

Direction régionale de santé
publique de Montréal

**Portrait
épidémiologique
de la syphilis
infectieuse et de
la syphilis congénitale**



Région de Montréal
Période 2013-2022



Portrait épidémiologique de la syphilis infectieuse et de la syphilis congénitale, Région de Montréal, Période 2013-2022, Faits saillants est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1560 rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 4M1
514 528-2400
ciuss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Document préparé par

Marie-Claire Chayer, conseillère en soins infirmiers, service ITSS et réduction des méfaits
Gilles Lambert, médecin conseil, service ITSS et réduction des méfaits
Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses

En collaboration avec

Claude Tremblay agente de planification et de recherche, service Vigie sanitaire et optimisation des processus
Secteur Prévention et contrôle des maladies infectieuses

Et avec le concours de

Maude Couture, technicienne de recherche psychosociale et
Bruno Thibert, Agent de planification, de programmation et de recherche
Service Surveillance et intelligence décisionnelle
Secteur Projets transversaux

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

ISBN : 978-2-550-94612-0

© Gouvernement du Québec, 2023

Table des matières

1. Syphilis infectieuse	1
2. Syphilis chez les femmes en âge de procréer.....	1
3. Syphilis congénitale	3
4. Faits saillants et pistes d'intervention	4
Annexe 1.....	7

Portrait épidémiologique de la syphilis infectieuse et de la syphilis congénitale, région de Montréal, période 2013-2022

1. SYPHILIS INFECTIEUSE

- Le nombre de cas de syphilis infectieuse¹ déclarés annuellement dans la région de Montréal est en croissance constante. Il est passé de 401 en 2013 (taux de 21 cas par 100 000 personnes) à 689 en 2022 (taux de 34 cas par 100 000), soit une hausse de 72 % en dix ans. (Figure 1).
- Le nombre de cas déclarés a toujours été plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Cependant, au cours des dix dernières années, le nombre de cas a augmenté de **59 % chez les hommes** (passant de 392 à 621 cas) alors qu'il a augmenté de **655 % chez les femmes** (passant de 9 à 68 cas).
- Les taux de cas de syphilis infectieuse déclarés dans l'ensemble des cinq dernières années ont été nettement plus élevés chez les résidents du territoire du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal que chez ceux de tout autre territoire; cette observation s'applique aux cas masculins et féminins. Par ordre décroissant, les territoires les plus affectés ont été ceux du CIUSSS du Centre-Sud (taux, sexes réunis, de 354 cas par 100 000), de l'Est (116 cas par 100 000), du Centre-Ouest (87 cas) du Nord (84 cas) et de l'Ouest (33 cas) (Tableau 1).
- Au Québec, mise à part la région du Nunavik, la région de Montréal présente en 2022 le taux le plus élevé de cas de syphilis infectieuse chez les hommes (taux de 61 cas par 100 000) ainsi que chez les femmes (taux de 6,6 cas par 100 000). Une croissance notable de la syphilis chez les femmes touche aussi les régions des Laurentides, de Laval, de Lanaudière, de la Montérégie et de l'Estrie.

2. SYPHILIS CHEZ LES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

Chez les femmes non traitées, le risque de transmission de l'infection syphilitique au fœtus durant la grossesse varie de 70 à 100 % dans le cas d'une syphilis primaire ou secondaire; il est de 40 % en présence d'une syphilis latente précoce et de 10 % dans le cas d'une syphilis latente tardive².

- Parmi les femmes cisgenres chez qui un diagnostic de **syphilis infectieuse** a été déclaré au cours des 5 dernières années (n=187), 89 % étaient âgées entre 15-49 ans, soit en âge de

¹ Syphilis infectieuse : la syphilis est considérée comme étant infectieuse durant la première année suivant l'acquisition de l'infection, soit durant les stades de syphilis primaire, de syphilis secondaire et de syphilis latente précoce.

² Syphilis latente tardive : infection syphilitique asymptomatique d'une durée supérieure à un an.

procréer. Au sein de ces dernières, les personnes d'origine Inuite étaient surreprésentées par rapport à leur poids démographique. Par ailleurs, la consommation de drogue (en particulier la cocaïne), les relations sexuelles en échange d'argent, de drogue, de biens ou de services ainsi qu'une situation d'itinérance ont été rapportées fréquemment. Parmi les femmes cisgenres chez qui un diagnostic de **syphilis en phase tardive** a été déclaré (n=663), 56 % étaient en âge de procréer. Au sein de ces dernières, le diagnostic de syphilis a été posé le plus souvent dans le cadre d'un examen médical d'immigration ou d'une grossesse. Les femmes originaires d'une région considérée à forte endémicité de syphilis³ étaient surreprésentées.

