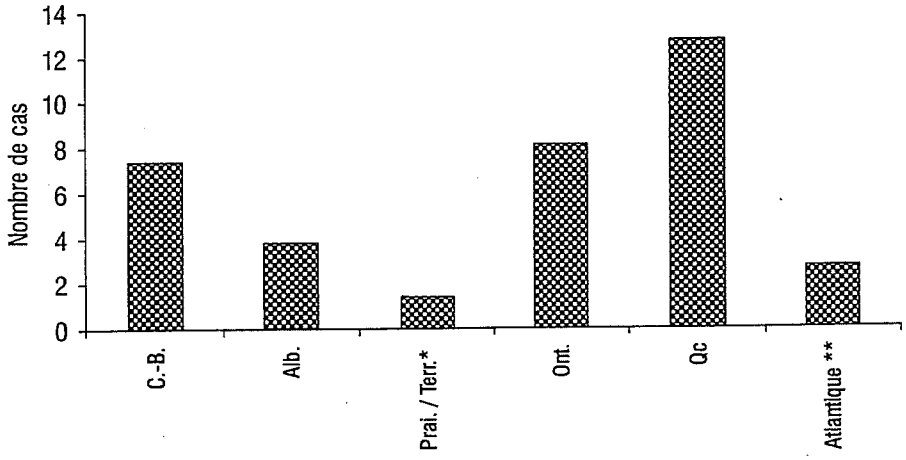
Pour obtenir plus de détails, on peut consulter le rapport annuel de la Division de la surveillance du VIH/sida[32] et les mises à jour trimestrielles de la surveillance (publiées par la Division de la surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM) ou Internet à l'adresse suivante : http://www.hwc.ca/hpb/lcdc/bah/surv/index.html.

Figure 22
Cas signalés de sida selon la catégorie d'exposition, Canada, 1995



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Figure 23
Incidence du sida : cas signalés pour 100 000 selon la région, Canada, 1995



* Comporte Saskatchewan, Manitoba, Yukon, et Territoires du Nord-Ouest
** Comporte Terre-Neuve, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick

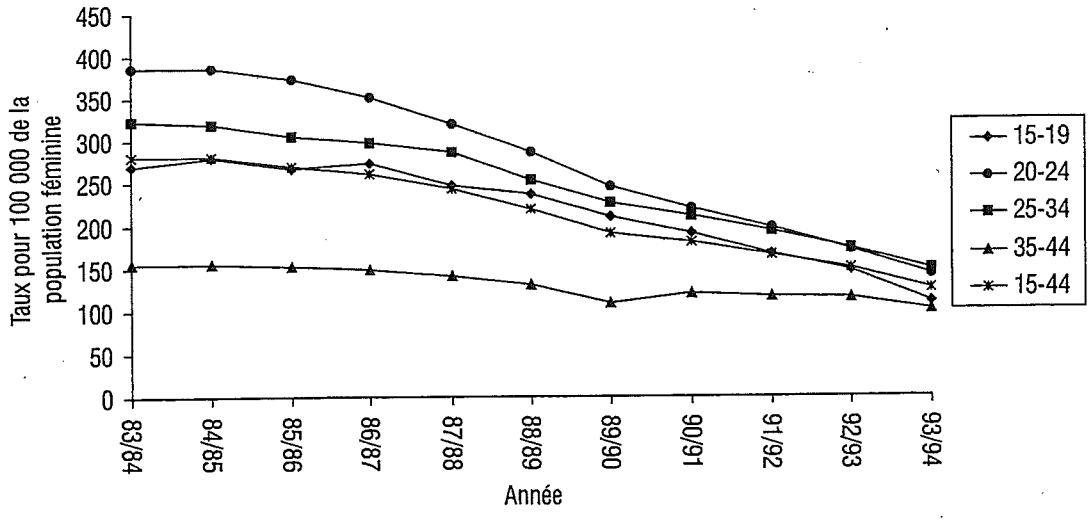
Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Atteintes inflammatoires pelviennes

