

## RÉSUMÉ DE PREUVES PERTINENTES

# Dépistage prénatal universel de la syphilis et de la syphilis congénitale



Date de publication : novembre 2023

### Principaux constats

- Les données probantes sur l'efficacité du dépistage universel optimisé pendant la grossesse afin de prévenir la syphilis congénitale sont limitées. Toutefois, l'absence de dépistage répété au cours du troisième trimestre contribue à faire rater des occasions de prévenir la syphilis congénitale.
- L'adhésion au dépistage de la syphilis au troisième trimestre est très variable. La plupart des études indiquent une faible adhésion face aux conseils de dépistage, ce qui peut conduire à des infections de syphilis non détectées et non traitées chez les femmes enceintes.
- La rentabilité d'un nouveau dépistage chez les femmes enceintes au cours du troisième trimestre est généralement plus élevée dans les régions où les taux de syphilis sont relativement élevés. Il existe peu de données sur le fait que la mise en œuvre d'un dépistage universel au premier trimestre, au troisième trimestre et à l'accouchement permette d'éviter des coûts dans le contexte d'une éclosion.

## Enjeu et objet de la recherche

La syphilis maternelle et congénitale constitue un problème de santé publique important en raison du risque d'issue défavorable sur la grossesse, comme l'accouchement prématuré et la mortinaissance, et d'incidences graves pour le nourrisson, comme une atteinte des nerfs, la perte d'audition et la mort infantile.<sup>1</sup> La probabilité de transmission de la syphilis au fœtus est élevée, en particulier pour les femmes enceintes souffrant d'infections primaires ou secondaires non traitées, la grande majorité des cas de syphilis congénitale se produisant in utero ou par exposition à des lésions infectieuses lors de l'accouchement. La prévention de la syphilis congénitale passe par l'accès à un dépistage, un diagnostic et un traitement adéquats et opportuns de la syphilis maternelle. Le traitement précoce de l'infection maternelle est efficace pour traiter l'infection fœtale et prévenir la syphilis congénitale.<sup>2,3</sup>

Environ 77 % des cas de syphilis infectieuse maternelle non traités entraînent des conséquences néfastes pour le fœtus, y compris des conséquences graves telles que l'avortement spontané, la mortinaissance ou l'anasarque fœtale.<sup>4,5</sup> Les manifestations cliniques de l'infection par la syphilis chez les nourrissons sont plus ou moins graves et comprennent l'anémie, la thrombopénie, la lymphadénopathie, l'hépatosplénomégalie, la neurosyphilis et l'ostéochondrite. L'apparition des symptômes se déclenche souvent plus tard, ce qui signifie que de nombreux enfants vivants atteints de l'infection sont asymptomatiques à la naissance.<sup>6</sup> Ce retard peut rendre plus difficiles l'identification et/ou le diagnostic de la syphilis congénitale au moment de la naissance, en particulier lorsque le statut infectieux de la mère au moment de l'accouchement n'est pas connu.

Au cours des dix dernières années, les taux de syphilis ont augmenté au Canada pour tous les sexes, mais particulièrement chez les femmes en âge de procréer. Au Canada, le taux chez les femmes a augmenté de 773 %, passant de 1,7 cas pour 100 000 en 2016 à 14,9 cas pour 100 000 en 2020. La majorité (87 %) de ces cas se situent entre 15 et 39 ans.<sup>7</sup> Une augmentation correspondante des cas de syphilis congénitale a également été observée au Canada depuis 2017, avec sept cas déclarés en 2017 contre 96 en 2021.<sup>8</sup> Les États-Unis observent également une augmentation de l'incidence de la syphilis maternelle infectieuse et de la syphilis congénitale, en particulier depuis 2012. En 2020, 2 148 cas de syphilis congénitale ont été signalés aux États-Unis.<sup>9</sup>

Les lignes directrices sur la santé publique pour la prévention et la gestion des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) recommandent le dépistage de la syphilis pour toutes les femmes enceintes au cours du premier trimestre ou lors de la première visite prénatale.<sup>10</sup> En utilisant une approche basée sur le risque, l'ITSS recommande un nouveau dépistage de la syphilis au troisième trimestre (entre la 28<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse) et à l'accouchement pour les femmes enceintes vivant dans des régions où il y a des éclosions de syphilis et/ou pour les personnes qui présentent un risque continu d'infection. Les fournisseurs de soins de santé peuvent également envisager un dépistage plus fréquent pendant la grossesse pour les personnes présentant un risque d'infection plus élevé. Les facteurs de risque individuels de syphilis incluent les antécédents de rapports sexuels anonymes, un environnement instable, la consommation de drogues, les contacts sexuels avec un cas connu de syphilis, les antécédents récents d'une infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS) et/ou l'appartenance à une population vulnérable.<sup>11</sup>

Certaines provinces ont réagi à l'évolution de l'épidémiologie de la syphilis infectieuse chez les femmes et à l'augmentation subséquente de la syphilis congénitale en recommandant un dépistage prénatal universel supplémentaire au cours du troisième trimestre et/ou au moment de l'accouchement (p. ex., le Manitoba et la Colombie-Britannique au Canada). Un dépistage répété de la syphilis pendant la grossesse permet de détecter les personnes qui ont eu une séroconversion après le dépistage du premier trimestre, par exemple lorsque la syphilis est contractée après le test de dépistage prénatal initial ou lorsqu'une infection syphilitique précoce n'a pas été détectée lors du dépistage prénatal initial (c.-à-d. testé après l'exposition, mais avant la séroconversion). Le dépistage au cours du troisième trimestre vise à identifier l'infection maternelle et à mettre en place un traitement précoce afin de réduire le risque de syphilis congénitale. Il s'oppose au dépistage à l'accouchement, qui vise à détecter les cas de syphilis congénitale et à fournir un traitement approprié en temps opportun.<sup>6</sup>

L'objectif de ce résumé de preuves pertinentes est de synthétiser les données disponibles concernant le dépistage prénatal universel de la syphilis au cours du troisième trimestre et/ou de l'accouchement en tant que stratégie de prévention de la syphilis congénitale.

## Méthodologie

Une recherche dans la littérature grise sur les programmes de dépistage prénatal de la syphilis a été effectuée le 17 novembre 2022 à l'aide de mots clés dans le moteur de recherche Google et sur les sites Web des gouvernements. Les lignes directrices sur le dépistage prénatal de la syphilis ont été examinées pour toutes les provinces canadiennes et les pays de l'OCDE suivants : États-Unis, Australie (national), Royaume-Uni (R.-U.) et Nouvelle-Zélande.