Note : Malgré les efforts déployés, ces informations épidémiologiques n'ont pu être colligées qu'au sujet d'environ 50 % des femmes; tout en étant utiles, elles ne permettent pas d'énoncer de manière précise la proportion de femmes présentant chacune de ces caractéristiques.

L'indice de défavorisation matérielle et sociale est obtenu à partir d'indicateurs socio-économiques issus des recensements nationaux (ici celui de 2016)⁴. Il est assigné selon le secteur géographique de résidence (codes postaux à six positions) et est réparti en 5 quintiles de défavorisation allant de 'très favorisé' (quintile 1) à 'très défavorisé' (quintile 5). L'indice de défavorisation matérielle est construit à partir du niveau de scolarité, du statut d'emploi et du revenu alors que l'indice de défavorisation sociale est construit à partir de la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur domicile; de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves et de familles monoparentales.

Défavorisation matérielle :

- Durant la période 2015-2022, **51 %** (43,9 - 57,8) des femmes montréalaises en âge de procréer ayant reçu un diagnostic de syphilis en phase infectieuse résidaient dans des secteurs 'défavorisés' ou 'très défavorisés' alors que cette proportion était de **40 %** (39,8 - 40,0) en 2021 parmi l'ensemble des femmes montréalaises en âge de procréer.
- Durant la période 2015-2022, le taux de syphilis en phase infectieuse a été plus élevé chez les femmes en âge de procréer résidant dans des secteurs 'défavorisés' ou 'très défavorisés' que chez celles résidant dans des secteurs 'favorisés' ou 'très favorisés', soit un taux de **6,9** par 100 000 femmes (5,7 - 8,4) versus **4,2** par 100 000 (3,3 - 5,4)⁵. Les femmes vivant dans des secteurs 'défavorisés' ou 'très défavorisés' ont donc été 1,6 fois plus souvent atteintes de syphilis infectieuse que les personnes vivant dans des secteurs 'favorisés' ou 'très favorisés'.

Défavorisation sociale :

En ce qui concerne la défavorisation sociale,

- Les proportions précédentes sont de **51 %** (44,4 - 58,3) versus **44 %** (43,7 - 43,9);
- Les taux précédents sont de **6,4** par 100 000 femmes (5,3 - 7,8) versus **3,9** par 100 000 (3,0 - 5,1)⁶.

³ Régions considérées à forte endémicité de syphilis : Afrique sub-saharienne, Amérique latine, Caraïbes, Asie du sud et du sud-est.

⁴ Indice de défavorisation matérielle et sociale compilé par le Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP) à partir des données des recensements canadiens de 1991, 1996, 2001, 2006, 2011 et 2016.

⁵ Cette différence est statistiquement significative; elle doit cependant être interprétée prudemment compte tenu du nombre relativement peu élevé de cas féminins de syphilis en phase infectieuse durant cette période.

3. SYPHILIS CONGÉNITALE

- **Un cas de syphilis congénitale a été rapporté dans la région de Montréal en 2020, trois en 2021 et sept en 2022 pour un total de 11 cas en trois ans alors qu’aucun ne l’avait été depuis 2011.** Dans l’ensemble du Québec, 14 cas ont été déclarés en 2022.
- Ces onze cas montréalais avaient tous été détectés chez des nourrissons âgés de moins de 2 ans (syphilis congénitale précoce). Quatre étaient des cas confirmés et 7, des cas probables. Ces infections congénitales avaient provoqué deux cas de mortinai-ssance et deux cas de retard de croissance intra utérin, dont 1 avec hépatosplénomégalie, anomalies hématologiques et biochimiques ayant fait l’objet d’un rapport détaillé par une équipe du CHU St-Justine⁶. Sept nourrissons ne présentaient aucun signe attribuable à la syphilis lors de leur naissance.