Les atteintes inflammatoires pelviennes (AIP) englobent un ensemble d'états inflammatoires intéressant les organes génitaux internes de la femme. Environ 10 % des femmes ont connu au moins un épisode d'AIP dans leur vie[5]. On estime que de 75 % à 85 % des cas d'AIP sont causés par des maladies transmises sexuellement, notamment par la gonorrhée et la chlamydiose, qui sont responsables, respectivement, de 20 % à 40 % et de 25 % à 65 % des cas[5]. Les séquelles des AIP peuvent être graves : douleurs pelviennes chroniques, grossesse ectopique et stérilité tubaire. Environ 15 % des femmes qui ont souffert d'une AIP deviennent infertiles après un épisode et 30 % après deux infections. Les AIP (code 614 de la CIM-9) au Canada coûtent cher. D'après les statistiques sur la morbidité hospitalière de 1984-1985, le coût total des services hospitaliers et des soins en consultation externe a été évalué à plus de 140 millions de dollars, sans compter le coût des examens liés aux douleurs pelviennes chroniques. La durée moyenne de séjour à l'hôpital était alors de 6,2 jours, et 40 % des patientes subissaient une intervention chirurgicale[33]. Goeree et Gully ont estimé à 100 000 le nombre de cas d'AIP hospitalisés et soignés en consultation externe au Canada en 1990[4]. La durée moyenne de séjour à l'hôpital a été établie à 4,2 jours et le coût à 57 792 796 $. L'écart d'une étude à l'autre dans les estimations des coûts associés aux AIP peut être imputable en partie aux méthodes utilisées. Les études ont porté sur un vaste éventail de variables, dont certaines ont trait à la période particulière visée; le coût de la maladie, de la morbidité ou de l'incapacité; les coûts associés aux nouveaux cas et aux séquelles des cas diagnostiqués au cours d'une période précédente; le taux d'hospitalisation; le traitement ambulatoire; et les pertes de productivité.

Les AIP ne sont pas des maladies à déclaration obligatoire au Canada. On ignore leur incidence et leur prévalence réelles. Les données sont tirées des statistiques sur les congés des hôpitaux (Institut canadien d'information sur la santé ou ICIS). Seuls les cas qui sont assez graves pour être hospitalisés sont comptabilisés; les cas moins graves traités en dehors de l'hôpital ne sont pas inclus. De plus, ces données rendent compte du nombre de congés des hôpitaux et non du nombre de cas. Si des femmes sont hospitalisées plus d'une fois pour une même AIP au cours d'une année financière, chaque congé obtenu de l'hôpital est compté. L'estimation faite à

Figure 24
Congés des hôpitaux pour une atteinte inflammatoire pelvienne : taux pour 100 000 femmes selon l'âge, Canada, de 1983-1984 à 1993-1994



Préparé par : Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

partir de ces données ne correspond donc pas au taux d'incidence réel. Les taux d'incidence ont été établis pour 100 000 femmes, par groupes d'âge en utilisant les données démographiques de Statistique Canada.

À l'échelle nationale, les taux de cas d'AIP traités à l'hôpital chez les femmes de 15 à 44 ans ont décliné depuis le début des années 80. Entre 1984-1985 et 1993-1994, ils sont passés de 281,2 à 125,5 pour 100 000, soit une baisse de 55,4 % (figure 24). Jusqu'en 1992-1993, les femmes de 20 à 24 ans présentaient les taux d'AIP les plus élevés. Depuis, elles ont été dépassées par les femmes de 25 à 34 ans, qui ont enregistré un taux de 147,9 pour 100 000 en 1993-1994, contre 141,7 pour 100 000 pour les femmes de 20 à 24 ans. Les taux les plus bas ont été relevés dans le groupe des 15 à 19 ans et des 35 à 44 ans, qui ont obtenu des taux de 125,5 et 110,1 pour 100 000, respectivement. C'est dans le groupe des 20 à 24 ans que la baisse de l'incidence a été la plus marquée entre 1984-1985 et 1993-1994, passant de 385,9 à 141,7 pour 100 000, soit un déclin de 63,2 %.

