

RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

Approches de santé publique pour les femmes et les femmes enceintes atteintes de syphilis



Publication : Septembre 2025

Messages clés

- Les partenaires de la santé publique et du système de santé jouent un rôle essentiel dans la réponse à l'incidence croissante de la syphilis infectieuse chez les femmes en âge de procréer et à l'augmentation subséquente de la syphilis congénitale en Ontario. Compte tenu de la capacité et des ressources disponibles, les bureaux de santé publique (BSP) pourraient envisager d'adapter des approches spécifiques pour le suivi de la santé publique des femmes en âge de procréer et des femmes enceintes qui ont ou ont été exposées à la syphilis.
- Déterminer et documenter l'état de grossesse de toutes les femmes en âge de procréer atteintes ou exposées à la syphilis afin que les femmes enceintes puissent être traitées par ordre de priorité pour la prise en charge des cas et des contacts est une intervention clé pour prévenir la syphilis congénitale. Les BSP peuvent envisager de modifier les flux de travail ou d'utiliser des systèmes de surveillance, des outils en ligne ou des formulaires pour les fournisseurs de soins de santé afin d'améliorer la réalisation de cette activité.

- Il est essentiel d'assurer un traitement adéquat aux femmes enceintes atteintes de syphilis pour prévenir la syphilis congénitale. Les BSP peuvent envisager de tirer parti des systèmes de surveillance existants pour identifier efficacement les cas non traités afin d'éclairer l'établissement des priorités en santé publique et/ou de trouver des façons d'offrir un traitement de manière non traditionnelle (p. ex., visites à domicile) afin de minimiser les obstacles aux soins.
- La désignation du personnel du BSP spécifiquement pour le suivi ou la coordination des soins pour les femmes ou les femmes enceintes et les contacts de syphilis est une occasion d'améliorer les résultats en matière de santé publique et d'offrir un soutien plus complet à ces clients. Le succès de cette approche dépend de partenariats internes et externes bien développés.
- Les défis courants liés à la mise en œuvre d'approches de gestion des cas et des contacts de syphilis pour les femmes enceintes en Ontario comprennent les facteurs systémiques (p. ex., ressources limitées en santé publique et communautaire, lacunes dans les connaissances des fournisseurs de soins de santé), les facteurs au niveau du client (p. ex., méfiance envers le système de santé, stigmatisation perçue, faible littératie en santé) et les déterminants sociaux de la santé (p. ex., manque de logement, absence d'accès aux soins de santé).
- Les bailleurs de fonds concernés devraient envisager d'allouer des ressources financières supplémentaires aux BSP afin de fournir la capacité nécessaire pour mettre en œuvre des interventions qui appuient et améliorent la prise en charge des cas et des contacts de santé publique de la syphilis chez les femmes en âge de procréer et les femmes enceintes.

Contenu

Key Messages.....	1
Issue and Research Question.....	4
Methods.....	5
Literature Search.....	5
Grey Literature.....	5
Survey of Ontario Public Health Units	6
Main Findings.....	6
Peer-reviewed Literature Search	6
Grey Literature.....	7
Survey of Ontario Public Health Units	12
Discussion.....	14
Strengths and Limitations	15
Appendix 1: Implementation Considerations and Potential Barriers for Syphilis Case and Contact Management Interventions for Women and/or Pregnant People	17
Additional Resources	22
References	22
Citation.....	27
Disclaimer.....	27
Public Health Ontario.....	27

Enjeu et objet de la recherche

Entre 2014 et 2023, l'Ontario a observé une augmentation continue de l'incidence annuelle de la syphilis infectieuse. La proportion de cas de syphilis infectieuse chez les femmes a également augmenté au cours de cette période, passant de 3,8 % en 2014 à 18,0 % en 2023. La majorité des cas de syphilis infectieuse signalés chez les femmes sont survenus chez les femmes en âge de procréer (c.-à-d. âgées de 15 à 44 ans). Entre 2014 et 2023, l'incidence de la syphilis infectieuse chez les femmes en âge de procréer est passée de 0,4 à 16,1 cas pour 100 000 habitants. En 2023, 8,5 % des cas de syphilis infectieuse chez les femmes ont déclaré être enceintes. Alors que la syphilis congénitale était autrefois rare en Ontario, avec une moyenne de 1,5 cas par année de 2014 à 2019, il y a eu une augmentation au cours des dernières années, avec 23 cas signalés en 2022 et 14 cas en 2023¹.

Les organismes de santé publique jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer atteintes de syphilis, notamment en veillant à ce qu'elles soient aiguillées vers des soins de santé pour recevoir un traitement approprié. L'infection à la syphilis maternelle non traitée augmente le risque d'accouchement prématuré (<37 semaines de grossesse). Pour le fœtus en développement, l'infection par la syphilis peut entraîner un développement fœtal négatif et des résultats négatifs en matière de santé du nourrisson, notamment des changements musculosquelettiques, des anomalies hématologiques, des lésions nerveuses, une perte auditive et/ou une mortinaissance fœtale². En Ontario, malgré les efforts considérables déployés par les bureaux de santé publique (BSP) pour joindre les femmes enceintes atteintes de syphilis, 44 % des cas maternels associés à la syphilis congénitale entre 2020 et 2022 ont été perdus de vue lors d'un suivi par la santé publique, ce qui signifie que d'importantes interventions de gestion de cas, y compris la prise d'un traitement approprié, n'ont pas pu être effectuées³. Les risques de mortinaissance syphilitique et de syphilis congénitale augmentent lorsque les cas maternels ne font pas l'objet d'un suivi de santé publique⁴.

En Ontario, il n'existe pas de directives provinciales dédiées au suivi de la santé publique des femmes ou des femmes enceintes atteintes ou exposées à la syphilis. Le document de 2009 du Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI) intitulé [*Infektions transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts*](#) fournit des conseils limités sur le suivi de santé publique des femmes ou des femmes enceintes atteintes de syphilis ou exposées à celle-ci. Il recommande que les femmes enceintes exposées à la syphilis soient prioritaires pour la gestion des contacts et que le suivi de santé publique de la syphilis latente tardive ne soit effectué que pour les femmes enceintes⁵. Bien que les [*Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*](#) fournissent des directives sur le traitement et la sérologie post-traitement pour les femmes enceintes ayant reçu un diagnostic de syphilis, il n'y a pas de directives sur le suivi de la santé publique des femmes ou des femmes enceintes atteintes ou exposées à la syphilis.

L'objectif de ce résumé est d'aider les organismes de santé publique à élaborer des approches de gestion des cas et des contacts pour traiter la syphilis chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer. Pour ce faire, il résume les données probantes de la littérature scientifique et de la littérature grise, ainsi que les résultats d'un sondage mené auprès des BSP en Ontario, au Canada. Le résumé met également en évidence les possibilités d'action en santé publique, y compris les considérations relatives à la mise en œuvre et les obstacles potentiels ([*Annexe 1*](#)).

Méthodologie

Une recherche dans la littérature scientifique publiée et dans la littérature grise a été effectuée ainsi qu'un sondage auprès des BSP de l'Ontario afin de déterminer les programmes et les stratégies de gestion des cas et des contacts de syphilis axés sur les femmes ou les femmes enceintes.

Les résultats d'intérêt inclus dans cette revue sont les suivants :

- les résultats sur la syphilis (p. ex., prévention des cas de syphilis congénitale);
- les résultats sur le processus clinique (p. ex., le temps avant le rendez-vous clinique d'un cas maternel dû à une sérologie positive pour la syphilis ou l'engagement dans les soins prénataux);
- les résultats sur le processus de santé publique (p. ex., participation au suivi de la santé publique, réalisation des activités de gestion des cas et des contacts).

Les sujets suivants ne sont pas visés par la présente revue :

- la prise en charge clinique des femmes enceintes atteintes de syphilis (y compris le traitement et la surveillance sérologique), les cas de syphilis congénitale ou les nourrissons exposés à la syphilis pendant la grossesse;
- le suivi de santé publique des cas de syphilis congénitale ou des nourrissons exposés à la syphilis pendant la grossesse;
- les lignes directrices sur le dépistage prénatal de la syphilis;
- certaines activités de santé publique telles que la surveillance, les campagnes de sensibilisation, l'éducation des fournisseurs de soins de santé ou les activités visant à accroître la détection des cas (p. ex., les campagnes de dépistage) et les ordonnances de santé publique;
- les changements législatifs (p. ex., exigences en matière de rapports de laboratoire);
- les commissions d'examen de la morbidité et de la mortalité liées à la syphilis congénitale.

Recherche documentaire

Les services de bibliothèque de SPO ont conçu et exécuté des recherches le 15 mai 2024 dans les bases de données MEDLINE, Embase et CINAHL Complete. Les stratégies de recherche sont disponibles sur demande. Les recherches portaient sur des études en anglais réalisées dans des pays à revenu élevé (Organisation de coopération et de développement économiques, OCDE) publiées depuis le 1^{er} janvier 2012. Après avoir retiré les articles en double, deux examinateurs de SPO ont examiné indépendamment les titres et les résumés de 364 articles pour au moins un résultat d'intérêt (voir Méthodologie). Les études restantes après le dépistage ont fait l'objet d'un examen en texte intégral et un troisième examinateur de SPO a corrigé les divergences. La recherche a été répétée le 14 mars 2025 et 33 autres articles ont été identifiés et examinés, sans qu'aucun autre article pertinent n'ait été identifié.