La syphilis congénitale peut se manifester par un avortement spontané ou une mortinai-ssance, mais également par des lésions de la peau et des muqueuses, des atteintes osseuses, neurologiques et hépatiques notamment. Ces manifestations, parfois graves et irréversibles, sont généralement absentes à la naissance. Certaines apparaissent dans les deux premières années de vie, d’autres, encore plus tardivement.
- Dans 7 de ces 11 infections congénitales, la mère n’avait reçu aucun soin prénatal et dans 2 autres cas, les soins prénataux avaient été tardifs ou inadéquats.
- Les caractéristiques maternelles suivantes, non mutuellement exclusives, ont été mentionnées lors des enquêtes épidémiologiques (à noter qu’elles n’ont pu être captées systématiquement auprès de toutes les mères). Les trois caractéristiques les plus fréquentes ont été : résider dans un secteur ‘défavorisé’ ou ‘très défavorisé’ en regard de l’indice de défavorisation matérielle, avoir immigré récemment au Québec et être originaire d’une région considérée à forte endémicité de syphilis.

Caractéristique	Fréquence	Caractéristique	Fréquence
Défavorisation matérielle*	7	Situation d’itinérance pendant toute ou une partie de la grossesse	2
Immigration récente (moins d’un an)	6	Expérience récente de violence lors d’une relation intime	2
Être originaire d’une région considérée à forte endémicité de syphilis **	6	Partenaire sexuel incarcéré au moment de la grossesse ou l’ayant été à vie	1
Consommation de drogues (autre que le cannabis)	3	Relations sexuelles avec 3 partenaires ou plus au cours des 12 derniers mois OU avec un partenaire anonyme OU avec un partenaire transsexuel**	1
Détection de gonorrhée, VIH, LGV ou hépatite B au cours de la dernière année**	3	Ethnoculture Inuit	1
Relations sexuelles en échange d’argent, de drogues, de biens ou de services**	2		

* Mère résidant dans un secteur géographique ‘défavorisé’ ou ‘très défavorisé’ en regard de l’indice de défavorisation matérielle.

** L’un ou l’autre de ces 4 facteurs de risque (chacun constituant une indication de test de dépistage de la syphilis selon le *Guide Québécois de dépistage des ITSS*) étaient présents chez 10 des 11 mères. Les régions suivantes sont considérées à forte endémicité de syphilis : Afrique sub-saharienne, Amérique latine, Caraïbes, Asie du sud et du sud-est.

⁶ Dionisopoulos Z, Kakkar F, Blanchard AC. Diagnostic tardif de la syphilis maternelle et congénitale : une épidémie mal reconnue? Relevé des maladies transmissibles au Canada 2022;48(2/3):130–3. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i23a10f>

4. FAITS SAILLANTS ET PISTES D'INTERVENTION

- La syphilis connaît une très forte augmentation dans la région de Montréal depuis 10 ans. La population des hommes cisgenres ou transgenres ayant des relations avec des hommes cisgenres ou transgenres demeure nettement celle qui est la plus touchée, mais la croissance soutenue observée chez les femmes suggère une extension de l'épidémie de syphilis vers la population hétérosexuelle. En 2022, 1 cas de syphilis infectieuse sur 10 concernait une femme. La déclaration de 7 cas de syphilis congénitale dans la région de Montréal au cours de la seule année 2022 est tout-à-fait exceptionnelle. Un cas a été déclaré en 2023 en date du 30 avril.
- Divers facteurs de vulnérabilité (défavorisation matérielle, situation d'itinérance, statut d'immigration précaire, consommation de drogues...) ont été observés chez des femmes montréalaises en âge de procréer recevant un diagnostic de syphilis infectieuse et chez les mères de cas de syphilis congénitale, à l'instar de la situation décrite au niveau canadien⁷. Il est essentiel d'assurer l'accès à l'ensemble des biens de base pour les populations qui ont des conditions de vie moins favorables ainsi qu'à des services publics de qualité, plus spécifiquement à des services adaptés de dépistage et de traitement des ITSS. Des actions concertées et intersectorielles devraient permettre de rejoindre et d'accompagner activement ces femmes dans leur suivi de grossesse.
- La syphilis congénitale est évitable. Il importe de sensibiliser la communauté à la présence de la syphilis chez les femmes, ainsi que d'assurer l'application des recommandations de dépistage et la prise en charge rapide des personnes infectées, incluant la démarche de notification aux partenaires sexuels (Annexe 1). Par ailleurs, la résurgence de la syphilis au Québec pose l'importante question de la pertinence du dépistage systématique au troisième trimestre chez les femmes enceintes.