La deuxième baisse en importance a été enregistrée chez les femmes de 15 à 19 ans, les taux d'AIP ayant chuté de 60,7 % entre 1984-1985 et 1993-1994. Le repli a été le moins marqué chez les 35 à 44 ans, les taux ayant reculé de 35,0 % au cours de cette même période de 10 ans. Il convient toutefois de noter que depuis le milieu des années 80, les taux d'AIP ajustés pour l'âge ont eu tendance à se rapprocher (annexe 4).

Le taux de congé des hôpitaux pour une AIP a fléchi de 55,5 % entre 1984 et 1993, passant de 281,8 à 125,5 pour 100 000 habitants. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette baisse des taux d'AIP au cours de la dernière décennie. Il est possible que la prévalence des AIP ait vraiment diminué, hypothèse que semble corroborer le déclin des taux d'infection gonococcique et de chlamydiose. Cette diminution pourrait également être un artefact de la méthode de collecte de données. Si un plus grand nombre de cas d'AIP sont diagnostiqués et traités à l'extérieur de l'hôpital aujourd'hui qu'il y a 10 ans, on observerait alors une baisse artificielle des taux d'AIP, parce que les seules données disponibles sont les statistiques hospitalières[4,5,33]. Comme la plupart des cas d'AIP sont atypiques ou sont faiblement symptomatiques ou asymptomatiques, un plus petit nombre de gens consultent un médecin. Ce facteur contribuerait également au déclin des taux de prévalence d'AIP[34-36].

Références

1. Benenson AS, editor. *Control of communicable diseases in man* (16e éd.). Washington, DC : American Public Health Association, 1995.

2. Peeling RW, Brunham R. *Chlamydia as pathogens: new species and new issues*. Emerg Infect Dis 1996;2:oct-déc.

3. Kosseim M, Brunham RC. *Fallopian tube obstruction as a sequela to **Chlamydia trachomatis** infection*. Eur J Clin Microbiol 1986;5:584-90.

4. Goeree R, Gully P. *Fardeau que représentent la **Chlamydia trachomatis** et la **Neisseria gonorrhoeae** au Canada*. Dans : *Prévention de l'infertilité, collection d'études de la Commission royale sur les nouvelles technologies de reproduction*, vol 8. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services, Canada, 1993:29-76.

5. Ronald AR, Peeling RW. *Les infections transmises sexuellement : leurs manifestations et leurs liens avec l'infertilité et les maladies de l'appareil reproducteur.* Dans : *Compréhension de l'infertilité : facteurs de risque*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada. 1993:1-131.

6. Peeling RW, Brunham RC. *Molecular techniques for the laboratory identification of **Chlamydia trachomatis***. J Int Fed Clin Chem 1994;6(3):78-82.

7. Ostergaard L, Birkelund S, Christiansen G. *Use of polymerase chain reaction for detection of **Chlamydia trachomatis***. J Clin Microbiol 1990;28:1254-60.

8. Peeling RW. ***Chlamydia trachomatis** and **Neisseria gonorrhoeae**: pathogens in retreat?* Curr Opinion Infect Dis 1995;8:26-34.

9. Peeling RW, Blanchard J, Dillon E, Giercke S, Graham L, Jolly A et coll. *Case finding for genital chlamydia infections in men: who should we be targeting?* Résumé présenté à la Société canadienne des maladies infectieuses, 1997.

10. Taylor-Robinson D. *Tests for infection with **Chlamydia trachomatis***. Int J STD AIDS 1996;7:19-26.

11. Eng TR, Butler WT, éd. *The hidden epidemic, confronting sexually transmitted diseases*. Washington : National Academy Press, 1997:107.

12. Brougham RC. *The concept of core and its relevance to the epidemiology and control of sexually transmitted diseases*. Sex Transm Dis 1991;18(2):67-8.