Littérature grise

Les lignes directrices sur les maladies transmissibles accessibles au public, y compris des ressources supplémentaires, pour la syphilis et la syphilis congénitale pour les provinces et territoires du Canada, des États-Unis d'Amérique et de l'Australie ont été examinées pour obtenir des détails précis sur la prise

en charge des cas et des contacts chez les femmes ou les femmes enceintes. Une liste détaillée des administrations examinées est disponible sur demande.

Une autre recherche dans la littérature grise sur les stratégies de suivi de la syphilis a été effectuée le 17 mai 2024 à l'aide de mots-clés dans le moteur de recherche Google et les sites Web gouvernementaux pour trouver du contenu lié à la gestion des cas et des contacts de syphilis chez les femmes ou les femmes enceintes atteintes de syphilis. Comme il n'est pas pratique d'examiner tous les résultats récupérés par une requête de moteur de recherche, une limite de 100 résultats par requête (classée selon la pertinence) a été appliquée manuellement. Les résumés de conférences identifiés dans la recherche documentaire publiée ont été inclus dans la section de la littérature grise s'ils ont été jugés pertinents.

Sondage auprès des bureaux de santé publique de l'Ontario

En préparation du sondage auprès des BSP, une évaluation standard des facteurs relatifs à la vie privée des BSP a été effectuée pour recueillir des renseignements auprès des répondants à titre professionnel. À l'aide de la plateforme Surveys@PHO, un sondage électronique a été envoyé le 22 août 2024 aux représentants des 34 BSP de l'Ontario de l'époque. Le sondage comprenait des questions fermées et ouvertes sur les politiques, les procédures et les autres approches utilisées par les BSP pour le suivi des femmes et des femmes enceintes atteintes de syphilis ou exposées à la syphilis. Les résultats du sondage ont été téléchargés dans Microsoft Excel et des analyses descriptives des questions fermées ont été effectuées à l'aide de Microsoft Excel. Un cadre de codage a été élaboré par l'équipe de projet pour déterminer les thèmes clés pour les analyses qualitatives des réponses ouvertes. Le codage a été effectué par un seul membre du personnel de SPO et révisé par un deuxième membre de l'équipe de SPO. Les conflits ont été résolus par des discussions au besoin.

Principaux résultats

Recherche documentaire évaluée par les pairs

Il existe peu de littérature publiée et évaluée par les pairs sur les approches de santé publique pour soutenir la prise en charge des cas et des contacts de la syphilis chez les femmes ou les femmes enceintes. Sur les 397 articles examinés, seulement deux avaient un résultat pertinent d'intérêt (voir ci-dessus).

Matthias *et coll.* (2019) ont évalué si un système de notification électronique pour vérifier l'absence de grossesse en Floride, aux États-Unis, améliorerait l'identification rapide de la syphilis pendant la grossesse et, en fin de compte, préviendrait les cas de syphilis congénitale. Entre 2013 et 2016 (période précédant l'étude), la Floride a signalé au total 3 455 femmes âgées de 15 à 45 ans ayant reçu un diagnostic de syphilis, dont 391 (11,3 %) n'étaient pas enceintes. Au début de la période d'étude (octobre 2017), 76 femmes âgées de 15 à 45 ans atteintes de syphilis et sans état de grossesse documenté ont été identifiées. Au cours de la période d'étude de 9 mois à l'aide du système de notification électronique du Département de la Santé, qui a généré des rappels au personnel du programme local, l'état de grossesse a été vérifié pour 63/76 (82,9 %) de ces femmes, dont 3 (4 %) étaient enceintes. Une femme enceinte répondait à la définition de cas d'une nouvelle infection à la syphilis, a été traitée tôt pendant la grossesse et son nouveau-né n'a pas obtenu de résultat positif au test de dépistage de la syphilis. Bien que le système électronique n'ait envoyé des notifications que jusqu'en juin 2018, seules 6 femmes sur 559 (1,1 %) âgées de 15 à 45 ans en Floride qui ont reçu un diagnostic de syphilis n'avaient pas indiqué leur statut de grossesse en 2018⁶.

Munro *et coll.* (2017) ont cherché à savoir si un processus d'orientation électronique et un outil de collecte de données normalisé pouvaient améliorer le suivi des femmes enceintes atteintes de syphilis. À Londres, au Royaume-Uni, les femmes qui ont assisté à des visites prénatales à l'hôpital North Middlesex (NMH) et qui étaient positives pour la syphilis ont montré une faible fréquentation et une mauvaise notification de leur partenaire lorsqu'elles ont été dirigées vers la clinique St. Ann's de contraception et de santé sexuelle (CASH) pour la prise en charge de la syphilis. Cette étude a examiné l'impact de deux interventions visant à améliorer l'engagement des patients. La première intervention consistait à doter une seule personne désignée pour gérer le processus d'orientation électronique de la NMH vers la CASH et informer la NMH des femmes qui ne se sont pas présentées à leurs rendez-vous de santé sexuelle. La deuxième intervention a utilisé un modèle électronique standard dans la CASH qui comprenait des invites spécifiques pour documenter le traitement, le suivi et la notification des partenaires. Le plan d'étude avant et après l'étude a comparé une période d'observation (avril 2010 à mars 2013) de 107 patientes enceintes qui ont été orientées de la NMH vers la CASH à une période d'intervention (avril 2014 à octobre 2014) avec 24 patientes orientées de la même manière. Au cours de la période d'intervention, le contact initial s'est amélioré (64 % avant contre 96 % après, $p < 0,001$) et une proportion plus élevée de partenaires masculins actuels ont fréquenté la clinique pour un dépistage de la syphilis (25 % avant contre 61 % après, $p = 0,69$). Le suivi des nouveau-nés nés de femmes positives à la syphilis au cours de la période d'intervention était faible (12,5 %). Parmi les autres résultats pertinents notés par les auteurs, mentionnons l'amélioration de la documentation de la notification des partenaires et de l'état de vérification⁷.

Littérature grise

Sur les 31 lignes directrices sur les maladies transmissibles et ressources supplémentaires examinées, 12 administrations et organisations ont trouvé des directives sur le suivi des cas de syphilis et des contacts spécifiquement pour les femmes en âge de procréer ou les personnes enceintes. Il s'agissait notamment d'administrations et d'organisations au Canada (Alberta, Manitoba, Nouvelle-Écosse, Saskatchewan et Nunavut), aux États-Unis (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], Californie et Texas) et en Australie (Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine, Australie-Occidentale et Nouvelle-Galles-du-Sud). À l'aide de la stratégie de recherche dans la littérature grise, 25 sources supplémentaires décrivant des stratégies pour soutenir le suivi en santé publique pour ces populations ont été identifiées. La grande majorité de la littérature grise issue de cette recherche provient des États-Unis, en particulier des États de la Louisiane, de la Californie, du Texas et de l'Illinois.

Le résumé des résultats de la revue de la littérature grise a été divisé en six catégories : la vérification de l'état de grossesse, la prise en charge et le suivi prioritaires, le traitement adéquat, le personnel de santé publique désigné, la coordination des soins et l'éducation, le soutien et les incitatifs ciblés.

1. VÉRIFICATION DE L'ÉTAT DE GROSSESSE

La vérification de l'état de grossesse et la documentation claire sont une activité de suivi clé pour les femmes en âge de procréer qui reçoivent un diagnostic de syphilis ou qui sont le contact d'un cas de syphilis⁸⁻¹³. Bien que les administrations aient reconnu la nécessité d'une documentation en temps opportun, seule la Nouvelle-Galles-du-Sud a précisé que la documentation du statut de grossesse devrait être faite dans le délai d'un jour ouvrable suivant la notification du cas de syphilis à la santé publique⁹.

Quelques administrations ont décrit des stratégies qui tirent parti des outils existants de gestion de cas ou de surveillance pour s'assurer que les cas de grossesse et les femmes en âge de procréer ont un état

de grossesse documenté. En plus de l'approche utilisée en Floride (décrite par Matthias *et coll.*, 2019), certaines approches suggérées pour déterminer l'état de grossesse comprenaient^{13,14} :

- Identification automatisée des résultats de laboratoire déclarés qui sont soupçonnés d'être liés à la grossesse (p. ex., dépistage prénatal choisi comme raison du test) pour le suivi;
- Entrée obligatoire du statut de grossesse avant la fermeture du cas;
- Déclaration systématique au personnel du programme sur la proportion de cas féminins dont la grossesse est non documentée.