⁷ [ASPC \(2020\) La syphilis au Canada: rapport technique sur les tendances épidémiologiques, les déterminants et interventions](#)

Figure 1 Taux des cas déclarés de syphilis en phase infectieuse selon le sexe, région de Montréal, 2013 à 2022.

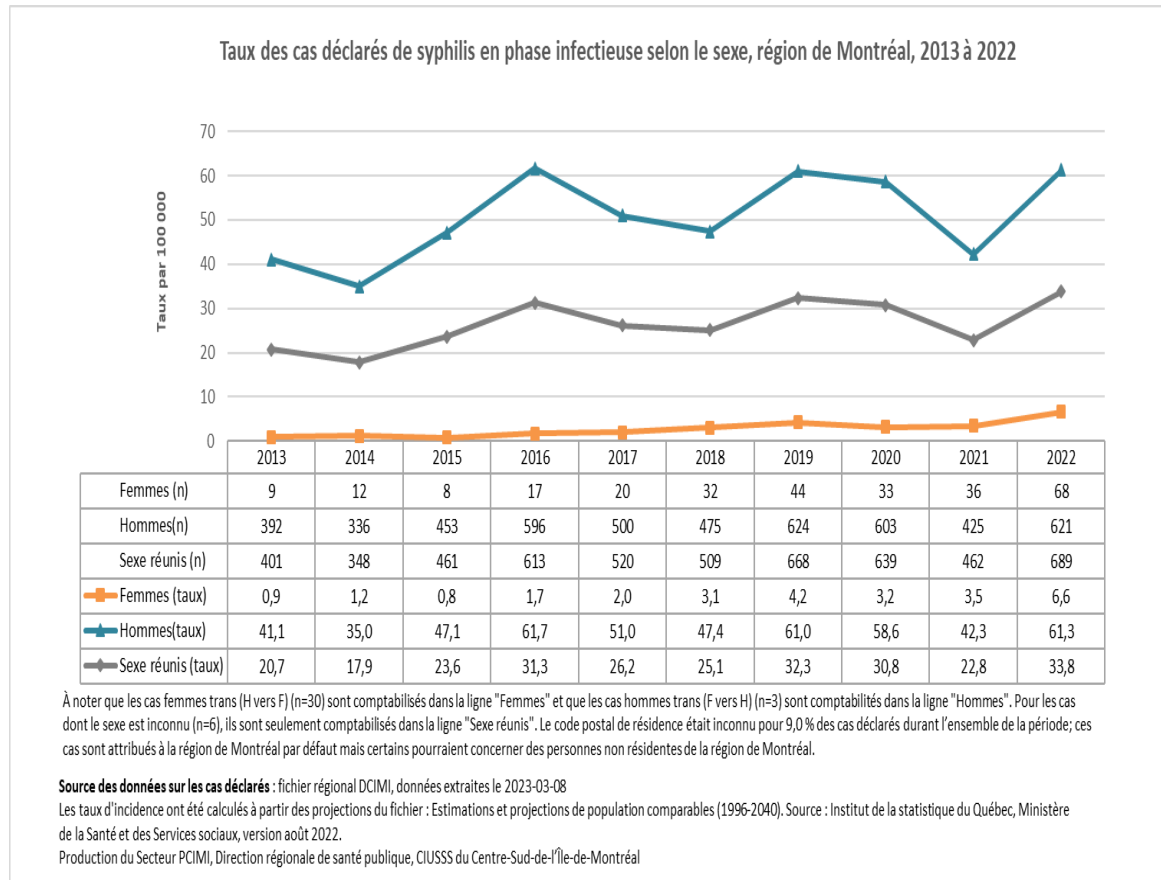


Tableau 1 Nombre et taux de cas déclarés de syphilis en phase infectieuse selon le territoire de CIUSSS, région de Montréal, ensemble de la période 2018-2022.