13. Brooks GF, Danow WW, Day JA. *Repeated gonorrhea: analysis of importance and risk factors*. J Infect Dis 1978;137:161-9.

14. Rice RJ, Roberts PL, Handsfield H, Holmes KK. *Sociodemographic distribution of gonorrhea incidence: implications for prevention and behaviour research*. Am J Public Health 1991;81(10):1252-8.

15. Santé et Bien-être social Canada. *Lignes directrices canadiennes pour la prévention, le diagnostic, la prise en charge et le traitement des maladies transmises sexuellement chez les nouveau-nés, les enfants, les adolescents et les adultes.* Ottawa : Laboratoire de lutte contre la maladie, Direction générale de la protection de la santé, 1992:90-91.

16. Giglia L, Gully PR. *Syphilis : tendances au Canada 1981-92.* RMTC 1994;20(14):113-20.

17. Santé et Bien-être social Canada. *Programme canadien de surveillance des maladies transmissibles : définition de cas et méthodes de surveillance particulières à chaque maladie.* RHMC 1991;17S3:30.

18. Ferenczy A. *Epidemiology and clinical pathophysiology of* ***condylomata acuminata***. Am J Obstet Gynecol 1995;172:1331-9.

19. Shah KV. *Biology of human genital tract papillomaviruses*. Dans : Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et coll, éds. *Sexually transmitted diseases.* 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990:425.

20. Lorincz AT, Reid R, Jenson AB, Greenberg MD, Lancaster W, Kurman R. *Human papillomavirus infection of the cervix: relative risk associations of the 15 most common anogenital types*. Obstet Gynecol 1992;79:328-37.

21. Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK. *Epidemiology of genital human papillomavirus infection*. Epid Rev 1988;10:122-63.

22. Brunham RC, Holmes KK, Embree JE. *Sexually transmitted diseases in pregnancy.* Dans : Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et coll, éds. *Sexually transmitted diseases.* 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990:793.

23. Evander M, Edlund K, Gustafsson A, Jonsson M, Karlsson R, Rylander E et coll. *Human papillomavirus infection is transient in young women: a population-based cohort study*. J Infect Dis 1995;171:1026-30.

24. Melkert P, Hopmen E, Van Den Brule A, Risse E, Van Diest P, Bleker O et coll. *Prevalence of HPV in cytomorphologically normal cervical smears, as determined by the polymerase chain reaction, is age-dependent*. Int J Cancer 1993;53:919-23.

25. Ferenczy A. *HPV infections: current concepts, new developments*. J Soc Obstet Gynecol Can 1997;19(4):369-81.

26. Ho GYF, Burk RD, Klein S, Kadish AS, Chang CJ, Prabhudas P. *Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia*. J Natl Cancer Inst 1995;87:1365-71.

27. Young TK, McNicol PJ, Katz A. *Factors associated with human papillomavirus (HPV) infection in an urban population.* Winnipeg : Northern Health Research Unit, Department of Community Health Sciences, The University of Manitoba, juin 1995.

28. Bosch FX, Manos MM, Munzo M, Sherman M et coll. *Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer: a worldwide perspective. International biological study on cervical cancer (IBSCC) study group*. J Natl Cancer Inst 1995;87(11):796-802.

29. Statistique Canada. *Mortalité : liste sommaire des causes, 1995.* Ottawa : Statistique Canada (nº de cat. 84-209).

30. Lytwyn A, Sellors JW. *Sexually transmitted human papillomavirus: current concepts and control issues*. Can J Human Sexuality 1997;(6)2:113-26.

31. Institut national du cancer du Canada, Registres du cancer des provinces et des territoires, Santé Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer 1996.* Toronto. 1996.

32. Santé Canada. *Le sida au Canada, rapport annuel sur le sida au Canada*. Ottawa : Division de la Surveillance du VIH/sida, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Direction générale de la protection de la santé, décembre 1996.

33. Todd MJ, Estany A, McLaren R. *Coûts de l'inflammation pelvienne et de ses séquelles au Canada.* RHMC 1988;14(12):206-8.