Plusieurs administrations ont élaboré des formulaires ou des modèles de déclaration de cas pour améliorer la déclaration des fournisseurs de soins de santé, en particulier pour l'identification des cas liés à une grossesse. Par exemple, l'État de la Louisiane a conçu un [formulaire de déclaration](#) pour les personnes ayant reçu un diagnostic de syphilis pendant la grossesse afin de permettre une identification, une évaluation et une orientation plus rapides vers un suivi¹⁵. En Nouvelle-Galles-du-Sud, le Département de la Santé utilise un [formulaire de déclaration](#) de la syphilis qui demande aux fournisseurs d'indiquer l'état de grossesse de la personne et les renseignements sur le traitement (p. ex., médicament et date d'administration), et si l'état de grossesse est inconnu, les fournisseurs sont invités à obtenir ces renseignements dès que possible en raison du risque de syphilis congénitale¹⁶. Le département de la santé publique de l'Illinois a mis au point un [outil de déclaration en ligne](#) permettant aux médecins de signaler les cas de syphilis identifiés chez les personnes enceintes ou les nourrissons afin de faciliter l'établissement de priorités et la mobilisation des ressources de santé publique pour ces personnes¹⁷.

2. PRISE EN CHARGE ET SUIVI PRIORITAIRES

Une fois l'état de grossesse vérifié, la plupart des administrations accordent la priorité à la prise en charge des cas et des contacts liés à une grossesse. Le statut de gestion de cas hautement prioritaire comprend un court délai pour prendre des mesures (p. ex., dans un délai d'un jour ouvrable) et, dans certains cas, une période de suivi prolongée^{8-14, 18-12}. Par exemple, au Manitoba, les femmes enceintes atteintes de syphilis font l'objet d'un suivi (c.-à-d. qu'elles sont gardées « actives » dans leur système électronique de surveillance ou de gestion des cas) jusqu'au moment de l'accouchement et les contacts enceintes sont suivies pendant un an avant d'être considérées comme étant perdues de vue¹⁹.

Les autres personnes prioritaires pour le suivi des cas et des contacts de santé publique comprennent les femmes en âge de procréer et tous les partenaires sexuels de personnes enceintes atteintes de syphilis (quel que soit le stade). Dans la plupart des provinces et territoires examinés, les organismes de santé publique font un suivi auprès des partenaires sexuels des femmes enceintes atteintes de syphilis pour confirmer que le traitement a été reçu et que la sérologie de suivi a été obtenue en dehors de la période fenêtrée^{8,10,13,20-22}. En Alberta, le dépistage est recommandé pour les enfants nés de femmes atteintes de syphilis latente tardive, en fonction de la durée potentielle de l'infection²³.

Dans le cadre d'une approche à plusieurs volets pour traiter l'augmentation des cas de syphilis congénitale, le Département de la Santé publique de San Francisco a créé de nouveaux flux de travail en 2019 dans lesquels les femmes enceintes atteintes de syphilis et leurs partenaires sexuels ont été identifiés comme la priorité absolue pour le suivi de la santé publique. L'évaluation de ce flux de travail a révélé que la proportion de cas chez les femmes âgées de 15 à 49 ans dans lesquels le statut de grossesse a été déterminé est passée de 73 % en 2017 à 92 % en 2019. Il y a également eu des augmentations non significatives de la proportion de femmes atteintes de syphilis précoce qui ont été interviewées, ont identifié des partenaires sexuels à la santé publique, ont informé les partenaires

sexuels et ont eu des partenaires qui ont reçu un traitement. Il a été déterminé que six cas de syphilis congénitale ont été évités en 2019²⁴.

3. ASSURER UN TRAITEMENT ADÉQUAT

Il est essentiel de s'assurer que les femmes enceintes atteintes de syphilis sont traitées de manière appropriée conformément aux lignes directrices pour prévenir la syphilis congénitale. Pour la santé publique, cela peut inclure la fourniture de traitements ou l'obtention de renseignements sur le traitement auprès des fournisseurs de soins de santé (p. ex., médicaments, dose, date d'administration). Certaines administrations exigent des documents sur les traitements passés ou actuels pour les femmes enceintes dont la sérologie est positive pour la syphilis, et si cela ne peut être obtenu, un nouveau traitement est recommandé^{9,13,19}. Au Texas, les femmes enceintes dans le mois suivant leur date d'accouchement sont prioritaires pour un suivi amélioré des cas si le statut de traitement reste inconnu¹³. Le Manitoba donne des directives précises pour assurer un suivi actif des cas de grossesse chez les femmes dont le traitement semble avoir échoué.¹⁹

Certaines administrations tirent parti des outils existants pour déterminer l'état du traitement afin d'éclairer la gestion de la santé publique. Au Texas, un système de surveillance électronique est utilisé pour identifier les femmes enceintes qui n'ont pas d'antécédents de traitement ou qui n'ont pas été traitées adéquatement. Ce mécanisme permet de prioriser ces cas pour un meilleur suivi des cas, y compris les visites sur le terrain et la coordination avec leur fournisseur de soins de santé pour amorcer le traitement ou le retraitement¹³. De même, le département de la Santé de l'Australie-Occidentale utilise un système de gestion de la santé publique spécifique à la syphilis qui génère des alertes automatiques pour le personnel de santé publique afin de confirmer la réception du traitement ou de la répétition des tests et des résumés de cas pour les réunions de gestion de cas²⁵.

En réponse aux cas de syphilis qui ont de la difficulté à accéder à un traitement approprié, le Bureau de la santé publique de l'État de la Louisiane a créé un programme appelé Syphilis Home Observed Therapy (SHOT). Ce programme offre l'administration à domicile de pénicilline G benzathine pour traiter la syphilis dans les régions de l'État où la morbidité de la syphilis est élevée. Les femmes ayant une grossesse sans complications sont dirigées vers le SHOT si elles font face à des obstacles pour accéder au traitement et n'ont pas d'allergie documentée à la pénicilline. Une fois enregistrés, le cas et ses contacts se voient offrir un traitement à la pénicilline G benzathine à domicile par une infirmière autorisée accompagnée d'un gestionnaire de cas périnatal ou d'un spécialiste de l'intervention en maladie (SIM). La capacité, l'adhésion et l'auto-efficacité du personnel sont des défis à mettre en œuvre^{26, 27}.

4. PERSONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE DÉSIGNÉ

Le département de la Santé publique de New York a conçu un modèle de soins appelé Congenital Syphilis Prevention Investigator (CPI). Dans cette approche, toutes les enquêtes sur la syphilis chez les femmes d'une région définie ont été attribuées à un seul gestionnaire de cas. Les résultats d'intérêt ont été comparés pour les cas déclarés entre la période pilote (juin à décembre 2020) et la période du modèle précédant le CPI (janvier à décembre 2019). L'approche du CPI a amélioré l'achèvement des données de 13 % à 25 %, la rapidité du suivi de la syphilis de 15,8 %, la rapidité des services des partenaires de 19,5 %, la réception du dépistage obligatoire de la syphilis au troisième trimestre de 37,6 % et la rapidité du traitement de la syphilis de 4,6 %. Les facteurs contribuant aux résultats positifs étaient l'adhésion du personnel, la formation complète du personnel qui comprenait la santé prénatale générale, l'établissement de priorités dans l'établissement de relations avec les clients et l'établissement de partenariats internes et externes (p. ex., travail social)²⁸.

5. COORDINATION DES SOINS

Plusieurs administrations ont souligné des approches qui visaient à améliorer la participation aux soins de santé et à atténuer l'impact des déterminants sociaux de la santé sur les résultats de la syphilis. Pour ce faire, elles ont désigné du personnel complémentaire au sein du département de la Santé ou formé des comités de coordination des soins multidisciplinaires et multisectoriels.

Dans les départements de santé publique des États-Unis, les enquêtes de santé publique sur les ITS sont souvent menées par un SIM. Les SIM sont des professionnels de la santé publique formés pour gérer les cas et les contacts des maladies transmissibles importantes pour la santé publique²⁹. Trois administrations ont décrit des modèles où du personnel supplémentaire (p. ex., travailleur social, santé publique) était utilisé pour offrir une coordination ou un suivi des soins qui complètent les activités de gestion des cas et des contacts du SIM.

En Louisiane, un gestionnaire de cas périnatal élabore des plans de coordination des soins individuels pour les femmes ou les femmes enceintes atteintes de syphilis qui mettent l'accent sur l'amélioration de l'accès aux soins primaires et prénataux et sur les déterminants sociaux de la santé (p. ex., l'obtention d'un logement stable, la sécurité alimentaire). Pour les femmes enceintes, il s'agissait d'un contact mensuel jusqu'à la date de l'accouchement. Au cours de la période pilote, ce programme a recruté 51 femmes atteintes de syphilis et a obtenu des résultats positifs, notamment : faciliter le traitement des cas et de leurs partenaires, obtenir un logement stable et participer aux soins primaires ou aux soins obstétricaux. Il a été constaté que la participation au programme était plus élevée chez les femmes enceintes que chez les femmes non enceintes^{14-15, 30}.