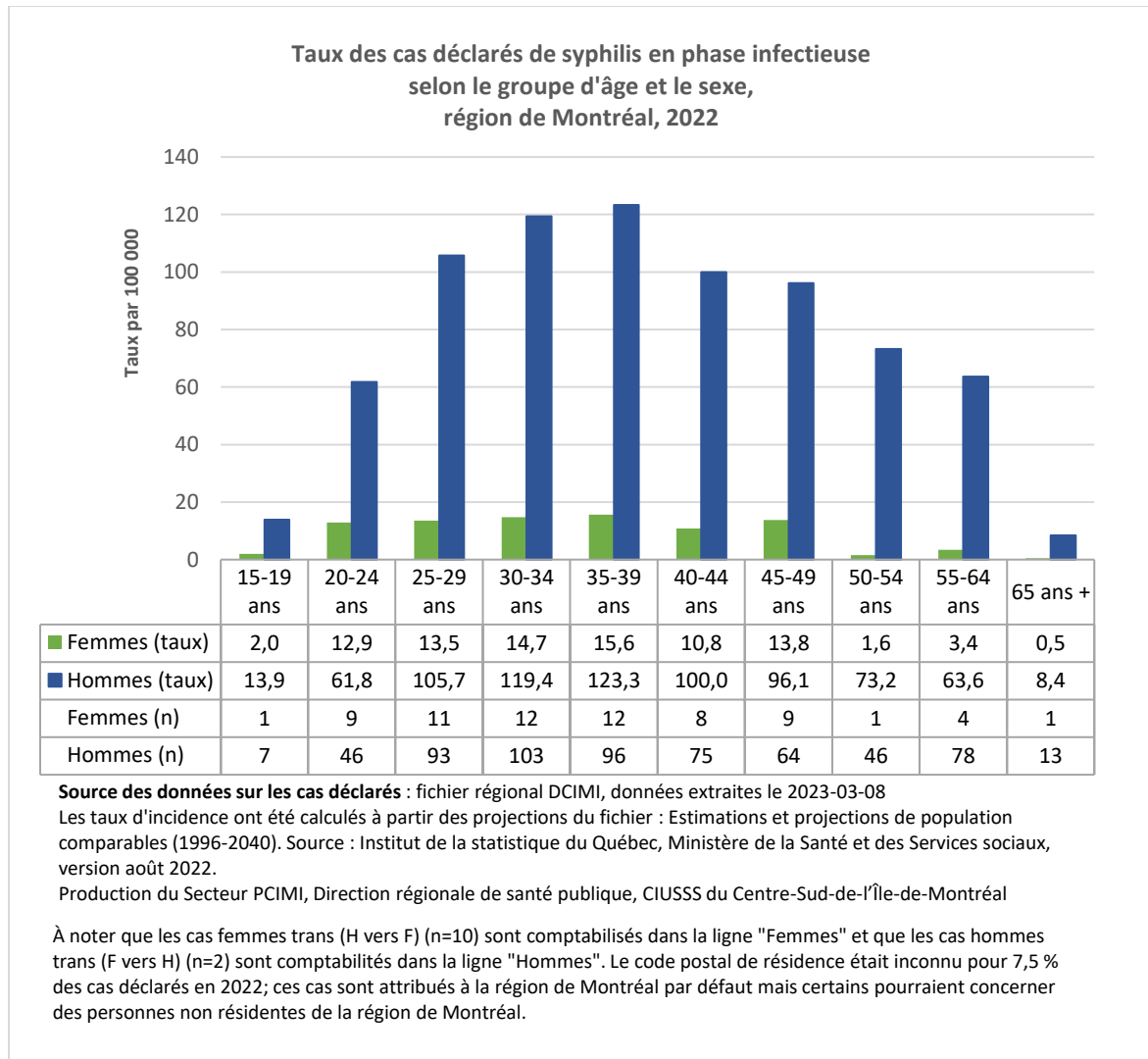
Territoire de CIUSSS de l'île de Montréal	Sexe				Total	
	Femmes		Hommes			
	n	taux	n	taux	n	taux
CIUSSS de l'Ouest	20	10,5	104	56,8	124	33,2
CIUSSS du Centre-Ouest	15	7,9	306	167,9	323	87,1
CIUSSS du Centre-Sud	63	40,6	1073	645,9	1138	354,3
CIUSSS du Nord	30	13,3	343	156,2	373	83,7
CIUSSS de l'Est	48	17,7	572	217,2	621	116,2
Inconnu	37		350		388	
Total	213	20,6	2748	270,9	2967	145,0

À noter que les cas femmes trans (H vers F) (n=22) sont comptabilisés dans la colonne "Femmes" et que les cas hommes trans (F vers H) (n=3) sont comptabilisés dans la colonne "Hommes". Pour les cas dont le sexe est inconnu (n=6), ils sont seulement comptabilisés dans la colonne "Total".