L'équipe des services de bibliothèque de SPO a effectué des recherches documentaires sur le dépistage prénatal de la syphilis dans MEDLINE le 4 novembre 2022 (n = 162 articles) et dans les bases de données Embase, Biosis Previews et CINAHL Complete le 8 novembre 2022 (n = 341 articles). Les recherches ont porté sur des études en langue anglaise menées dans les pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et publiées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et les dates de recherche. Une recherche finale dans PubMed et medRxiv (préimpressions) afin d'identifier les articles manquants ou publiés depuis les recherches initiales a été effectuée le 22 novembre 2022. Deux réviseurs de SPO ont examiné les articles portant sur les programmes de dépistage prénatal de la syphilis, en accordant la priorité à ceux qui prévoyaient un dépistage au troisième trimestre et/ou à l'accouchement ; les articles portant sur les tests au point de service dans le cadre du dépistage prénatal ont été exclus. 41 articles ont été sélectionnés pour une analyse complète du texte et 19 articles ont finalement été retenus. Les stratégies de recherche de ce résumé de preuves pertinentes sont disponibles sur demande.

# Principales constatations

## Politiques de dépistage prénatal de la syphilis

Au Canada, le Manitoba, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest ont mis en place des politiques de dépistage universel de la syphilis chez les femmes enceintes au premier trimestre, au troisième trimestre et au moment de l'accouchement. La Nouvelle-Écosse a mis en place un dépistage universel au premier et au troisième trimestre. L'Alberta, la Colombie-Britannique et le Yukon recommandent un dépistage universel au premier trimestre et à l'accouchement. Les autres provinces ont une politique de dépistage universel au premier trimestre et de dépistage basé sur le risque au troisième trimestre et à l'accouchement.

L'annexe A présente les politiques actuelles de dépistage de la syphilis dans les pays/provinces examinés. Au Canada, les 13 provinces et territoires recommandent le dépistage universel au premier trimestre chez les femmes enceintes ; 1 sur 13 recommande le dépistage universel au premier et au troisième trimestre (ou à un autre moment de la grossesse) ; 3 sur 13 recommandent le dépistage universel au premier trimestre et à l'accouchement ou près de l'accouchement ; 3 sur 13 prévoient le dépistage universel au premier trimestre, au troisième trimestre et à l'accouchement. 6 sur 13 recommandent une prise de décision basée sur le risque pour un dépistage supplémentaire de la syphilis au troisième trimestre et/ou à l'accouchement.

Les lignes directrices nationales des CDC des États-Unis recommandent un dépistage universel au cours du premier trimestre, un dépistage basé sur le risque au cours du troisième trimestre et lors de l'accouchement, ainsi qu'un dépistage répété dans les régions où la morbidité de la syphilis est élevée. Toutefois, le dépistage prénatal de la syphilis aux États-Unis est obligatoire au niveau des États, avec une hétérogénéité significative à travers le pays. Warren et coll. (2018) ont rapporté qu'en 2016, 45 des 51 États exigeaient un dépistage prénatal de la syphilis. Sur ces 45 États, 38 exigent un dépistage au premier trimestre ou lors de la première visite prénatale, 12 exigent un dépistage universel au troisième trimestre et cinq exigent un dépistage au troisième trimestre uniquement si la patiente présente un risque élevé d'infection. Trois autres États exigent un dépistage à l'accouchement et cinq n'exigent un dépistage à l'accouchement que si la patiente présente un risque élevé.<sup>12</sup>

Tous les pays/régions étrangers examinés (États-Unis, Australie, Australie occidentale, Royaume-Uni et Nouvelle-Zélande) recommandent un dépistage universel au cours du premier trimestre, et trois sur cinq utilisent un dépistage basé sur le risque au cours du troisième trimestre et au moment de l'accouchement (p. ex., les directives nationales australiennes). Toutefois, l'État australien de l'Australie-Occidentale recommande un dépistage universel au premier et au troisième trimestre.

## Occasions manquées pour la prévention de la syphilis congénitale

La littérature incluse s'accorde sur le fait que l'absence de dépistage répété au troisième trimestre entraîne des occasions manquées de prévenir les cas de syphilis congénitale.

Huit études ont été examinées, dont une du Manitoba, au Canada, et sept des États-Unis, qui ont analysé l'absence de dépistage prénatal supplémentaire comme une occasion manquée de prévention de la syphilis congénitale ou qui ont identifié l'absence de dépistage prénatal répété plus tard au cours de la grossesse comme un facteur de risque de syphilis congénitale.<sup>13-20</sup> Benoit et coll. (2022) ont examiné 60 cas de syphilis congénitale à Winnipeg, au Manitoba, entre 2018 et 2020, et ont observé que 40,0 % (24/60) des cas n'avaient reçu aucun soin prénatal et que 23,3 % (14/60) avaient reçu des soins prénatals, mais présentaient probablement un risque élevé d'infection au cours de leur troisième trimestre.<sup>13</sup>

Sept études américaines ont signalé que le dépistage supplémentaire était une occasion de prévention de la syphilis congénitale, en particulier le dépistage supplémentaire au cours du premier et du troisième trimestre.<sup>14-20</sup> Deux études ont spécifiquement signalé que l'identification tardive de la séroconversion pendant la grossesse était une occasion manquée de détecter la syphilis congénitale. La séroconversion tardive pendant la grossesse a été définie dans les études comme des cas où le test était négatif au début de la grossesse, mais positif moins de 30 jours avant l'accouchement, le jour de l'accouchement ou 90 jours ou moins après l'accouchement. Dans une étude américaine portant sur 1 306 cas de syphilis congénitale entre 2013 et 2018, Kimball et coll. (2020) ont rapporté que 146 cas sur 1 306 (11,2 %) étaient dus à une identification tardive de la séroconversion pendant la grossesse. Kimball et coll. ont également constaté une grande disparité géographique, la proportion de cas attribués à une séroconversion tardive allant de 6,5 % dans l'ouest à 39,6 % dans le nord-est des États-Unis.<sup>14</sup> Dans une autre étude sur les cas de syphilis congénitale dans la ville de New York (2013-2020), l'identification tardive de la séroconversion a été une occasion de prévention manquée importante dans 31 sur 51 (60,8 %) des cas signalés. 23 sur 31 (80,7 %) de ces cas maternels n'avaient pas été dépistés au cours du troisième trimestre.<sup>15</sup>