34. Illis SD, Joesoef R, Marcbanks PA, Wasserheit JN, Gates W Jr, Westrom L. *Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility*. Am J Obstet Gynecol 1993;168:1503-9.

35. Moore DE, Gates W. *Sexually transmitted disease and infertility*. Dans : Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et coll, éds. *Sexually transmitted diseases*. 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990.

36. Wolner-Hanssen P. *Silent pelvic inflammatory disease: is it overstated?* Obstet Gynecol.1995;6:21-5.

Annexe 1.1

Cas signalés de MTS au Canada par province/territoire et selon le sexe, 1995

Province/ Territoire	Sexe	Chlamydiose	Infections gonococciques	Syphilis infectieuse*	Syphilis, autre	Syphilis congénitale†	sida‡	Chancre mou	Conj. Gonoc. nouv.-né
Terre-Neuve	Hommes	45	2	1	0	0	6	0	0
	Femmes	227	2	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	272	4	1	0	0	6	0	0
Île-du-Prince-Édouard	Hommes	27	0	0	0	0	2	0	0
	Femmes	85	0	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	112	0	0	0	0	2	0	0
Nouvelle-Écosse	Hommes	282	15	1	3	0	24	0	0
	Femmes	884	23	0	12	0	2	0	0
	Non précisé	1	0	0	0	0	0	0	0
	Total	1 167	38	1	15	0	26	0	0
Nouveau-Brunswick	Hommes	164	5	1	5	0	15	0	0
	Femmes	598	7	0	6	0	1	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	762	12	1	11	0	16	0	0
Québec	Hommes	1 759	425	6	32	0	374	1	2
	Femmes	5 278	165	7	34	0	50	0	1
	Non précisé	11	5	0	0	0	0	0	0
	Total	7 048	595	13	66	0	424	1	3
Ontario	Hommes	2 931	1 719	58	148	1	502	0	6
	Femmes	9 157	1 264	34	139	1	42	0	7
	Non précisé	2	0	0	0	0	0	0	0
	Total	12 090	2 983	92	287	2	544	0	13
Manitoba	Hommes	782	376	3	9	0	15	0	0
	Femmes	2 226	282	1	9	0	1	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	3 008	658	4	18	0	16	0	0
Saskatchewan	Hommes	612	208	9	2	0	11	0	0
	Femmes	1 737	178	10	1	0	2	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	2 344	386	19	3	0	13	0	0

* Comprend la syphilis latente précoce et la syphilis symptomatique précoce (primaire et secondaire)

† La syphilis congénitale n'englobe que les cas signalés chez les nourrissons (< 1 an)

‡ D'après les données sur les cas de sida signalés au LLCM en date du 31 mars 1997. Voir «Mise à jour trimestrielle de la surveillance : Le sida au Canada» Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, 1997

Cas signalés de MTS au Canada par province/territoire et selon le sexe, 1995

Province/ Territoire	Sexe	Chlamydiose	Infections gonococciques	Syphilis infectieuse*	Syphilis, autre	Syphilis congénitale†	sida‡	Chancre mou	Conj. Gonoc. nouv.-né
Alberta	Hommes	1 167	223	3	22	0	89	0	1
	Femmes	3 851	177	1	12	0	6	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	5 018	400	4	34	0	95	0	1
Colombie-Britannique	Hommes	1 057	40	8	0	0	229	0	0
	Femmes	3 602	42	2	0	0	17	0	0
	Non précisé	1	0	0	0	0	0	0	0
	Total	4 660	82	10	0	0	246	0	0
Yukon	Hommes	34	11	0	0	0	2	0	0
	Femmes	122	9	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	156	20	0	0	0	2	0	0
Territoires du Nord-Ouest	Hommes	225	40	0	0	0	1	0	0
	Femmes	689	85	0	0	0	1	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	914	125	0	0	0	2	0	0
Canada	Hommes	9 085	3 064	90	221	1	1 268	1	9
	Femmes	28 451	2 234	55	213	1	124	0	9
	Non précisé	15	5	0	0	0	0	0	0
	Total	37 551	5 303	145	434	2	1 392	1	18