De même, dans le cadre d'un programme pilote de 2017 à New York, les femmes enceintes atteintes de syphilis se sont vues attribuer un travailleur social. Dans ce modèle, le travailleur social a fourni un soutien à la clientèle et une gestion de cas qui a orienté le client vers le traitement de la syphilis, les soins prénataux, des rappels pour un nouveau test et d'autres informations sur la syphilis. Sur les 28 clients inscrits, 19 (67,8 %) ont subi un nouveau test de dépistage de la syphilis au troisième trimestre. Sur les 15 accouchements confirmés, il n'y a eu aucun cas confirmé de syphilis congénitale.³¹

Le département de la Santé publique de Chicago a élaboré un programme amélioré de coordination des soins pour diriger les femmes enceintes atteintes de syphilis vers les infirmières en santé publique du Maternal, Infant Child and Adolescent Health Bureau pour un suivi supplémentaire. Ces infirmières de santé publique se sont concentrées sur l'accès aux soins prénataux, le nouveau test de dépistage de la syphilis au troisième trimestre et la prise en compte des déterminants sociaux pertinents de la santé (p. ex., logement, emploi, assurance-maladie, etc.). Sur les 24 femmes enceintes atteintes de syphilis qui ont consenti à participer à ce programme, 13 (54 %) ont été orientées vers des soins prénataux par les infirmières en santé publique, tandis que sept (29 %) étaient déjà incluses dans le programme. Sur les 13 personnes orientées vers des soins prénataux, 10 (77 %) ont suivi des services de conseils en santé prénatale, cinq (38 %) ont été orientées vers un programme national de sécurité alimentaire et cinq (38 %) ont été incluses dans des services tels que le logement, le travail social et les ressources d'emploi³².

Deux administrations ont décrit des comités de coordination des soins axés sur les soins et la prise en charge des femmes enceintes atteintes ou à risque d'infection par la syphilis.

Le département de Santé publique de San Francisco préside des réunions hebdomadaires de coordination des soins avec un groupe multidisciplinaire. L'objectif de ces réunions est de déterminer et d'élaborer des plans de soins (y compris la mise sous traitement, le dépistage et les soins prénataux)

pour les femmes enceintes de la collectivité qui présentent un risque élevé de syphilis, qui ont reçu un diagnostic de syphilis et qui ne sont pas encore traitées ou qui sont traitées et qui bénéficieraient d'un soutien continu. Ces réunions hebdomadaires comprennent des infirmières en santé publique, des fournisseurs de soins prénataux, des navigateurs périnataux, des travailleurs sociaux, des travailleurs en médecine de rue, des travailleurs d'approche en matière d'itinérance, des membres d'un groupe de travail sur la prévention de la syphilis congénitale et un superviseur du SIM. En 2021, 45 femmes enceintes de San Francisco ont été suivies par ce comité et 17 (38 %) ont finalement reçu un diagnostic de syphilis. De ce nombre, 12 (71 %) ont terminé le traitement plus de 30 jours avant l'accouchement. Quatre grossesses ont donné lieu à un diagnostic de syphilis congénitale. Le personnel participant à ces réunions de coordination des soins a décrit ce modèle efficace pour fournir des soins à ces personnes et a amélioré la capacité du personnel à offrir des soins axés sur le patient et tenant compte des traumatismes³³.

En 2020, le Metropolitan Communicable Disease Control (MCDC) de Perth, en Australie, a créé le comité Syphilis in Pregnancy (SIP). Ce comité est un groupe multiorganismes et multidisciplinaire composé de personnel de santé publique, de médecins en santé sexuelle, de sages-femmes, de personnel des services de santé travaillant dans des organismes de services aux Autochtones et aux sans-abri et au département de la Justice, ainsi que de spécialistes dans les domaines des maladies infectieuses pédiatriques, de la néonatalogie et de l'obstétrique. Le comité SIP se réunit mensuellement et conçoit et surveille les plans de soins (y compris les décisions de traitement, l'évaluation et la prise en charge des risques pour le nourrisson ou le fœtus, la recherche des contacts, les problèmes d'accès aux soins et l'arrimage aux soutiens sociaux, y compris le logement) pour toutes les femmes enceintes qui ont reçu un nouveau diagnostic de syphilis, des antécédents de syphilis inadéquatement traitée ou qui ont terminé leur traitement contre la syphilis dans les 12 mois précédant leur grossesse actuelle. Du 1^{er} janvier 2021 au 30 septembre 2022, le comité SIP a suivi 63 femmes enceintes sans cas de syphilis congénitale identifiés chez les femmes suivies²⁵.

6. SOUTENIR, ÉDUCER ET INCITER

Au Nunavut, une lettre de plan de soins pour la syphilis prénatale est élaborée pour chaque cas et distribuée à tous les fournisseurs qui participent aux soins de la personne enceinte et au pédiatre qui devrait participer aux soins du nourrisson. Cette mesure est effectuée pour toutes les personnes enceintes ayant une sérologie de syphilis réactive, y compris celles ayant des antécédents de syphilis, de syphilis latente tardive ou infectieuse afin d'assurer la sensibilisation et la continuité des soins³⁴.

Quelques documents d'orientation mettent l'accent sur l'éducation et le soutien propres aux femmes enceintes ou aux femmes atteintes de syphilis. Ces ressources comprennent l'arrimage aux soins prénataux ou aux services de planification familiale, les conseils sur les risques et le suivi recommandé si la personne enceinte présente une réaction de Jarish-Herxheimer à la pénicilline, ainsi que les conseils sur le dépistage de la syphilis pour tout enfant antérieur par son fournisseur de soins primaires^{13, 19, 20, 23, 35}.

En Oregon, le HIV/Syphilis Care Incentive Program a été élaboré pour améliorer la participation au suivi de la syphilis. Les personnes enceintes identifiées comme étant à risque d'un suivi incomplet de la syphilis reçoivent des cartes-cadeaux de 25 \$ chez des détaillants locaux pour se présenter à chaque rendez-vous pour le traitement et/ou la sérologie post-traitement. Au cas par cas, ces incitatifs peuvent être étendus à d'autres activités, comme le traitement des partenaires.³⁶

Sondage auprès des bureaux de santé publique de l'Ontario

Au total, 31 sondages remplis ont été reçus de 34 (91,2 %) BSP de l'Ontario, représentant les sept régions sanitaires. Des réponses ont été soumises par divers rôles de santé publique, y compris des infirmières en santé publique, des gestionnaires de programme et des médecins-hygiénistes.

On a demandé aux BSP si leurs politiques et procédures de gestion de la santé publique différaient pour les cas et/ou les contacts de syphilis qui étaient des femmes en âge de procréer ou qui étaient connues pour être enceintes, par rapport aux hommes ou aux personnes non enceintes.

POLITIQUES ET AVANTAGES : CAS DE SYPHILIS

La majorité des BSP ont déclaré que leurs politiques et procédures prévoyaient des dispositions spécifiques au suivi des femmes enceintes atteintes de syphilis (29/31 ; 93,5 %), tandis que moins d'entre eux ont déclaré en avoir pour les femmes en âge de procréer atteintes de syphilis (13/31 ; 41,9 %). Parmi ceux qui ont des directives dans leurs procédures de suivi pour ces populations, les thèmes communs étaient les suivants :

- **Vérifier l'état de grossesse** : Plusieurs BSP ont précisé que la vérification de l'état de grossesse fait partie de leur évaluation pour toutes les femmes en âge de procréer atteintes de syphilis. Dans certains BSP, l'orientation vers un test de grossesse est fait si le statut de grossesse ne peut être confirmé.
- **Prise en charge et suivi prioritaires** : Les cas de syphilis (infectieuse et non infectieuse) chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer sont classés comme « hautement prioritaires » par plusieurs BSP. Certains BSP ont précisé que les cas de grossesse ne seraient pas libérés du suivi ou considérés comme perdus de vue avant l'accouchement ou la date prévue de l'accouchement.
- **Services améliorés de gestion des cas** : Il a été fréquemment signalé que les cas de femmes enceintes faisaient l'objet d'un suivi plus rigoureux que les cas de femmes non enceintes afin de garantir la réalisation du suivi sérologique, la vérification du statut thérapeutique et/ou l'obtention d'un plan de soins auprès du médecin responsable. Les BSP ont déclaré qu'ils font des efforts supplémentaires et utilisent des méthodes plus exhaustives (p. ex., visites à domicile, recherche dans les bases de données pour obtenir des contacts supplémentaires, recours aux services de police ou à la Société d'aide à l'enfance) pour atteindre les cas de grossesse par rapport aux cas non enceintes. Certains BSP ont précisé que les cas de syphilis non infectieuse ne font pas l'objet d'un suivi systématique à moins qu'ils ne soient connus pour être enceintes. Dans quelques BSP, le suivi de la syphilis différait chez les femmes en âge de procréer par rapport aux hommes ou aux femmes qui ne sont pas en âge de procréer. Dans certains cas, les femmes en âge de procréer ont reçu un suivi de santé publique pour la syphilis latente tardive et sont contactées pour un suivi sérologique et pour assurer un traitement adéquat.
- **Communication interne sur le cas** : Certains BSP ont indiqué que chaque cas de syphilis chez les femmes enceintes est signalé aux membres supérieurs de leur équipe des maladies transmissibles (p. ex., médecin(s) hygiéniste(s), gestionnaires et/ou directeurs).
- **Orientation vers les soins de santé** : Plusieurs BSP ont indiqué qu'ils facilitaient l'orientation vers un spécialiste des maladies infectieuses pour le traitement et le suivi au besoin pour les femmes enceintes atteintes de syphilis. Quelques BSP ont fait remarquer qu'ils facilitent régulièrement

l'orientation vers des soins prénataux pour les personnes qui ne sont pas déjà affectées à un fournisseur ou à un spécialiste des maladies infectieuses pédiatriques à la naissance du nourrisson.