Cinq études menées dans différentes juridictions aux États-Unis ont indiqué le rôle du dépistage du troisième trimestre dans la prévention de la syphilis congénitale. Dans une étude du comité d'examen de la syphilis congénitale portant sur 79 cas de syphilis congénitale en Louisiane, Rahman et coll. (2019) ont rapporté que 15 (19 %) cas auraient pu être évités si leurs mères avaient bénéficié du dépistage du troisième trimestre imposé par l'État.<sup>16</sup> Dans une éclosion de 57 cas de syphilis congénitale en Arizona (2017-2018), Sykes et coll. (2020) ont indiqué que le dépistage répété au troisième trimestre aurait pu prévenir 14 (24,6 %) cas de syphilis congénitale.<sup>17</sup> Dans un rapport faisant état de 18 cas de syphilis infectieuse chez des femmes enceintes dans le Minnesota (MN Department of Health, 2019) (2016-2017), cinq cas n'auraient pas pu être détectés si seulement le dépistage du premier trimestre avait été effectué.<sup>18</sup> Dans la ville de New York, entre 2010 et 2016, Slutsker et coll. (2018) ont rapporté que parmi les 68 cas maternels associés, 22 femmes ont contracté la syphilis pendant la grossesse, dont 15 d'entre elles n'avaient pas bénéficié d'un dépistage supplémentaire au troisième trimestre. 12 sur 15 (80 %) de celles qui n'ont pas bénéficié d'un dépistage supplémentaire au troisième trimestre présentaient un facteur de risque connu de syphilis.<sup>19</sup> Dans le cadre d'une étude observationnelle menée en 2013-2014 et répétée en 2018-2019 en Floride, Matthias et coll. (2022) ont rapporté le cas de 1 213 femmes enceintes atteintes de syphilis qui ont donné lieu à 341 cas de syphilis congénitale. Au cours de la première période, 21 sur 83 (25,3 %) des mères n'avaient pas subi de nouveau dépistage au cours du troisième trimestre, tandis que 36 sur 258 (13,9 %) n'avaient pas subi de nouveau dépistage au cours de la dernière période.<sup>20</sup>

## Adhésion aux recommandations de dépistage prénatal de la syphilis

L'adhésion au dépistage prénatal de la syphilis au troisième trimestre et/ou à l'accouchement (à la fois universel et basé sur le risque) varie sensiblement. Les facteurs contribuant à une faible adhésion sont l'âge de la mère (20 ans et moins), un statut socio-économique inférieur, une langue natale autre que l'anglais et le fait d'être Noire, Hispanique ou membre d'une Première Nation.

Parmi les études passées en revue, cinq ont porté sur l'adhésion aux recommandations relatives au dépistage prénatal de la syphilis, dont trois études menées aux États-Unis et deux au Canada (en Alberta et au Manitoba). Avant 2012, l'Alberta recommandait que toutes les femmes enceintes subissent un dépistage de la syphilis au cours du premier trimestre (entre 1 et 12 semaines de grossesse), au milieu de la grossesse (24 à 28 semaines de grossesse) et au moment de l'accouchement ( $\pm$  3 jours avant l'accouchement). Dans une étude de cohorte portant sur 99 609 grossesses en Alberta entre 2010 et 2011, Plitt et coll. (2016) ont déterminé la proportion de femmes enceintes ayant bénéficié des trois tests recommandés de dépistage prénatal de la syphilis. Cette étude a montré que 20,7 % des femmes enceintes ont bénéficié des trois dépistages recommandés et que 13,9 % ont bénéficié des dépistages du premier trimestre et du milieu de la grossesse. Les facteurs de risque de ne pas avoir subi les trois tests de dépistage comprenaient le statut de membre des Premières Nations (rapport de cotes ajusté [RCa] : 1,8 ; intervalle de confiance à 95 % [IC à 95 % : 1,62 ; 1,96]), le fait de résider dans une région rurale éloignée (RCa : 3,6 ; IC à 95 % : 3,10 ; 4,20) et le recours exclusif à une sage-femme pour les soins prénatals (RCa : 13,7 ; IC à 95 % : 9,20 ; 20,39). Les autres facteurs de risque étaient le fait de ne pas être marié, de fumer pendant la grossesse, d'avoir un faible revenu et d'être âgée de moins de 20 ans.<sup>21</sup> Dans une étude descriptive du dépistage de la syphilis chez 77 000 femmes enceintes au Manitoba (2015-19), Shaw et coll. (2022) ont rapporté que la proportion de femmes dépistées à tous les intervalles (premier trimestre, troisième trimestre, accouchement) a augmenté chaque année de 0,2 % en 2015 à 13,6 % en 2019. En outre, le dépistage combiné du premier et du troisième trimestre a augmenté au cours de l'étude, passant de 1,5 % à 19,4 %.<sup>22</sup> Le Manitoba a introduit le dépistage prénatal universel de la syphilis au troisième trimestre et à l'accouchement en 2019.

Aux États-Unis, l'adhésion au dépistage de la syphilis au premier et au troisième trimestre était généralement faible, inférieure à 50 %.<sup>23-25</sup> Dans une étude de cohorte rétrospective portant sur 9 048 femmes enceintes dans l'Illinois (2015-2018), Clement et coll. (2022) ont rapporté que si 96,9 % des patientes avaient bénéficié d'un dépistage de la syphilis lors de leur première visite prénatale, seulement 24,4 % des femmes enceintes avaient bénéficié d'un dépistage au cours de leur troisième trimestre, bien qu'il soit obligatoire au niveau de l'État depuis 1999. Dans l'Illinois, les facteurs de risque de ne pas recevoir de dépistage au troisième trimestre comprenaient le fait d'être âgée de 19 ans ou moins (RCa : 2,2 ; IC à 95 % : 1,26 ; 3,73), d'être Noire (RCa : 1,3 ; IC à 95 % : 1,12 ; 1,59), Hispanique (RCa : 1,3 ; CI à 95 % : 1,10 ; 1,54), de langue natale autre que l'anglais (RCa : 1,6 ; IC à 95 % : 1,18 ; 2,25) et d'être titulaire d'une assurance publique (RCa : 2,6 ; IC à 95 % : 2,18 ; 2,99).<sup>23</sup> Dans une étude de 2017 à 2019, portant sur 504 943 femmes enceintes bénéficiant de Medicaid dans six États américains (Géorgie, Kentucky, Louisiane, Caroline du Nord, Caroline du Sud et Tennessee) Lanier et coll. (2022) ont indiqué que le taux moyen de dépistage au premier trimestre était de 39 % (fourchette entre les États : de 15 % à 62 %) et que le taux moyen de dépistage au troisième trimestre était de 30 % (fourchette : de 9 % à 55 %). Le dépistage du troisième trimestre était universel en Géorgie, en Louisiane et en Caroline du Nord, mais il était basé sur le risque au Tennessee et n'était pas obligatoire au Kentucky et en Caroline du Sud. Les taux de dépistage au troisième trimestre étaient plus faibles dans les États où il n'était pas obligatoire.<sup>24</sup>