* Comprend la syphilis latente précoce et la syphilis symptomatique précoce (primaire et secondaire)

† La syphilis congénitale n'englobe que les cas signalés chez les nourrissons (< 1 an)

‡ D'après les données sur les cas de sida signalés au LLCM en date du 31 mars 1997. Voir «Mise à jour trimestrielle de la surveillance : Le sida au Canada» Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, 1997

Annexe 1.2

Taux de MTS à declaration obligatoire à l'échelle nationale pour 100 000 habitants au Canada selon la province/térritoire et le sexe, 1995

Province/ Territoire	Sexe	Chlamydiose	Infections gonococciques	Syphilis infectieuse	Syphilis, autre	Syphilis congénitale*	sida	Chancre mou	Conj. Gonoc. nouv.-né
Terre-Neuve	Hommes	15,6	0,7	0,3	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0
	Femmes	79,1	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	47,5	0,7	0,2	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
Île-du-Prince-Édouard	Hommes	40,1	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
	Femmes	123,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	82,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
Nouvelle-Écosse	Hommes	61,0	3,2	0,2	0,6	0,0	5,2	0,0	0,0
	Femmes	186,1	4,8	0,0	2,5	0,0	0,4	0,0	0,0
	Total	124,4	4,1	0,1	1,6	0,0	2,8	0,0	0,0
Nouveau-Brunswick	Hommes	43,5	1,3	0,3	1,3	0,0	4,0	0,0	0,0
	Femmes	155,9	1,8	0,0	1,6	0,0	0,3	0,0	0,0
	Total	94,7	1,6	0,1	1,4	0,0	2,1	0,0	0,0
Québec	Hommes	48,7	11,8	0,2	0,9	0,0	10,3	0,0	0,05
	Femmes	141,9	4,4	0,2	0,9	0,0	1,3	0,0	0,02
	Total	96,1	8,1	0,2	0,9	0,0	5,8	0,0	0,04
Ontario	Hommes	53,5	31,4	1,1	2,7	0,0	9,2	0,01	0,1
	Femmes	163,0	22,5	0,6	2,5	0,0	0,7	0,0	0,1
	Total	109,0	26,9	0,8	2,6	0,0	4,9	0,009	0,1
Manitoba	Hommes	138,6	66,7	0,5	1,6	0,0	2,7	0,0	0,0
	Femmes	388,2	49,2	0,2	1,6	0,0	0,2	0,0	0,0
	Total	264,4	57,9	0,4	1,6	0,0	1,4	0,0	0,0
Saskatchewan	Hommes	121,2	41,2	1,8	0,4	0,0	2,2	0,0	0,0
	Femmes	340,0	34,8	2,0	0,2	0,0	0,4	0,0	0,0
	Total	230,8	38,0	1,9	0,3	0,0	2,2	0,0	0,0
Alberta	Hommes	84,4	16,1	0, 2	1,6	0,0	6,4	0,0	0,07
	Femmes	282,4	13,0	0,1	1,6	0,0	0,4	0,0	0,0
	Total	182,7	14,6	0,1	1,2	0,0	3,5	0,0	0,03
Columbie-Britannique	Hommes	56,5	2,1	0,4	0,0	0,0	12,2	0,0	0,0
	Femmes	190,2	2,2	0,1	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
	Total	123,7	2,2	0,3	0,0	0,0	6,5	0,0	0,0
Yukon	Hommes	222,6	72,0	0,0	0,0	0,0	13,1	0,0	0,0
	Femmes	821,8	60,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Total	518,0	66,4	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0
Territoires du Nord-Ouest	Hommes	659,6	117,3	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
	Femmes	2 172,5	268,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
	Total	1 388,5	189,9	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0
Canada	Hommes	62,0	20,9	0,6	1,5	0,0	8,6	0,0	0,06
	Femmes	190,4	15,0	0,4	1,4	0,0	0,8	0,0	0,06
	Total	126,8	17,9	0,5	1,5	0,5	4,7	0,0	0,06