- **Éducation** : Plusieurs BSP ont indiqué qu'ils offraient des conseils supplémentaires aux femmes enceintes atteintes de syphilis, en particulier sur les risques et la prévention de la syphilis congénitale, la surveillance continue de l'infection et l'importance de prévenir la réinfection.

POLITIQUES ET PROCÉDURES : CONTACTS

Bien que plusieurs BSP aient signalé des modifications à leurs politiques et procédures pour les contacts de personnes atteintes de syphilis chez les femmes enceintes (22/31; 71,0 %), moins de BSP ont modifié le suivi des contacts de personnes enceintes atteintes de syphilis (14/31; 45,2 %) ou des contacts féminins de personnes atteintes de syphilis (10/31; 32,3 %).

Parmi celles qui ont reçu des directives dans leurs procédures de suivi des contacts enceintes et/ou des contacts de cas de grossesse, les thèmes communs comprenaient la vérification de l'état de grossesse, la priorisation des femmes enceintes et des femmes en âge de procréer pour le suivi des contacts, l'amélioration des activités de gestion des contacts (voir ci-dessus), l'orientation le cas échéant et l'éducation). Les BSP ont souvent indiqué effectuer un suivi comprenant la vérification de la notification et du traitement et/ou du dépistage des contacts enceintes et des contacts de femmes enceintes atteintes de syphilis. Moins de BSP ont indiqué qu'ils effectuaient régulièrement cette mesure pour les contacts féminins de personnes atteintes de syphilis. Quelques BSP ont déclaré qu'ils faisaient un suivi auprès de contacts féminins pour vérifier l'état de grossesse si le cas de référence n'est pas en mesure de confirmer ou s'ils ont des raisons de croire que la référence ne remplira pas la notification.

STRATÉGIES À L'APPUI DU SUIVI EN SANTÉ PUBLIQUE

Environ la moitié des BSP (16/31) ont déclaré avoir utilisé des stratégies supplémentaires pour soutenir le suivi de la syphilis chez les femmes et/ou les femmes enceintes. Certaines des stratégies décrites peuvent être utilisées pour tous les cas ou contacts, tandis que d'autres sont utilisées au besoin selon les circonstances.

Les stratégies particulières utilisées par les BSP pour soutenir la gestion des cas de ces populations comprennent :

- **Assurer un traitement adéquat** : si un cas de syphilis a de la difficulté à accéder aux soins, certains BSP offrent des visites à domicile pour l'administration du traitement de la syphilis et le prélèvement d'échantillons (c.-à-d. ponction veineuse) pour surveiller la réponse sérologique au traitement.
- **Désigner le personnel** : Les BSP ont décrit deux approches pour affecter du personnel pour le suivi des femmes et/ou des femmes enceintes. L'un est un modèle d'entrevue unique dans lequel une infirmière est responsable du suivi de chaque cas pendant toute la durée de l'enquête sur la syphilis. Cette approche est utilisée pour faciliter la continuité des soins et aider à établir des relations avec le client. Une autre approche consiste à désigner une seule infirmière en santé publique pour superviser et surveiller le suivi de tous les cas de grossesse. Cette personne offre un soutien à ses collègues qui s'occupent de la gestion de cas.
- **Utilisation des modèles** : Certains BSP ont créé des modèles de gestion de cas personnalisés pour les cas de grossesse, y compris des formulaires de déclaration des fournisseurs de soins de santé ou des lettres qui sont distribués aux fournisseurs de soins connus pour être impliqués dans les soins du client.

- **Incitatifs** : Quelques BSP ont décrit avoir offert un soutien financier comme une compensation pour le transport ou des incitatifs (c.-à-d. des cartes-cadeaux) pour se présenter à des rendez-vous au besoin.
- **Soutien** : Quelques BSP ont décrit les stratégies de « transferts à chaud » ou d'orientation de soutien vers des fournisseurs de soins de santé (c.-à-d. les soins prénataux).
- **Tirer parti des ressources existantes** : Les BSP ont souligné l'utilisation de services de traduction et la collaboration avec des équipes internes (p. ex., équipe de sensibilisation, ressources en santé familiale) ou des partenaires communautaires, y compris les fournisseurs de soins prénataux et les refuges pour femmes.

Les BSP qui utilisent des stratégies ou des approches pour compléter la prise en charge des cas chez les femmes et/ou les femmes enceintes atteintes de syphilis ont signalé des résultats positifs tels que l'amélioration des relations avec les clients, l'adoption du traitement et la participation au suivi en santé publique. Les BSP ont souligné le succès, en particulier l'affectation d'une seule infirmière pour le suivi des cas et la collaboration avec les partenaires communautaires et les fournisseurs de soins de santé. Parmi les facteurs facilitants couramment identifiés des résultats positifs au niveau du système ou du personnel, mentionnons le soutien de la direction, la disponibilité de lignes directrices et de recommandations sur les pratiques exemplaires, l'adhésion adéquate du personnel, la volonté du personnel de modifier les pratiques, l'expertise du personnel de santé publique et le fait d'avoir des relations bien établies avec les partenaires communautaires. Les obstacles les plus fréquemment signalés aux résultats positifs de la gestion de cas au niveau des clients étaient la stigmatisation liée aux ITS, le manque de connaissances sur la syphilis, le manque d'accès aux services de soins de santé (p. ex., prénatal, ITS) et les inégalités liées aux déterminants sociaux de la santé, comme le manque de soutien financier ou familial. Les obstacles les plus fréquemment signalés à la gestion de cas au niveau du BSP comprenaient la pénurie et le roulement du personnel, la charge de travail élevée, les lacunes dans les connaissances des fournisseurs de soins de santé et le manque d'infrastructure technologique.

Discussion

Afin de prévenir la syphilis congénitale, les femmes enceintes diagnostiquées ou exposées à la syphilis doivent être considérées comme hautement prioritaires pour le suivi de la santé publique. Lorsque cela est approprié et que la capacité le permet, les BSP peuvent envisager de mettre à jour leurs politiques et procédures de gestion des cas de syphilis afin d'inclure des directives spécifiques aux femmes enceintes et aux femmes en âge de procréer qui ont reçu un diagnostic de syphilis ou qui y ont été exposées. La vérification et la documentation de l'état de grossesse sont des activités fondamentales pour éclairer l'établissement des priorités et le suivi approprié de la santé publique. Les BSP peuvent envisager d'évaluer la proportion de cas chez les femmes en âge de procréer sans grossesse documentée afin de mieux cerner les lacunes et les possibilités d'améliorer les résultats en lien avec la syphilis.

De nombreuses administrations ont utilisé des outils et des infrastructures technologiques dans le cadre de leur approche multidimensionnelle pour le suivi de la syphilis chez les femmes et les femmes enceintes. La technologie peut être utilisée pour envoyer des rappels électroniques au personnel de santé publique afin de vérifier et de documenter l'état de la grossesse et du traitement, ou pour que les cliniciens soumettent facilement des formulaires de déclaration en ligne ou des références pour un traitement et un suivi appropriés de la syphilis. Des modèles personnalisés pour la syphilis au sein de ces populations peuvent être utilisés pour aider les services de santé publique à identifier les cas de syphilis chez les femmes enceintes afin de les prioriser et de les suivre plus rapidement, permettre une

communication claire et cohérente des détails des cas et aider à la planification des soins avec les fournisseurs communautaires.

Certains organismes de santé publique affectent un seul membre du personnel qui se consacre au suivi des cas et des contacts de femmes ou de femmes enceintes. Cette approche permet à un personnel possédant une expertise particulière d'offrir des soins complets et uniformes aux cas et aux contacts de ces populations. Cela peut améliorer l'engagement auprès de la santé publique et l'adoption d'un traitement approprié contre la syphilis. Comme peu de BSP en Ontario ont déclaré avoir utilisé cette stratégie à ce jour, elle offre une occasion d'envisager (lorsque le financement et la capacité le permettent) d'améliorer le suivi des cas et des contacts de syphilis.

L'un des principaux points à retenir des données probantes est l'importance des organismes de santé publique dans l'établissement et la mise à profit de partenariats internes et externes pour assurer une gestion complète de la syphilis et une coordination des soins. Les partenariats avec les organismes communautaires, les fournisseurs de soins de santé (p. ex. spécialistes des maladies infectieuses, pédiatres, obstétriciens, omnipraticiens et sages-femmes) et d'autres équipes de santé publique (p. ex. sensibilisation, programmes de santé familiale, cliniques de santé sexuelle) ont été utilisés pour faciliter les contacts de santé publique avec les clients. Ces relations, ainsi que des voies de communication et d'orientation définies, ont contribué à assurer un traitement adéquat, une surveillance sérologique et un suivi des contacts. Les modèles de gestion de cas qui intègrent le personnel des équipes maternelle et familiale ainsi que des disciplines complémentaires comme le travail social peuvent être bénéfiques pour les cas au-delà de la prise en charge de la syphilis (p. ex., aide au logement, accès aux soins et sécurité alimentaire), offrant l'occasion de s'attaquer à des problèmes sociaux complexes que les organismes de santé publique n'ont peut-être pas la capacité ou les ressources de soutenir. Les comités interdisciplinaires de coordination des soins ont également été décrits comme des modèles efficaces pour soutenir la participation des clients au suivi de la syphilis et aux soins prénataux.