Dans une étude de cohorte transversale portant sur 21 260 grossesses chez 19 574 femmes à Indianapolis, Indiana (2014-2016), Ojo et coll. (2021) ont rapporté que 81,7 % des grossesses avaient fait l'objet d'un dépistage de la syphilis à n'importe quel trimestre, plus au moment de l'accouchement. Comme l'Indiana utilise des recommandations de dépistage basées sur le risque, Ojo et coll. ont également examiné le dépistage prénatal de la syphilis chez les femmes à risque élevé. Les femmes ont été classées comme « à risque élevé » en fonction de leur résidence dans un code postal à forte prévalence de syphilis. 89,1 % des grossesses à risque élevé ont fait l'objet d'un dépistage prénatal de la syphilis à n'importe quel moment de la grossesse et au moment de l'accouchement. Dans les deux groupes, la proportion de femmes ayant bénéficié d'un dépistage à tout moment de la grossesse et lors de l'accouchement a augmenté au fil du temps.<sup>25</sup>

## Rentabilité d'un dépistage universel supplémentaire au cours de la grossesse

Aux États-Unis, la rentabilité d'un dépistage supplémentaire des femmes enceintes au troisième trimestre était généralement plus élevée lorsque les taux de syphilis locaux ou régionaux étaient relativement élevés. Des données canadiennes limitées ont montré que la mise en œuvre d'un dépistage universel au premier trimestre, au troisième trimestre et à l'accouchement permettait d'éviter des coûts dans le contexte d'une éclosion provinciale de

Six études ont examiné la rentabilité du dépistage répété pour la prévention de la syphilis congénitale.<sup>22, 26-30</sup> Cinq des six études ont modélisé la rentabilité aux États-Unis, tandis qu'une étude l'a modélisée pour le Manitoba. L'application des résultats de ces études doit se faire avec prudence, car toutes les études, sauf une, ont modélisé des données américaines basées sur des modèles de bénéficiaires de soins de santé différents de ceux du Canada. Quatre des six études ont indiqué que le dépistage au troisième trimestre était rentable pour prévenir les cas de syphilis congénitale.<sup>17, 26, 29-30</sup> Par exemple, dans une étude réalisée en 2020 en Arizona, il a été estimé que, sur la base des 14 716 femmes enceintes assurées en Arizona en 2017, le coût du dépistage supplémentaire au troisième trimestre (et du traitement ultérieur des cas identifiés) s'élèverait à 113 413 \$. Cependant, les économies combinées en matière d'hospitalisation résultant de la prévention de neuf cas de syphilis congénitale chez les nourrissons assurés par l'État s'élèveraient à 113 940 dollars, soit une économie nette de 527 dollars par an.<sup>17</sup> En modélisant une cohorte théorique de 3,9 millions de femmes aux États-Unis, Hersh et coll. (2018) ont rapporté que l'ajout d'un dépistage au troisième trimestre entraînait de meilleurs résultats pour les mères et les nouveau-nés et plus d'années de vie ajustées en fonction de la qualité (QALY) par rapport à un dépistage effectué uniquement au premier trimestre. Selon les auteurs, le dépistage au troisième trimestre a permis de réduire de 41 le nombre de cas de syphilis congénitale, de 73 le nombre de cas de mort fœtale intra-utérine et de 27 le nombre de décès néonataux et infantiles, ce qui s'est traduit par une économie de 52 millions de dollars et 4 000 QALY supplémentaires.<sup>26</sup> Dans une analyse à court terme sur les coûts évités réalisée au Manitoba (à partir des données de 2021 sur les cas de syphilis et les grossesses), Boodman et coll. (2022) ont modélisé les coûts évités de la syphilis congénitale en élargissant le dépistage, en passant d'une absence de dépistage prénatal ou d'un dépistage au premier trimestre uniquement à un dépistage universel au premier trimestre, au troisième trimestre et au moment de l'accouchement. Le ratio de coûts évités a été calculé à partir du coût direct à court terme du traitement de la syphilis congénitale sans complication en 2021, divisé par le coût du dépistage universel élargi de la syphilis. Avec l'hypothèse de 16 800 grossesses annuelles, 81 cas de syphilis congénitale et la prévention de 125 cas de syphilis congénitale grâce à l'identification opportune de l'infection maternelle par la syphilis grâce au dépistage prénatal, le programme de dépistage entraînerait un ratio de coûts évités de 16,3 par rapport au dépistage du premier trimestre uniquement, et de 26,8 si aucun programme de dépistage n'existait.<sup>30</sup>

Deux des cinq études ont révélé que le dépistage au troisième trimestre entraînait une augmentation des coûts ; cependant, les deux études ont démontré leur rentabilité en fonction de taux d'infection par la syphilis locaux spécifiques, mettant en évidence les seuils possibles pour lesquels le dépistage au troisième trimestre peut s'avérer rentable.<sup>27-28</sup> En modélisant la rentabilité à l'aide d'une cohorte théorique de 4 millions de femmes enceintes aux États-Unis ayant obtenu un résultat négatif au premier trimestre, Albright et coll. (2015) ont indiqué qu'avec un taux de séroconversion de 0,012 %, un dépistage supplémentaire au troisième trimestre permettrait d'éviter 60 cas de syphilis congénitale et sept décès néonataux ou de nouveau-nés. La prévention d'un cas de syphilis congénitale nécessiterait le dépistage au troisième trimestre de 65 790 femmes enceintes. Le dépistage universel du troisième trimestre ne serait rentable que si le taux de séroconversion était de 0,017 % ; le modèle était sensible à l'incidence de la séroconversion de la syphilis dans une région où la rentabilité augmentait avec l'augmentation des taux de séroconversion. Les auteurs ont conclu que pour que le dépistage du troisième trimestre soit rentable (au moins à l'échelle locale ou régionale), le taux de syphilis primaire et secondaire chez les femmes devrait être 19 fois plus élevé que la moyenne nationale de 0,000 9 %.<sup>27</sup> De même, dans une étude de cohorte rétrospective portant sur 58 569 accouchements (sur une période de 17 ans dans une communauté à risque élevé aux États-Unis), Shiber et coll. (2014) ont indiqué que pour que le dépistage au troisième trimestre soit rentable, le taux de syphilis congénitale chez les nouveau-nés devait être de 3,5 % (3 500 cas pour 100 000 accouchements).<sup>28</sup>