Source des données : Fichier régional DCIMI, données extraites le 2023 03-08. Les taux d'incidence ont été calculés à partir des projections du fichier : Estimations et projections de population comparables (1996-2040). Source : Institut de la statistique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, version août 2022. Pour le calcul des taux cumulés 2018-2022, la moyenne des populations 2018-2022 a été utilisée. Il s'agit ici de taux par 100 000 personnes.

Production du Secteur PCIMI, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Figure 2 Taux des cas déclarés de syphilis en phase infectieuse selon le groupe d'âge et le sexe, région de Montréal, 2022.



ANNEXE 1

RECOMMANDATIONS POUR LA PRÉVENTION DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE

1) Dépister la syphilis

a) Systématiquement chez toutes les femmes enceintes

- **Lors du bilan prénatal** : Inclure systématiquement le dépistage de la syphilis et des autres ITSS dans le bilan prénatal au moment de la 1^{ère} visite⁸.
- **En cours de grossesse** : Lors des visites prénatales, rechercher la présence de facteurs de risque d'acquisition chez la femme enceinte et chez son/ses partenaires; le cas échéant, répéter le dépistage, au besoin plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine et au moment de l'accouchement.⁸
- **Au moment de l'accouchement** : Rechercher systématiquement les résultats des tests de dépistage de la syphilis et des autres ITSS faits préalablement. Si les résultats ne sont pas disponibles, les répéter avant le congé⁹.
- En cas de **mortinaissance** d'un fœtus de plus de 20 semaines.¹⁰

b) Régulièrement, de manière ciblée, chez les femmes présentant des facteurs de risque⁸

Évaluer systématiquement la présence de facteurs de risque de la syphilis chez les femmes sexuellement actives (considérer les rapports sexuels oraux, génitaux ou anaux, qu'une protection barrière ait été utilisée ou non):

- Être originaire d'une région à forte endémicité de syphilis¹¹;
- Être une personne transsexuelle ou transgenre;
- Échanger ou obtenir des relations sexuelles contre de l'argent, des drogues, ou autres services;
- Détection récente d'une des ITSS suivantes : infection gonococcique, infection VIH, hépatite B, LGV;
- Avoir eu plus de trois partenaires au cours de la dernière année;
- Avoir eu un partenaire sexuel anonyme, dont les facteurs de risque pour les ITSS sont peu connus¹² ;
- Avoir eu un partenaire masculin cis ou transgenre ayant des partenaires masculins cis ou transgenres.
- Avoir eu un partenaire présentant l'un ou l'autre des facteurs de risques précédents.

c) Chez toute personne qui demande un dépistage de syphilis, même en l'absence de facteurs de risques dévoilés⁸.

2) Inclure la syphilis dans le diagnostic différentiel devant un tableau clinique compatible

Par exemple : ulcération buccale, génitale ou anale, éruption maculopapulaire, condylomes plats.

3) Traiter et suivre les personnes infectées ou récemment exposées à un cas infectieux

• Femmes enceintes (quel que soit le stade de la syphilis) :

TRAITEMENT

La pénicilline G est le seul antibiotique connu pour traiter efficacement l'infection fœtale et prévenir la syphilis congénitale. Les femmes enceintes devraient recevoir le traitement recommandé pour leur stade d'infection. Lorsqu'un traitement multidose est requis, un délai de 7 à 9 jours entre les doses est préférables⁹. Selon les Centers for Disease Control and Prevention américains un délai supérieur à 9 jours entre les doses n'est pas acceptable chez une personne enceinte traitée pour une syphilis latente tardive; si ce délai est dépassé, le traitement devrait être repris en entier¹³.

⁸ [ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés – Intervention préventive relative aux ITSS \(MSSS,2019\)](#)

⁹ [Guide Traitement pharmacologique de la syphilis \(INESSS 2023\)](#)

¹⁰ [Guide sur la Syphilis: Informations importantes et ressources \(ASPC 2022\)](#)

¹¹ Afrique sub-saharienne, Amérique latine, Caraïbes, Asie du sud et du sud-est. La fréquence de la syphilis infectieuse est actuellement très élevée dans la région du Nunavik.

¹² Par « partenaires sexuels anonymes », on entend les partenaires qui sont peu connus de la personne en cause. Cela signifie que cette dernière ne connaît rien ou presque de leurs caractéristiques (habitudes de vie ou statut sérologique, par exemple). Il arrive aussi qu'elle ne connaisse pas leurs coordonnées.