Les BSP de l'Ontario ont relevé des défis communs dans la mise en œuvre d'approches de gestion de cas pour les femmes enceintes. En particulier, les BSP citent les lacunes limitées en matière de santé publique et de ressources communautaires, tant humaines que financières, dans les connaissances des fournisseurs de soins de santé sur la syphilis, ainsi que des obstacles au niveau des clients tels que le manque de confiance, la stigmatisation, la littératie en santé et les inégalités dans les déterminants sociaux de la santé (p. ex., manque d'accès à un logement stable et difficultés d'accès aux services de santé). Les bailleurs de fonds devraient envisager un soutien financier supplémentaire pour la santé publique afin de gérer adéquatement les cas de syphilis, d'éduquer les fournisseurs de soins de santé locaux et de soutenir les initiatives qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé.

Forces et limites

Cette revue résume la littérature grise et évaluée par les pairs obtenue grâce à une stratégie de recherche rigoureuse et aux commentaires de la majorité des BSP des sept régions sanitaires de l'Ontario. Bien que la littérature évaluée par les pairs sur les interventions efficaces de gestion des cas et des contacts pour la syphilis chez les femmes ou les femmes enceintes soit limitée, les approches utilisées en Ontario et dans d'autres provinces sont résumées et thématiques pour aider les organismes de santé publique à mettre en œuvre des stratégies applicables dans leur province ou territoire. Nous n'avons pas évalué la qualité des études évaluées par les pairs incluses. Nous fournissons un résumé qualitatif des résultats du sondage sur les stratégies de BSP en Ontario et nous n'avons pas été en mesure de fournir des proportions d'adoption par les BSP pour démontrer quelles stratégies étaient les plus couramment utilisées. Étant donné que la structure, le financement et le modèle de prestation des programmes des organismes de santé publique des autres administrations examinés dans le présent

résumé peuvent différer de ceux des BSP de l'Ontario, les approches utilisées dans ces administrations peuvent ne pas s'appliquer au contexte ontarien.

Retombées sur la pratique en Ontario

Afin de faire face à l'augmentation des taux de syphilis infectieuse chez les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer, les BSP devraient envisager de revoir les approches décrites dans le présent document et de les adapter ou de les mettre en œuvre, le cas échéant et lorsque c'est possible, en fonction de la capacité et des ressources disponibles au sein de leur organisation ou de leur communauté. Les considérations particulières relatives à l'utilisation des stratégies décrites dans le présent résumé et les obstacles potentiels à la mise en œuvre sont décrites à l'[Annexe 1](#). Dans le cadre d'un sondage auprès des BSP, il a été déterminé que la mise en œuvre de stratégies supplémentaires nécessiterait des ressources financières et humaines.

Bien que cela ne soit pas abordé en détail dans le présent résumé, les BSP devraient envisager de modifier leur approche pour les personnes connues ou à risque d'avoir des obstacles à l'accès aux soins dans leur communauté (p. ex., les personnes qui sont logées dans des conditions précaires ou qui consomment des substances). Les données montrent que les femmes et les femmes enceintes peuvent éviter de demander des soins primaires ou de suivre la santé publique en raison de la stigmatisation, de la méfiance, des traumatismes intergénérationnels, d'expériences négatives passées avec les systèmes de soins de santé ou de protection de l'enfance ou de la crainte de ramifications liées à la divulgation de la consommation de drogues ou d'alcool, en particulier en tant que femme enceinte^{38, 39}. Pour remédier à ce problème, les BSP peuvent envisager d'intégrer les principes de soins tenant compte des traumatismes et de la violence dans la planification et la prestation de leurs stratégies et dans le cadre de la formation du personnel afin d'assurer des soins sécuritaires et compétents.

Conclusion

L'augmentation des taux de syphilis infectieuse chez les femmes et les femmes en âge de procréer, combinée à la difficulté d'accéder à un traitement et à un suivi appropriés, contribue à une augmentation de la syphilis congénitale en Ontario et dans d'autres provinces. Les organismes de santé publique peuvent envisager (s'il y a lieu et lorsque le financement et la capacité le permettent) d'adapter ou de mettre en œuvre des stratégies axées sur la vérification de l'état de grossesse, la coordination des mesures de soutien pour réduire les obstacles aux soins et la prestation d'un soutien accru aux femmes et aux personnes enceintes atteintes de syphilis ou à risque de contracter la syphilis. De plus, l'intégration de stratégies qui éliminent les obstacles aux soins dans la gestion de la santé publique des femmes enceintes et des femmes atteintes de syphilis ou exposées à la syphilis peut améliorer les résultats liés à la syphilis, y compris la prévention de la syphilis congénitale.

Annexe 1 : Facteurs relatifs à la mise en œuvre et obstacles potentiels pour les interventions de gestion des cas et des contacts de la syphilis chez les femmes et/ou les femmes enceintes

Intervention	Facteurs relatifs à la mise en œuvre	Obstacles potentiels
<p>Prioriser les cas de grossesse, les contacts de grossesse et les partenaires de cas de grossesse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attribuer un niveau de priorité élevé pour le suivi des cas enceintes ou des femmes en âge de procréer, des contacts de femmes enceintes et des partenaires sexuels des cas enceintes et le délai prévu pour le suivi. • Définir la durée du suivi pour les femmes enceintes et les femmes en âge de procréer et les indicateurs de clôture du suivi. • Tenir des réunions régulières et fréquentes (p. ex. quotidiennes) entre le personnel de la santé publique qui gère les cas, les gestionnaires de programme, les médecins-hygiénistes et le personnel de surveillance. • Élaborer un modèle normalisé pour informer les dirigeants et les autres membres du personnel concernés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité limitée du personnel pour assurer un suivi rapide des cas. • Le nombre élevé de cas de syphilis chez les femmes en âge de procréer peut rendre difficile le suivi rapide. • Ressources humaines et financières limitées pour un suivi intensif. • Difficulté à trouver les contacts et à communiquer avec eux, y compris les contacts sexuels et les contacts anonymes. • Réticence du cas à aviser les partenaires ou à fournir les coordonnées du bureau de santé publique.
<p>Vérifier et documenter l'état de grossesse des cas et des contacts de syphilis chez les femmes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fixer un délai (p. ex. dans un délai d'un jour ouvrable) pour documenter l'état de grossesse après que le BSP a pris connaissance d'un cas de syphilis ou d'un contact qui est une femme en âge de procréer. • Documenter la date d'accouchement estimée, dans la mesure du possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiques de grossesse non déclarées par le fournisseur de soins de santé au moment de la déclaration initiale. • Non accès à un dossier médical électronique (DMÉ).

Intervention	Facteurs relatifs à la mise en œuvre	Obstacles potentiels
	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le taux d'achèvement et de documentation de base pour l'état de grossesse afin de déterminer les domaines à améliorer à l'avenir. • Confier régulièrement au personnel du BSP le soin d'examiner et de repérer les cas de grossesse manquants. • Si une plateforme technologique est utilisée pour faciliter la documentation de l'état de grossesse, définir la fréquence de production des rapports et affecter du personnel désigné pour examiner les données. • Définir et établir des normes minimales pour le remplissage de données dans des champs spécifiques pour les cas enceintes et leurs contacts et les contacts enceintes atteintes de la syphilis. • Concevoir des formulaires ou des ressources pour les fournisseurs de soins de santé avec des champs adaptés pour déterminer quand la syphilis est détectée chez une femme enceinte (p. ex., raison du test identifié comme dépistage prénatal sur les résultats de laboratoire). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lacunes dans la capacité du personnel (p. ex., pour remplir la saisie de données, créer et tenir à jour des formulaires). • Limites de l'infrastructure ou des systèmes de données existants (p. ex., incapacité d'automatiser certaines fonctions ou d'entrer l'état de grossesse et des détails comme la date estimée de l'accouchement). • Formation inadéquate du personnel pour utiliser de nouvelles technologies.
<p>Assurer un traitement adéquat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confier au personnel du BSP le soin d'examiner et de repérer les cas dont le statut de traitement est manquant, en priorisant ceux qui approchent de leur date d'accouchement estimée dans la mesure du possible (p. ex., connus pour être au troisième trimestre). • Examiner et mettre à jour les directives médicales existantes pour permettre le traitement de la syphilis à l'extérieur du milieu clinique (p. ex., au domicile du client), dans la mesure du possible. • Élaborer des voies d'orientation vers les fournisseurs de soins de santé si le bureau de santé publique n'est pas en mesure d'administrer le traitement de la syphilis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limites des systèmes de données existants (p. ex., incapacité d'entrer de l'information sur l'état du traitement ou d'automatiser les fonctions pour identifier les cas dont le statut de traitement est manquant). • Rapports incomplets ou retardés par les fournisseurs de soins de santé. • Manque de connaissances des fournisseurs de soins de santé sur la façon de traiter la syphilis pendant la grossesse.