## Discussion et conclusions

L'Ontario connaît une augmentation importante des cas de syphilis infectieuse chez les femmes en âge de procréer et, par conséquent, un nombre historique de cas de syphilis congénitale. Les facteurs déclencheurs de ces augmentations ne sont pas bien compris.

Les données probantes de l'efficacité du dépistage universel optimisé de la syphilis pendant la grossesse sont limitées, bien qu'un dépistage supplémentaire pendant la grossesse soit associé à la prévention de la syphilis congénitale. Plusieurs provinces/pays ont choisi de renforcer le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes afin de prévenir les cas de syphilis congénitale. L'impact et la rentabilité d'un dépistage supplémentaire peuvent être influencés par le respect des recommandations de dépistage par les patients et les fournisseurs, le fardeau local de la syphilis congénitale et l'incidence de la séroconversion tardive de la syphilis pendant la grossesse. En 2018, l'United States Preventative Task Force (USPSTF) n'a pas rapporté de nouvelles preuves de l'efficacité d'un dépistage répété pendant la grossesse, tandis que le CDC et les directives conjointes de l'American Academy of Pediatrics (AAP) et de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) préconisent un dépistage répété au cours du troisième trimestre et lors de l'accouchement chez les femmes présentant un risque élevé de syphilis.<sup>31-33</sup> Les femmes enceintes à risque élevé comprennent celles qui vivent dans des régions où la prévalence de la syphilis est relativement élevée, les personnes incarcérées, celles qui vivent avec le VIH et celles qui travaillent dans l'industrie du sexe.<sup>12,34</sup>

## Limites du dépistage basé sur le risque

Certains pays/province qui sont passés au dépistage prénatal universel optimisé de la syphilis ont fait remarquer les limites du dépistage basé sur le risque pour identifier les femmes qui devraient bénéficier d'un dépistage supplémentaire de la syphilis pendant la grossesse.<sup>35,36</sup> La connotation stigmatisante des facteurs de risque identifiés, notamment la toxicomanie, un environnement instable ou la multiplicité des partenaires sexuels, peut conduire à un manque de divulgation de la part de la personne. En outre, les fournisseurs de soins de santé risquent de ne pas détecter correctement les facteurs de risque en raison de leur connotation stigmatisante, de la gêne ou d'un manque de capacité, entre autres facteurs.<sup>35-37</sup>



Les études analysant les caractéristiques des femmes enceintes atteintes de syphilis ont montré qu'un nombre important d'entre elles ne divulguaient pas un facteur de risque qui justifierait d'effectuer un dépistage supplémentaire conformément aux lignes directrices existantes. Des études menées aux États-Unis et au Royaume-Uni ont révélé que 49 % et 42 %, respectivement, des femmes enceintes atteintes de syphilis infectieuse n'ont pas révélé les facteurs de risque généralement associés à un «risque élevé» de syphilis infectieuse (par exemple, antécédents de consommation de drogues, antécédents d'incarcération, partenaire masculin ayant des rapports sexuels avec des hommes).<sup>38-39</sup>

## Effets néfastes potentiels du dépistage de la syphilis

Le principal inconvénient du dépistage peut être un résultat faussement positif requérant une évaluation clinique plus poussée, entraînant une anxiété accrue pour la mère, une utilisation inappropriée des antibiotiques et un risque d'anaphylaxie induite par la pénicilline chez la mère.<sup>31</sup> La phlébotomie est systématiquement pratiquée lors des soins prénatals de routine à 28 semaines et lors de l'accouchement, de sorte que l'on ne pense pas qu'il y ait un risque supplémentaire par rapport aux soins habituels.<sup>30</sup>

## Implications pour la pratique

La mise en œuvre d'un dépistage prénatal universel de la syphilis au troisième trimestre et/ou à l'accouchement dépendra d'un certain nombre de facteurs, notamment la faisabilité, l'acceptabilité par le public et les fournisseurs, le coût, la capacité des laboratoires, la viabilité du programme et les tendances épidémiologiques de la syphilis. Les modifications apportées aux recommandations en matière de dépistage doivent s'accompagner d'une sensibilisation et d'une éducation des fournisseurs afin de favoriser l'adhésion aux recommandations.

Un accès inadéquat aux soins prénatals est associé à la syphilis congénitale dans de nombreux pays/provinces. L'accès aux soins prénatals est souvent associé à des facteurs de risque qui conduisent à des recommandations répétées de dépistage de la syphilis, telles qu'un environnement instable, l'appartenance à une sous-population vulnérable et la consommation de substances. L'accès équitable à des dépistages prénatals supplémentaires éventuels est une considération importante à prendre en compte pour s'assurer que cette initiative touche les personnes qui devraient en bénéficier le plus.<sup>13,14, 17, 40-42</sup> Les modifications des recommandations de dépistage devraient aller de pair avec les efforts visant à comprendre et à améliorer l'accès aux soins prénatals pour les personnes qui, de manière disproportionnée reçoivent des soins inadéquats.