¹³ [STI Treatment Guidelines, 2021. Syphilis During Pregnancy. \(CDC 2021\)](#)

Les femmes enceintes devraient être traitées le plus rapidement possible pour prévenir la transmission au fœtus : en présence d'un délai anticipé avant la consultation en spécialité, amorcer le traitement avant de diriger la personne vers un spécialiste. En présence d'un traitement administré avant la 20^e semaine et d'une réponse sérologique adéquate, le risque d'infection et d'effets indésirables de grossesse est minimal⁹.

La réaction de Jarisch-Herxheimer¹⁴ peut entraîner une détresse fœtale et un travail prématuré : la présence de fièvre, de contractions ou d'une diminution des mouvements du fœtus, dans les 24 heures après le traitement, est un motif de consultation à mentionner à la personne⁹.

SUIVI ET PRISE EN CHARGE⁹

- Une consultation spécialisée est requise.
- Une évaluation échographique¹⁵ du fœtus pour la recherche de syphilis congénitale doit être effectuée
- Un dépistage du VIH, de la chlamydia, de l'infection gonococcique et de l'hépatite B devrait être effectué⁸.
- Le suivi sérologique doit être effectué tous les mois à partir de la dernière dose de traitement jusqu'à ce que le titre du test non-tréponémique soit égal ou inférieur à 1:8, puis une fois par trimestre et à l'accouchement.
- Avant la naissance, un plan pour la prise en charge du nouveau-né devrait être élaboré en collaboration avec l'équipe de professionnels impliqués dans l'accouchement et dans le suivi néonatal.

• **Nouveaux nés-exposés et cas de syphilis congénitale** : Établir le traitement selon l'évaluation. Consulter un spécialiste.

• **Partenaires sexuels⁹** (Considérer les rapports sexuels oraux, génitaux ou anaux, qu'une protection barrière ait été utilisée ou non): Un traitement empirique immédiat (et sans égard au résultat sérologique obtenu) avec une injection IM unique de pénicilline G benzathine 2,4 millions d'unités est recommandé pour les partenaires sexuels des 90 derniers jours d'une personne atteinte d'une syphilis infectieuse ou d'une syphilis latente de durée indéterminée. Le traitement est également recommandé pour les partenaires de plus de 90 jours dont le suivi est incertain. Traiter les autres partenaires selon leur évaluation.

4) Soutenir les personnes atteintes dans la démarche de notification à leurs partenaires

- Identifier tous les partenaires sexuels à joindre¹⁶ en portant une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer et aux possibles partenaires féminines d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- Demander au besoin le soutien des infirmières de la DRSP pour la notification de partenaires (514-528-2400 poste 163840).

5) Déclarer rapidement tout cas de syphilis en phase infectieuse ou congénitale à la Direction régionale de santé publique pour les personnes résident à Montréal¹⁷ : par télécopieur à l'aide du formulaire régional : 514 528-2461; au besoin, par téléphone : 514 528-2400 p.163840.

Lien web vers le formulaire de déclaration :

https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/sujets-a-z/Syphilis/Declaration-syphilis_MADO.pdf

Ressources

[Prévention clinique des ITSS \(MSSS, 2021\)](#)

[Ressources – Intervention préventive relative au ITSS \(MSSS, 2019\)](#)

[Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang \(MSSS 2019\)](#)

[Guide sur la Syphilis: Informations importantes et ressources \(ASPC 2022\)](#)

[Guide sur le traitement pharmacologique des ITSS : Syphilis \(INESSS 2023\)](#)

¹⁴ Affection fébrile aiguë accompagnée de céphalées, de myalgies, de fièvre, de frissons, d'arthralgies ou de mal de gorge survenant dans les premières heures qui suivent l'administration de l'antibiotique et s'atténuant dans les 24h.

¹⁵ Les signes échographiques de syphilis congénitale comprennent notamment le retard de croissance intra-utérin, l'hépatomégalie, la splénomégalie, l'anémie fœtale, le polyhydramnios, la placentomégalie, l'hydrops fœtal, l'ascite, l'épanchement péricardique, la déformation osseuse et la mort fœtale

¹⁶ [Soutenir la personne atteinte d'une ITSS pour qu'elle avise ses partenaires : quatre étapes - Intervention préventive relative aux ITSS \(MSSS 2019\)](#)

¹⁷ Se référer à la liste des répondants régionaux en prévention clinique des ITSS pour toute personne qui réside dans une autre région: <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/itss/liste-des-repondants-regionaux-en-prevention-clinique-des-itss/#06-montreal>