Intervention	Facteurs relatifs à la mise en œuvre	Obstacles potentiels
	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure des protocoles de sécurité pour le personnel et les clients dans les procédures de traitement à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obstacles à l'accès au traitement pour les cas (p. ex., par l'intermédiaire de cliniques de santé sexuelle, de soins primaires ou de spécialistes des maladies infectieuses). • Réticence des patients à accepter un traitement à domicile (si disponible).
<p>Assurer un traitement adéquat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Confier au personnel du BSP le soin d'examiner et de repérer les cas dont le statut de traitement est manquant, en priorisant ceux qui approchent de leur date d'accouchement estimée dans la mesure du possible (p. ex., connus pour être au troisième trimestre). • Examiner et mettre à jour les directives médicales existantes pour permettre le traitement de la syphilis à l'extérieur du milieu clinique (p. ex., au domicile du client), dans la mesure du possible. • Élaborer des voies d'orientation vers les fournisseurs de soins de santé si le bureau de santé publique n'est pas en mesure d'administrer le traitement de la syphilis. • Inclure des protocoles de sécurité pour le personnel et les clients dans les procédures de traitement à domicile. 	<ul style="list-style-type: none"> • Limites des systèmes de données existants (p. ex., incapacité d'entrer de l'information sur l'état du traitement ou d'automatiser les fonctions pour identifier les cas dont le statut de traitement est manquant). • Rapports incomplets ou retardés par les fournisseurs de soins de santé. • Manque de connaissances des fournisseurs de soins de santé sur la façon de traiter la syphilis pendant la grossesse. • Obstacles à l'accès au traitement pour les cas (p. ex., par l'intermédiaire de cliniques de santé sexuelle, de soins primaires ou de spécialistes des maladies infectieuses). • Réticence des patients à accepter un traitement à domicile (si disponible).

Intervention	Facteurs relatifs à la mise en œuvre	Obstacles potentiels
Désigner du personnel spécifiquement pour la prise en charge des cas et des contacts de syphilis dans ces populations de patients	<ul style="list-style-type: none"> • Fixer des limites de cas pour les gestionnaires de cas individuels. Envisager une liste rotative d'employés, dans la mesure du possible. • Offrir une formation complète du personnel sur des sujets tels que la syphilis pendant la grossesse et la syphilis congénitale, les soins prénataux, les soins tenant compte des traumatismes, les soins culturellement adaptés, les entrevues motivationnelles et l'établissement de relations. • Tenir des réunions régulières et fréquentes (p. ex. quotidiennes) entre le personnel de la santé publique qui gère les cas, les gestionnaires de programme, les médecins-hygiénistes et le personnel de surveillance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exigences supplémentaires en matière de formation du personnel (p. ex., renseignements spécifiques à la grossesse). • Épuisement professionnel ou roulement potentiel du personnel en raison d'une charge de travail intensive ou difficile.
Coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Former un comité de coordination composé d'infirmières en santé publique, de dirigeants de la santé publique (p. ex., médecins-hygiénistes, gestionnaires et directeurs de programme), de fournisseurs de soins prénataux, de navigateurs périnataux, de travailleurs sociaux, de sages-femmes, de travailleurs d'approche, de travailleurs de réduction des méfaits, de personnel travaillant dans le domaine de la santé Autochtone, de médecins en santé sexuelle, de médecins en maladies infectieuses et d'obstétriciens. • Définir les objectifs, la portée et le mandat du comité, y compris les rôles et les responsabilités (p. ex., président, procès-verbal, mise en œuvre des mesures de suivi), la fréquence des réunions et la population cible. • Cerner les possibilités de rôles définis et/ou de partenariats officiels intraorganismes ou interorganismes pour aborder les déterminants sociaux de la santé afin d'éviter le chevauchement potentiel des efforts. 	<ul style="list-style-type: none"> • Défis de coordination entre les organismes et les disciplines. • Risque de chevauchement des rôles si des définitions et des responsabilités claires ne sont pas énoncées. • Manque de rémunération pour assister à une réunion pour le personnel non salarié, le cas échéant (p. ex., médecins rémunérés à l'acte, sages-femmes). • Ressources financières limitées.

Intervention	Facteurs relatifs à la mise en œuvre	Obstacles potentiels
<p>Soutenir, éduquer et inciter les femmes enceintes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et intégrer les messages prioritaires dans les conseils aux personnes enceintes atteintes de syphilis ou exposées à la syphilis (p. ex., importance des soins prénataux de routine, y compris le dépistage de la syphilis, avantages du traitement pour prévenir la transmission de la syphilis au fœtus). • Élaborer des programmes incitatifs (p. ex., cartes-cadeaux pour assister à un traitement ou à des rendez-vous de suivi) pour les populations à risque élevé. • Définir des protocoles pour offrir un soutien financier pour le transport aux rendez-vous pour les clients qui éprouvent des obstacles aux soins. Il peut s'agir d'établir une relation avec une compagnie de taxi locale ou d'acheter à l'avance des billets de transport en commun ou des cartes de transport en commun prépayées et de les distribuer au besoin. • Concevoir des modèles de communication avec les fournisseurs de soins de santé pour informer tous les fournisseurs impliqués dans les soins de la femme enceinte des résultats de son test de dépistage de la syphilis et de son statut de traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> • La stigmatisation et la méfiance à l'égard des fournisseurs de soins de santé peuvent réduire l'engagement des clients. • Défis pour rejoindre efficacement les populations à risque élevé et marginalisées (p. ex., pas de téléphone cellulaire ou de téléphone, personnes sans adresse fixe). • Manque de capacité du personnel à intégrer des conseils supplémentaires aux clients. • Incapacité du bureau de santé publique à offrir un soutien financier ou des incitatifs (p. ex., restrictions sur l'utilisation du financement, manque de financement disponible).

Ressources supplémentaires

- Association canadienne de santé publique (ACSP), Centre for Sexuality. Trousse de soins sensibles aux traumatismes et à la violence (SSTV) pour réduire la stigmatisation associée aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Ottawa, Ontario : ACSP; 2020. Disponible à : https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/STBBI-TVIC-toolkit_f.pdf

Bibliographie

1. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). La syphilis infectieuse et la syphilis congénitale précoce en Ontario en 2023 [Internet]. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024 [cité le 5 août 2025]. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/S/25/syphilis-ontario-focus-2023.pdf?rev=0e41159c46be4a32a81ab096d45caa82&la=fr>
2. Fanella S, Bitnun A, Barton M, Sauve L; Société canadienne de pédiatrie (SCP). Le diagnostic et la prise en charge de la syphilis congénitale : ne laisser passer aucune occasion [Internet] Ottawa, Ontario : SCP; 2024 [mis à jour le 28 mars 2018; cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://cps.ca/fr/documents/position/syphilis-congenitale>
3. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Syphilis maternelle et congénitale précoce en Ontario : 2020-2022. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2024. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/C/24/congenital-maternal-syphilis-2020-2022.pdf>
4. Gratrix J, Karwacki J, Eagle L, Rathjen L, Singh A, Chu A, et coll. Outcomes of infectious syphilis in pregnant patients and maternal factors associated with congenital syphilis diagnosis, Alberta, 2017-2020. Can Commun Dis Rep. 2022; 48(2-3):61-7. Disponible à : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i23a02>
5. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; Comité consultatif provincial des maladies infectieuses (CCPMI). Infections transmissibles sexuellement – Recommandations pour des pratiques optimales en gestion des cas et localisation des contacts. Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2009. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/sti-case-management-contact-tracing.pdf?la=fr>
6. Matthias JM, Keller G, George D, Wilson C, Peterman T. Using an email alert to improve identification of pregnancy status for women with syphilis – Floride, 2014-2018. Sex Transm Dis. 2019; 46(3):196-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000934>
7. Munroe CH, Henniker-Major R, Homfray V, Browne R. Improving the antenatal and post-partum management of women presenting to Sexual Health Services with positive syphilis serology through audit. Int J STD AIDS. 2017; 28(9):929-31. Disponible à :