* La syphilis congénitale n'englobe que les cas signalés chez les nourrissons (< 1 an) / taux de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes
Les données sur la population utilisées pour le calcul des taux sont des estimations établies à partir du recensement de 1991 de Statistique Canada

Annexe 1.3

Taux de MTS à déclaration obligatoire à l'échelle nationale pour 100 000 habitants, Canada, selon le sexe et l'âge, 1995

Maladie	Sexe	Total	Groupe d'âge (ans)										
			0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NP (âge)
Chlamydiose	Hommes	61,9	12,2	0,7	0,3	2,0	169,6	335,6	163,1	55,7	10,9	1,6	-
	Femmes	190,4	17,2	0,6	1,0	47,6	1 109,1	1 041,7	336,8	88,5	12,6	1,2	-
	Total	126,8	14,7	0,7	0,7	24,3	627,6	683,7	249,2	72,0	11,8	1,3	-
Infections gonococciques	Hommes	20,9	1,02	0,2	0,0	0,8	41,5	70,0	58,0	32,7	8,8	1,5	-
	Femmes	14,9	0,5	0,5	0,2	7,5	87,8	70,6	27,7	8,7	1,3	0,0	-
	Total	17,9	0,8	0,4	0,1	4,1	64,0	70,3	43,1	20,8	5,0	0,7	-
Syphilis infectieuse*	Hommes	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	1,4	1,2	1,1	0,7	0,2	-
	Femmes	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	1,1	0,4	0,2	0,0	-
	Total	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	1,3	1,2	0,8	0,5	0,1	-
Syphilis, autre† (non-infectieuse)	Hommes	1,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5	0,6	2,4	2,4	1,9	2,3	-
	Femmes	1,4	0,0	0,1	0,0	0,0	1,0	2,0	2,3	1,2	1,7	2,3	-
	Total	1,5	0,5	0,0	0,0	0,0	0,7	1,3	2,4	1,8	1,8	2,3	-
Syphilis congénitale‡	Hommes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Femmes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Non précisé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	0,5	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chancre mou	Hommes	0,007	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,096	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Femmes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Non précisé	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-
	Total	0,007	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	-

Les données sur la population utilisées pour le calcul des taux sont des estimations établies à partir du recensement de 1991 de Statistique Canada.
NP = non précisé
* Syphilis infectieuse = syphilis symptomatique précoce + syphilis latente précoce
† Syphilis, autre = syphilis latente tardive + syphilis tertiaire
‡ Taux de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes (sexe non précisé)

Source : Bureau des maladies infectieuses, Division de la surveillance des maladies, mai 1997
Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Annexe 1.4

Nombre de cas signalés de MTS au Canada selon le sexe et l'âge, 1995

Maladie	Sexe	Total	Groupe d'âge (ans)										
			0<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+	NP (âge)
Chlamydiose	Hommes	9 085	24	6	3	21	1 721	3 478	1 848	1 484	398	33	69
	Femmes	28 451	32	5	10	466	10 704	10 496	3 745	2 312	459	31	191
	Non précisé	15	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	9
	Total	37 551	56	11	13	487	12 427	13 976	5 594	3 796	858	64	269
Infections gonococciques	Hommes	3 064	2	2	0	8	421	725	657	871	320	32	26
	Femmes	2 234	1	4	2	74	847	712	308	227	47	1	11
	Non précisé	5	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	2
	Total	5 303	3	6	2	82	1 268	1 437	967	1 099	367	33	39
Syphilis infectieuse*	Hommes	90	0	0	0	0	2	14	14	30	24	5	1
	Femmes	55	0	0	0	0	11	12	12	11	9	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	145	0	0	0	0	13	26	26	41	33	5	1
Syphilis, autre† (non-infectieuse)	Hommes	221	1	0	0	0	5	6	27	64	69	49	0
	Femmes	213	0	1	0	0	10	20	26	32	62	61	1
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	434	1	1	0	0	15	26	53	96	131	110	1
Syphilis congénitale	Hommes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Femmes	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Chancre mou	Hommes	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
	Femmes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Non précisé	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0