## Annexe A : Recommandations sur le dépistage prénatal de la syphilis par province/pays

**Tableau 1 : Recommandations pour le dépistage prénatal de la syphilis : provinces canadiennes**

Province	Dépistage au premier trimestre	Dépistage au troisième trimestre/en milieu de grossesse	Dépistage à l'accouchement	Détails supplémentaires
<a href="#">Yukon</a> <sup>43</sup>	Universel	Basé sur le risque	Universel	S.O.
<a href="#">Territoires du Nord-Ouest</a> <sup>44</sup>	Universel	Universel	Universel	S.O.
<a href="#">Nunavut</a> <sup>45</sup>	Universel	Universel	Universel	S.O.
<a href="#">Colombie-Britannique</a> <sup>46</sup>	Universel	Basé sur le risque	Universel	S.O.
<a href="#">Alberta</a> <sup>47</sup>	Universel	Basé sur le risque	Universel	L'Alberta recommandait auparavant un dépistage universel supplémentaire au cours du deuxième trimestre, mais cette recommandation a été <a href="#">abandonnée en 2012</a> . <sup>48</sup>
<a href="#">Saskatchewan</a> <sup>49</sup>	Universel	Basé sur le risque	Basé sur le risque	S.O.
<a href="#">Manitoba</a> <sup>50</sup>	Universel	Universel	Universel	Test mensuel de dépistage de la syphilis pendant la grossesse et également à l'accouchement en cas de nouveau diagnostic de syphilis ou de réinfection pendant la grossesse, ou en cas d'infection antérieure par la syphilis, mais qui a reçu ou reçoit un traitement pendant la grossesse en cours.
<a href="#">Ontario</a> <sup>51</sup>	Universel	Basé sur le risque	Basé sur le risque	S.O.
<a href="#">Québec</a> <sup>52</sup>	Universel	Basé sur le risque	Basé sur le risque	S.O.

Province	Dépistage au premier trimestre	Dépistage au troisième trimestre/en milieu de grossesse	Dépistage à l'accouchement	Détails supplémentaires
<a href="#">Nouveau-Brunswick</a> <sup>53</sup>	Universel	Basé sur le risque	Basé sur le risque	S.O.
<a href="#">Nouvelle-Écosse</a> <sup>54</sup>	Universel	Universel	Basé sur le risque	S.O.
<a href="#">Î.-P.-É.</a> <sup>55</sup>	Universel	Basé sur le risque	Basé sur le risque	S.O.
<a href="#">Terre-Neuve et Labrador</a> <sup>56</sup>	Universel	Basé sur le risque	Basé sur le risque	S.O.

S.O. : sans objet

**Tableau 2 : Recommandations pour le dépistage prénatal de la syphilis : par pays étranger**

Pays	Dépistage au premier trimestre	Dépistage au troisième trimestre/en milieu de grossesse	Dépistage à l'accouchement	Détails supplémentaires
<a href="#">ÉTATS-UNIS (CDC)</a> <sup>32</sup>	Universel	Basé sur le risque	Basé sur le risque	Différences entre les États
<a href="#">Australie</a> <sup>57</sup>	Universel	Basé sur le risque	Basé sur le risque	S.O.
<a href="#">Australie-Occidentale</a> <sup>58</sup>	Universel	Universel	S.O.	Dépistage universel supplémentaire à 36 semaines
<a href="#">Royaume-Uni</a> <sup>59</sup>	Universel	S.O.	S.O.	Le dépistage supplémentaire est basé sur l'évaluation des risques, sans calendrier précis.
<a href="#">Nouvelle-Zélande</a> <sup>60</sup>	Universel	Universel	S.O.	Dépistage universel supplémentaire proposé avec le deuxième test de dépistage prénatal

S.O. : sans objet

## Bibliographie

1. Agence de la santé publique du Canada. La syphilis au Canada : rapport technique sur les tendances épidémiologiques. Ottawa (Ontario) : Sa Majesté la Reine du Canada, représentée par la ministre de la Santé ; 2020. 2.4 : Issues défavorables de grossesse. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/syphilis-epidemiological-report/syphilis-fra.pdf>
2. Walker GJA, Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Les antibiotiques pour la syphilis diagnostiquée pendant la grossesse. Cochrane Database Syst Rev. 2001;2001(3):CD001143. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001143>
3. Alexander JM, Sheffield JS, Sanchez PJ, Mayfield J, Wendel Jr GD. Efficacy of treatment for syphilis in pregnancy. Obstet Gynecol. 1999;93(1):5-8. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(98\)00338-x](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00338-x)
4. Robinson JL ; Société canadienne de pédiatrie. La syphilis congénitale n'est plus seulement d'intérêt historique [Internet]. Ottawa (Ontario) : Société canadienne de pédiatrie ; 2018 [mis à jour le 8 février 2018 ; cité le 13 avril 2023]. Disponible à : <https://cps.ca/fr/documents/position/syphilis-congenitale>
5. Salomé S, Cambriglia MD, Scarano SM, Capone E, Betts I, Pacella D, et coll. Congenital syphilis in the twenty-first century: an area-based study. Eur J Pediatr. 2023;182(1):41-51. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04703-5>
6. Singh AE, Levett PN, Fonseca K, Jayaraman GC, Lee BE. Canadian Public Health Laboratory Network laboratory guidelines for congenital syphilis and syphilis screening in pregnant women in Canada. Can J Infect Dis Med Microbiol. 2015;26(Suppl A):23A-8A. Disponible à : <https://doi.org/10.1155/2015/589085>
7. Aho J, Lybeck C, Tetteh A, Issa C, Kouyoumdijan F, Wong J, et coll. Hausse des taux de syphilis au Canada, 2011 à 2020. Can Comm Dis Rep. 2022;48(2/3):52-60. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-2-3-february-march-2022/ccdrv48i23a01f-fra.pdf>
8. Agence de la santé publique du Canada. Syphilis infectieuse et syphilis congénitale au Canada, 2017-2021. Can Comm Dis Rep. 2022;48(11/12):587. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-11-12-november-december-2022/ccdrv48i1112a12f-fra.pdf>
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Impact of COVID-19 on STDs [Internet]. Atlanta (Géorgie) : CDC ; [cité le 17 avril 2023]. Disponible à : <https://www.cdc.gov/std/statistics/2021/impact.htm>
10. Agence de la santé publique du Canada. Guide sur la syphilis : Dépistage et test diagnostiques [Internet]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada ; 2022 [modifié le 7 juillet 2022 ; cité le 13 avril 2023]. Le dépistage pendant la grossesse. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/syphilis/depistage-test-diagnostiques.html>