<https://doi.org/10.1177/0956462417691443>

8. Communicable Diseases Network Australia (CDNA). Syphilis: CDNA national guidelines for public health [Internet]. Canberra : CDNA; 2018 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.health.gov.au/sites/default/files/2023-11/syphilis-cdna-national-guidelines-for-public-health-units.pdf>
9. NSW Health. Syphilis control guideline [Internet]. St Leonards : NSW Government; 2024 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/controlguideline/Pages/syphilis.aspx>
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). STD PCHD: strengthening STD prevention and control for health departments [Internet]. Atlanta, GA : CDC; 2019 [cité le 7 juillet 2024]. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20230330121706/https://www.cdc.gov/std/funding/docs/STD-PCHD-TA-Notes-7-Disease-investigation-females.pdf>
11. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Nova Scotia communicable diseases manual: syphilis [Internet]. Halifax : Gouvernement de la Nouvelle-Écosse; 2020 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://novascotia.ca/dhw/cdpc/cdc/documents/Syphilis.pdf>
12. Gouvernement de la Saskatchewan. Communicable diseases control manual: sexually transmitted infections - syphilis [Internet]. Regina, SK : Gouvernement de la Saskatchewan; 2024 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.ehealthsask.ca/services/Manuals/Documents/cdc-section-5-70-syphilis.pdf>
13. Texas Department of State Health Services. Program operating procedures and standards (POPS) [Internet]. Austin, TX : Texas Department of State Health Services; 2024 [cité le 26 septembre 2024]. Chapitre 23, congenital syphilis. Disponible à : <https://www.dshs.texas.gov/hivstd/pops/chap23>
14. Hoover A. Perinatal case management for females with syphilis: a pilot project through the CS supplement to AAPPS [Internet]. Washington, DC : National Coalition of STD Directors; 2018 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : https://www.ncsddc.org/wp-content/uploads/2018/12/Hoover_Perinatal-Case-Management-for-Females-with-Syphilis.pdf
15. Centres for Disease Control and Prevention (CDC). STD prevention success stories: combating congenital syphilis in Louisiana: going beyond the numbers to save babies' lives [Internet]. Atlanta, GA : CDC; 2019 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/sti-funding/media/pdfs/2019-04-15-louisiana.pdf>
16. NSW Health. Syphilis notification form [Internet]. St Leonards : NSW Government; 2024 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/Documents/syphilis_notification_form.pdf
17. Illinois Department of Public Health (IDPH). Provider updates on perinatal syphilis [Internet]. Springfield, IL : IDPH Department; [2024] [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à :

<https://dph.illinois.gov/content/dam/soi/en/web/idph/publications/idph/topics-and-services/diseases-and-conditions/std/syphilis/perinatal-syphilis-provider-information.pdf>

18. Bauer HM (California Department of Public Health). Eliminating congenital syphilis in California [Webinaire]. Présenté à : Syphilis Summit. 9 et 10 janvier 2017; Los Angeles, Ca. Disponible à : http://www.publichealth.lacounty.gov/dhsp/Presentations/Syphilis/Bauer_EliminatingCongenitalSyphilis.pdf
19. Manitoba Health.
Communicable disease management protocol – syphilis [Internet]. Winnipeg, MB : Gouvernement du Manitoba; 2023 [cité le 24 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/protocol/syphilis.pdf>
20. California Department of Public Health (CDPH), Sexually Transmitted Disease Control Branch. California congenital syphilis surveillance and case management [Internet]. Los Angeles, CA : CDPH; 2015 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/CongenitalSyphilis-Surveillance-CaseManagement-Protocol.pdf>
21. Australasian Society for HIV, Viral Hepatitis and Sexual Health Medicine (ASHM). Australasian contact tracing guidelines 2022 – syphilis [Internet]. Sydney : ASHM; 2022 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://contacttracing.ashm.org.au/syphilis/>
22. Government of Western Australia, Department of Health. Talk test treat trace manual: Western Australian sexually transmitted infections (STI) & blood-borne viruses (BBV) manual for Aboriginal communities [Internet]. Perth : Government of Western Australia; 2023 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://letsyarn.health.wa.gov.au/sites/default/files/2023-04/Talk%20Test%20Treat%20Trace%20Manual%20V9.pdf>
23. Gouvernement de l'Alberta. Alberta public health disease management guidelines: syphilis [Internet]. Edmonton, AB : Gouvernement de l'Alberta; 2021 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://open.alberta.ca/dataset/e234483d-fc2d-4bbf-a248-e0442808187e/resource/0a70ddda-280b-42f8-a473-5882172d6c83/download/health-phdmg-syphilis-2021-10.pdf>
24. Decker A, Ng RAC, Shaw R, Calero G, Forbes A, Kohn R, et coll. What does it take to avert congenital syphilis in San Francisco? Sex Transm Dis. 2022; 49(10 Supplement 1):S118.
25. MacKenzie H, McEvoy SP, Ford TJ. Managing risk for congenital syphilis, Perth, Australie-Occidentale, Australie. Emerg Infect Dis. 2023; 29(10):2093-101. Disponible à : <https://doi.org/10.3201/eid2910.230432>
26. Deming M. Mobilizing a syphilis response: thinking outside the pox [Webinaire]. Présenté à : STD Engage 2019 du 19 au 22 novembre; Alexandria, VA. Disponible à : <https://www.ncsddc.org/wp-content/uploads/2019/12/112019-11a-Walnut-MobilizingSyphilis.pdf>
27. Louisiana Health Hub. SHOT: syphilis home observed treatment [Internet]. Baton Rouge, LA : Louisiana Health Hub; 2022 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://louisianahealthhub.org/wp-content/uploads/2022/03/SHOT-Final.pdf>

28. Hennessy R, Malvasio S. Congenital syphilis prevention in New York City [Webinaire]. Présenté à : National Coalition of STD Directions Congenital Syphilis Workshop Series. 11 février 2022; New York, NY. Disponible à : https://www.ncsddc.org/wp-content/uploads/2022/02/NCSD-CS-Workshop_NYC-Presentation.pdf
29. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Disease intervention [Internet]. Atlanta, GA : CDC; 2024 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/sti/php/projects/disease-intervention.html>
30. Lindsay E, Gougisha L. Congenital syphilis in Louisiana and related provider interventions [Webinaire]. Présenté à : National Coalition of STD Directions Congenital Syphilis Workshop Series. 11 février 2022; New York, NY. Disponible à : https://www.ncsddc.org/wp-content/uploads/2022/02/NCSD-CS-Workshop_Louisiana-Presentation.pdf
31. Breaux H, Murphy C, Johnson K, Ashmore M, Hennessy R, Blank S. Using a multi-disciplinary care coordination meeting to improve trauma-informed services and reduce congenital syphilis in San Francisco. *Sex Transm Dis.* 2018; 45(Supplement 2):S75.
32. Jamison A. Implementing an enhanced care coordination model for pregnant women with syphilis [Affiche]. Présenté à : Sigma Theta Tau International 45th Biennial Convention. 16 au 20 novembre 2019; Washington, DC. Disponible à : <https://sigma.nursingrepository.org/server/api/core/bitstreams/9feeb580-00d6-4ff0-8d1b-cf2134a74983/content>
33. Decker A, Lazarovitz D, Gutierrez C, Shaw R, Cohen SE, Seidman D. Utilizing a multi-disciplinary care coordination meeting to improve trauma-informed services and reduce congenital syphilis in San Francisco. *Sex Transm Dis.* 2022; 49(10 Supplement 1): S21-S2.
34. Gouvernement du Nunavut. Nunavut communicable disease and surveillance manual [Internet]. Iqaluit, NU : Gouvernement du Nunavut; 2016 [cité le 24 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/documents/2023-12/Communicable%20Disease%20Manual.pdf>
35. Agence de la santé publique du Canada. Guide sur la syphilis : Prise en charge et traitement [Internet]. Ottawa, ON : Gouvernement du Canada; 2024 [modifié le 11 avril 2024; cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/syphilis/traitement-suivi.html>
36. Oregon Health Authority (OHA). HIV/Syphilis Care Incentive Program [Internet]. Portland, OR : OHA; 2019 [cité le 26 septembre 2024]. Disponible à : https://www.oregon.gov/oha/PH/DISEASES/CONDITIONS/HIVSTDVIRALHEPATITIS/SEXUALLYTRANSMITTEDDISEASE/Documents/HIV_Syphilis_Care_Incentive_Program.pdf
37. Chan EYL, Smullen C, Clavijo S, Papp-Green M, Park E, Nelson M, et coll. A qualitative assessment of structural barriers to prenatal care and congenital syphilis prevention in Kern County, California. *PLoS One.* 2021; 16(4). Disponible à : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249419>

38. California Department of Public Health (CDPH), Sexually Transmitted Disease Control Branch. California Department of Public Health (CDPH) updates: syphilis screening recommendations [Internet]. Los Angeles, CA : CDPH; 2024 [cité le 28 décembre 2024]. Disponible à : <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/Expanded-Syphilis-Screening-Recommendations.pdf>

Modèle proposé pour citer le document

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Approches de santé publique pour les femmes et les femmes enceintes atteintes de syphilis. Toronto, Ontario : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2025.

Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a conçu le présent document. SPO offre des conseils scientifiques et techniques au gouvernement, aux agences de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé de l'Ontario. Les travaux de SPO s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles au moment de leur publication. L'application et l'utilisation du présent document relèvent de la responsabilité des utilisateurs. SPO n'assume aucune responsabilité relativement aux conséquences de l'application ou de l'utilisation du document par quiconque. Le présent document peut être reproduit sans permission à des fins non commerciales seulement, sous réserve d'une mention appropriée de SPO. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de SPO.

Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est un organisme du gouvernement de l'Ontario voué à la protection et à la promotion de la santé de l'ensemble de la population ontarienne, ainsi qu'à la réduction des iniquités en matière de santé. Santé publique Ontario met les connaissances et les renseignements scientifiques les plus pointus du monde entier à la portée des professionnels de la santé publique, des travailleurs de la santé de première ligne et des chercheurs.

Pour obtenir plus de renseignements au sujet de SPO, veuillez consulter santepubliqueontario.ca.

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2025

Ontario 