NP = non précisé
* Syphilis infectieuse = syphilis symptomatique précoce + syphilis latente précoce
† Syphilis, autre = syphilis latente tardive + syphilis tertiaire

Source : Bureau des maladies infectieuses, Division de la surveillance des maladies, mai 1997
Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997

Annexe 2

Chlamydiose génitale : cas signalés et taux selon l'âge et le sexe, Canada, 1995										
	Âge (ans)									
Nbre de cas	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-59	60+
Les deux sexes	56	11	13	487	12 426	13 976	5 594	3 796	858	64
Hommes	24	6	3	21	1 721	3 478	3 478	1 484	398	33
Femmes	32	5	10	466	10 704	10 496	3 745	2 312	459	31
	Taux									
Les deux sexes	14,7	0,7	0,7	24,3	627,6	683,7	249,2	72,0	12,0	1,6
Hommes	12,2	0,6	0,3	2,0	169,6	335,6	163,1	55,7	11,0	1,2
Femmes	17,2	0,7	1,0	47,6	1 109,1	1 041,7	3 36,8	88,5	12,6	1,3
Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997										

Annexe 3

Nombre d'échantillons positifs pour le virus herpétique au Canada selon le type de virus, 1990-1995						
	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Groupe herpèsvirus	3 337	4 021	2 517	1 552	1 611	1 501
Herpès simplex non typé	4 136	3 596	3 483	2 238	882	1 152
Herpès simplex 1	4 065	4 731	5 279	6 509	6 449	6 536
Herpès simplex 2	4 055	5 197	6 128	6 991	7 117	7 000
Nombre total de cas positifs	15 593	17 545	17 407	17 290	16 059	16 189
Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997						

Annexe 4

Taux par âge* de congé des hôpitaux pour une AIP : 1983-1984 à 1993-1994											
	Année										
	83/84	84/85	85/86	86/87	87/88	88/89	89/90	90/91	91/92	92/93	93/94
Âge	Taux										
15-19	269,6	280,2	267,2	273,1	247,2	236,2	210,0	190,5	166,5	147,0	110,1
20-24	386,0	385,9	373,4	351,5	319,7	286,8	245,3	219,3	196,4	171,6	141,7
25-34	323,1	319,5	306,0	298,5	286,3	252,7	226,6	210,5	192,7	172,1	147,9
35-44	154,7	155,0	151,9	147,8	140,9	130,4	109,2	120,4	116,0	114,5	100,7
15-44	**281,8**	**281,2**	**269,7**	**261,1**	**243,3**	**218,7**	**190,5**	**180,0**	**164,3**	**149,2**	**125,5**
	Nbre de cas										
15-19	2 891	2 868	2 634	2 650	2 368	2 249	1 993	1 803	1 567	1 387	1 046
20-24	4 802	4 797	4 607	4 243	3 723	3 197	2 660	2 309	2 046	1 778	1 459
25-34	7 269	7 320	7 143	7 101	6 951	6 246	5 721	5 359	4 881	4 343	3 700
35-44	2 552	2 664	2 711	2 735	2 710	2 604	2 275	2 609	1 591	2 616	2 359
15-44	17 514	17 649	17 095	16 729	15 752	14 296	13 682	12 090	11 085	10 124	8 564

* Taux pour 100 000 femmes.
Remarque : Depuis 1980, Statistique Canada a présenté toutes les données sur la morbidité hospitalière par année financière.
Code de référence pour l'AIP de la CIM-9 ou code 167 de la *Canadian Diagnostic Short List* utilisé par Statistique Canada.
CIM-9 : Classification internationale des maladies, 9e édition.
Préparé par : la Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et MTS, LLCM, Santé Canada, 1997