11. Agence de la santé publique du Canada. Guide sur la syphilis : Facteurs de risque et manifestations cliniques [Internet]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada ; 2021 [modifié le 9 décembre 2021 ; cité le 13 avril 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/lignes-directrices-canadiennes/syphilis/facteurs-risque-manifestations-cliniques.html>
12. Warren HP, Cramer R, Kidd S. State requirements for prenatal syphilis screening in the United States, 2016. *Matern Child Health J.* 2018;22(9):1227-32. Disponible à : <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2592-0>
13. Benoit P, Tennenhouse L, Lapple A, Hill-Carroll G, Shaw S, Bullard J, et coll. Résurgence de la syphilis congénitale à Winnipeg, Manitoba. *Can Comm Dis Rep.* 2022;48(2/3):89-94. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-2-3-february-march-2022/ccdrv48i23a06f-fra.pdf>
14. Kimball A, Torrone E, Miele K, Bachmann L, Thorpe P, Weinstock H, et coll. Missed opportunities for prevention of congenital syphilis — United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(22):661-5. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6922a1>
15. Parenti S, Todorovic S, Bruce E, Currenti S. Missed prevention opportunities among pregnancies resulting in congenital syphilis cases in New York State, 2013–2020. *Sex Trans Dis.* 2022;49(10S):S22. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001686>
16. Rahman MM, Hoover A, Johnson C, Peterman TA. Preventing congenital syphilis—opportunities identified by congenital syphilis case review boards. *Sex Trans Dis.* 2019;46(2):139-42. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000909>
17. Sykes KJ, Scranton RA, Villarroel L, Anderson BV, Salek S, Stall J. Using surveillance data to respond to an outbreak of congenital syphilis in Arizona through third-trimester screening policies, 2017–2018. *Public Health Rep.* 2020;136(1):61-9. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/00333549209673>
18. Lynfield R, DeFrance L, Nemecek G, McCollough S, Elfstrand B. Memorandum to: Minnesota prenatal, perinatal, and pediatric health care providers. Re : Revised syphilis screening recommendations for pregnant women [Internet]. St. Paul (Minnesota) : État du Minnesota ; 2019 [cité le 13 avril 2023]. Disponible à : <https://www.health.state.mn.us/diseases/syphilis/hcp/syphpreg2019.pdf>
19. Slutsker JS, Hennessy RR, Schillinger JA. Factors contributing to congenital syphilis cases — New York City, 2010–2016. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2018;67(39):1088-93. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6739a3>
20. Matthias J, Spencer EC, Bowen VB, Peterman TA. Exploring changes in maternal and congenital syphilis epidemiology to identify factors contributing to increases in congenital syphilis in Florida: a two time-period observational study (2013–2014 vs 2018–2019). *BMJ Open.* 2022;12:e065348. Disponible à : <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065348>
21. Plitt SS, Osman M, Sahni V, Lee BE, Charlton C, Simmonds K. Examination of a prenatal syphilis screening program, Alberta, Canada: 2010–2011. *Can J Public Health.* 2016;107(3):e285-90. Disponible à : <https://doi.org/10.17269/CJPH.107.5320>

22. Shaw S, Plourde P, Klassen P, Stein D. Étude descriptive des tests de dépistage de la syphilis au Manitoba, Canada, 2015 à 2019. *Can Commun Dis Rep.* 2022;48(2/3):95-101. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-2-3-february-march-2022/ccdrv48i23a07f-fra.pdf>
23. Clement AC, Far KE, Yee LM. Disparities in state-mandated third-trimester testing for syphilis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2022;4(3):100595. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100595>
24. Lanier P, Kennedy S, Snyder A, Smith J, Napierala E, Talbert J, et coll. Prenatal syphilis screening among Medicaid enrollees in 6 Southern states. *Am J Prev Med.* 2022;62(5):770-6. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.11.011>
25. Ojo OC, Arno JN, Tao G, Patel CG, Dixon BE. Syphilis testing adherence among women with livebirth deliveries: Indianapolis 2014–2016. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):739. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04211-8>
26. Hersh A, Megli C, Caughey A. Repeat screening for syphilis in the third trimester of pregnancy: a cost-effectiveness analysis. *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):699-707. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002795>
27. Albright C, Emerson J, Werner E, Hughes B. Third-trimester prenatal syphilis screening: a cost-effectiveness analysis. *Obstet Gynecol.* 2015;126(3):479-85. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000997>
28. Shiber L, Todia WJ. Cost and clinical utility of repeated syphilis screening in the third trimester in a high-risk population. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(3):267.e1-5. Disponible à : <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.12.012>
29. Berruti A, Gift T. Cost and cost-effectiveness of antenatal screening for congenital syphilis in the U.S. *Sex Trans Dis.* 2018;45(2):S70. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/01.olq.0000544648.75601.8d>
30. Boodman C, Bullard J, Stein DR, Lee S, Poliquin V, Van Caesele P. Expanded prenatal syphilis screening in Manitoba, Canada: a direct short-term cost-avoidance analysis in an outbreak context. *Can J Public Health.* 2023;114(2):287-94. Disponible à : <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00682-0>
31. US Preventive Services Task Force (USPSTF). Final recommendation statement: syphilis infection in pregnant women: screening [Internet]. Rockville (Maryland) : USPSTF; 2018 [cité le 13 avril 2023]. Disponible à : <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/syphilis-infection-in-pregnancy-screening#bootstrap-panel--7>
32. Workowski KA, Bachman LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, et coll. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2021. *MMWR Morb Mort Wkly Rep.* 2021;70(4):1-187. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>
33. American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for perinatal care. 8<sup>th</sup> ed. Washington (District of Columbia) : American College of Obstetricians and Gynecologists; 2017. Disponible à : <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>

34. Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for syphilis: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2016;315(21):2328-37. Disponible à : <https://doi.org/10.1001/jama.2016.4114>
35. New Zealand Sexual Health Society (NZSHS) Executive Committee. NZSHS position statement on re-testing pregnant women for syphilis infection or reinfection [Internet]. Auckland : NZSHS; 2020 [cité le 13 avril 2023]. Disponible à : <https://www.nzshs.org/docman/guidelines/management-of-sexual-health-conditions/syphilis/syphilis-in-pregnancy/399-nzshs-position-statement-on-re-testing-pregnant-women-for-syphilis-infection-or-reinfection/file>
36. Plotzker RE, Rudman SL, Harmon JL, Kovaleski L. Expanded syphilis screening recommendations for the prevention of congenital syphilis: guidelines for California Medical Providers, 2020 [Internet]. Sacramento (Californie) : California Department of Public Health; 2020 [cité le 13 avril 2023]. Disponible à : <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DCDC/CDPH%20Document%20Library/Expanded-Syphilis-Screening-Recommendations.pdf>
37. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Déclaration du comité des maladies infectieuses de la SOGC sur la syphilis [Internet]. Ottawa (Ontario) : SOGC ; [cité le 13 avril 2023]. Disponible à : <https://sogc.org/fr/fr/content/featured-news/declaration-du-comite-des-maladies-infectieuses-de-la-sogc-sur-la-syphilis.aspx?>
38. Heath E, Bates S, Green T. Establishing the characteristics of pregnant women with syphilis to inform targeted interventions to reduce congenital syphilis. Sex Transm Infect. 2021;98(8):619. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2021-055319>
39. Trivedi S, Williams C, Torrone E, Kidd S. National trends and reported risk factors among pregnant women with syphilis in the United States, 2012–2016. Obstet Gynecol. 2019;133(1):27-32. Disponible à : <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003000>
40. Gratix J, Karwacki J, Eagle L, Rathjen L, Singh A, Chu A, et coll. Effets de la syphilis infectieuse chez les patientes enceintes et facteurs maternels associés au diagnostic de syphilis congénitale, Alberta, 2017 à 2020. Can Commun Dis Rep. 2022;48(2-3):61-7. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2022-48/issue-2-3-february-march-2022/ccdrv48i23a02f-fra.pdf>
41. Texas Department of State, Health Services. Congenital syphilis in Texas section 6- barriers to care [Internet]. Austin (Texas) : Texas Department of State Health Services; 2023 [cité le 12 avril 2023]. Disponible à : <https://www.dshs.texas.gov/hiv-std-program/hiv-dashboard/texas-dshs-hiv-std/congenital-syphilis-texas-section-4>
42. Agence de la santé publique du Canada. Message du ministre de la Santé, de la ministre de la Santé mentale et des Dépendances et ministre associée de la Santé et de la ministre des Femmes et de l'Égalité des genres et de la Jeunesse – Semaine de sensibilisation à la santé sexuelle et reproductive [Internet]. Ottawa (Ontario) : gouvernement du Canada ; 14 février 2023 [cité le 13 avril 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2023/02/message-du-ministre-de-la-sante-de-la-ministre-de-la-sante-mentale-et-des-dependances-et-ministre-associee-de-la-sante-et-de-la-ministre-des-femmes.html>





53. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Guide 2013 du Nouveau-Brunswick à l'intention des cliniciens pour diagnostiquer et traiter la syphilis [Internet]. Fredericton (Nouveau-Brunswick) : gouvernement du Nouveau-Brunswick ; 2013 [cité le 11 octobre 2023]. Disponible à : <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/en/Publications/9246e-final.pdf>
54. Regional Medical Officers of Health. Public health alert: syphilis outbreak [Internet]. Halifax (Nouvelle-Écosse) : Regional Medical Officers of Health; 2020 [cité le 11 octobre 2023]. Disponible à : [http://rcp.nshealth.ca/sites/default/files/clinical-practice-guidelines/ProviderLetter\\_Syphilis\\_2020\\_01\\_20.pdf](http://rcp.nshealth.ca/sites/default/files/clinical-practice-guidelines/ProviderLetter_Syphilis_2020_01_20.pdf)
55. Santé Î.-P.-É. Clinical practice guidelines for prenatal laboratory screening and testing [Internet]. Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) : gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard ; 2015 [cité le 11 octobre 2023]. Disponible à : [https://www.gov.pe.ca/photos/original/hpei\\_pre\\_cpgdoc.pdf](https://www.gov.pe.ca/photos/original/hpei_pre_cpgdoc.pdf)
56. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. Newfoundland and Labrador disease control manual: section 5 [Internet]. St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) : gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador ; 2016 [cité le 11 octobre 2023]. Disponible à : <https://www.gov.nl.ca/hcs/files/publications-diseasecontrol-s5-sexually-transmitted-and-bloodborne-pathogens.pdf>
57. Australian Government Department of Health and Aged Care. Pregnancy care guidelines: syphilis [Internet]. Canberra : Commonwealth d'Australie ; 2019 [cité le 11 octobre 2023]. Disponible à : [https://www.health.gov.au/reDisponible à%20pregnancy-care-guidelines/part-f-routine-maternal-health-tests/syphilis#362-syphilis-testing](https://www.health.gov.au/reDisponible%20à%20pregnancy-care-guidelines/part-f-routine-maternal-health-tests/syphilis#362-syphilis-testing)
58. Gouvernement de l'Australie-Occidentale. Antenatal and postnatal syphilis screening guideline [Internet]. Perth : gouvernement de l'Australie-Occidentale ; 2021 [cité le 11 octobre 2023]. Disponible à : <https://www.wacountry.health.wa.gov.au/~media/WACHS/Documents/About-us/Policies/Antenatal-and-Postnatal-Syphilis-Screening-Guideline.pdf?thn=0>
59. Kingston M, French P, Higgins S, McQuillan O, Sukthakar A, Stott C, et coll. UK national guidelines on the management of syphilis 2015. *Int J STD AIDS*. 2015. 27(6):1-26. Disponible à : <https://doi.org/10.1177/0956462415624059>
60. New Zealand Sexual Health Society (NZSHS). NZSHS position statement on re-testing pregnant women for syphilis infection or reinfection [Internet]. Wellington (Nouvelle-Zélande) : NZSHS; 2020 [cité le 11 octobre 2023]. Disponible à : <https://www.nzshs.org/docman/guidelines/management-of-sexual-health-conditions/syphilis/syphilis-in-pregnancy/399-nzshs-position-statement-on-re-testing-pregnant-women-for-syphilis-infection-or-reinfection/file>

## Citation

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Résumé de preuves pertinentes : dépistage prénatal universel de la syphilis et de la syphilis congénitale. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario ; 2023.

**ISBN 978-1-4868-7114-8** : Résumé de preuves pertinentes : dépistage prénatal universel de la syphilis et de la syphilis congénitale

## Avis de non-responsabilité

Santé publique Ontario (SPO) a produit le présent document. SPO prodigue des conseils de nature scientifique et technique 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 Santé publique Ontario. Aucun changement ni aucune modification ne peuvent être apportés à ce document sans la permission écrite explicite de Santé publique Ontario.

## Pour de plus amples renseignements

Courriel : [healthprotection@oahpp.ca](mailto:healthprotection@oahpp.ca)

## Santé publique Ontario

Santé publique Ontario est une société d'État vouée 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 en savoir davantage sur SPO, veuillez consulter : [santepubliqueontario.ca](http://santepubliqueontario.ca).

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023