



information



formation



recherche



coopération
internationale

LE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec 

AVIS SCIENTIFIQUE

LE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

DIRECTION RISQUES BIOLOGIQUES,
ENVIRONNEMENTAUX ET OCCUPATIONNELS

JANVIER 2006

AUTEURS

Raymond Parent, conseiller scientifique
Groupe scientifique sur les infections transmissibles sexuellement ou par le sang (GITSS)
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

Marc Dionne, directeur scientifique
Direction des risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

EN COLLABORATION AVEC

Michel Alary, Institut national de santé publique du Québec
Marc Boucher, Hôpital Sainte-Justine
Michel Couillard, Institut national de santé publique du Québec
Laurent Delorme, Hôpital Charles Le Moyne
Harold Dion, Clinique médicale l'Actuel
France Janelle, Direction régionale de santé publique de la Montérégie
Louise Jetté, Institut national de santé publique du Québec
Annie-Claude Labbé, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Claude Laberge, ministère de la Santé et des Services sociaux
Céline Laferrière, Hôpital Sainte-Justine
Gilles Lambert, Direction régionale de santé publique de Montréal et Institut national de santé publique du Québec
Pierre-Jean Maziade, Hôpital Pierre-Le Gardeur
Isabelle Rouleau, Institut national de santé publique du Québec
Marc Steben, Institut national de santé publique du Québec
Pierre Turgeon, Hôpital de Sorel
Sylvie Venne, ministère de la Santé et des Services sociaux
Jean Vincelette, Hôpital Saint-Luc/CHUM

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec : <http://www.inspq.qc.ca>. Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

CONCEPTION GRAPHIQUE
MARIE PIER ROY

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2006-019

DÉPÔT LÉGAL – 1^{ER} TRIMESTRE 2006
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-46603-9 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN 2-550-46604-7 (PDF)
©Institut national de santé publique du Québec (2006)

TABLE DES MATIÈRES

1	LE MANDAT	1
2	ÉLÉMENTS DE CONTEXTE	3
2.1	L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA SYPHILIS INFECTIEUSE	3
2.2	L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE	5
2.3	LES CONSÉQUENCES DE LA SYPHILIS NON-TRAITÉE CHEZ L'ADULTE	5
2.4	LES CONSÉQUENCES DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE.....	5
2.5	LES RECOMMANDATIONS EXISTANTES	6
2.6	LES COÛTS DU DÉPISTAGE	7
2.7	LES ENJEUX LIÉS AUX TESTS DES FEMMES ENCEINTES	8
3	RECOMMANDATIONS.....	9
4	ANNEXE 1	11

1 LE MANDAT

En 2003, le Comité consultatif sur les infections transmissibles sexuellement (CCITS) émettait un document¹ traitant des enjeux de santé publique soulevés par la flambée épidémique de syphilis détectée quelques mois plus tôt. Ce document contenait plusieurs recommandations, dont certaines visaient à prévenir la syphilis congénitale. Le ministère de la Santé et des services Sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de déterminer si ces recommandations étaient nécessaires et suffisantes pour prévenir la syphilis congénitale au Québec.

Les recommandations étudiées proposaient :

- que le dépistage systématique de la syphilis à la première visite de grossesse soit fait et qu'il y ait un suivi biomédical approprié des femmes avec un résultat positif;
- que la recherche systématique du résultat du dépistage au moment de l'accouchement soit faite et, pour celles dont le résultat n'est pas disponible, qu'il y ait analyse immédiate d'un nouveau prélèvement sanguin;
- que chez les femmes à haut risque chez lesquelles une exposition en cours de grossesse est possible, il pourrait être pertinent de répéter le dépistage vers la 28^e semaine de grossesse.

L'avis de l'INSPQ à ce sujet repose sur :

1- L'examen des recommandations québécoises, canadiennes et américaines

- L'avis du CCITS contient plusieurs recommandations visant la prévention et le contrôle de la syphilis.
- Les recommandations canadiennes sont actuellement au terme de leur processus de révision. Nous avons pu consulter la version qui sera bientôt diffusée.
- Les recommandations américaines des Centers for Disease Control and Prevention et du US Preventive Services Task Force ont aussi été examinées.

2- La mise à jour de la littérature récente

- L'avis du CCITS contient une revue détaillée de la littérature publiée à propos de la syphilis. Une mise à jour (2003-2005) en a été faite par une recherche MedLine sur les mots-clés « Syphilis testing », « Syphilis pregnancy » et « Congenital syphilis ».

¹ Augmentation du nombre de cas de syphilis au Québec, avis du Comité Consultatif sur les ITS, Novembre 2003

- 3- La consultation d'experts cliniciens de première ligne, microbiologistes-infectiologues, gynécologue-obstétricien, intervenants de santé publique et spécialistes de laboratoire
- Une consultation d'experts a servi à identifier les thèmes et les enjeux qui pourraient être discutés lors d'une rencontre subséquente. Alimentés des recommandations et publications pertinentes, une quinzaine d'experts ont participé à cette rencontre qui a traité des enjeux présentés ici.
 - Une version préliminaire de l'avis a été soumise à l'ensemble des experts présents à la réunion² ainsi qu'à certains autres, absents mais habilités et intéressés à commenter.
 - Les nombreux commentaires reçus ont mené à des consultations supplémentaires auprès de ces experts.

Les recommandations qui suivent découlent de ces échanges et des consensus établis.

² Annexe 1 : Liste des experts rencontrés

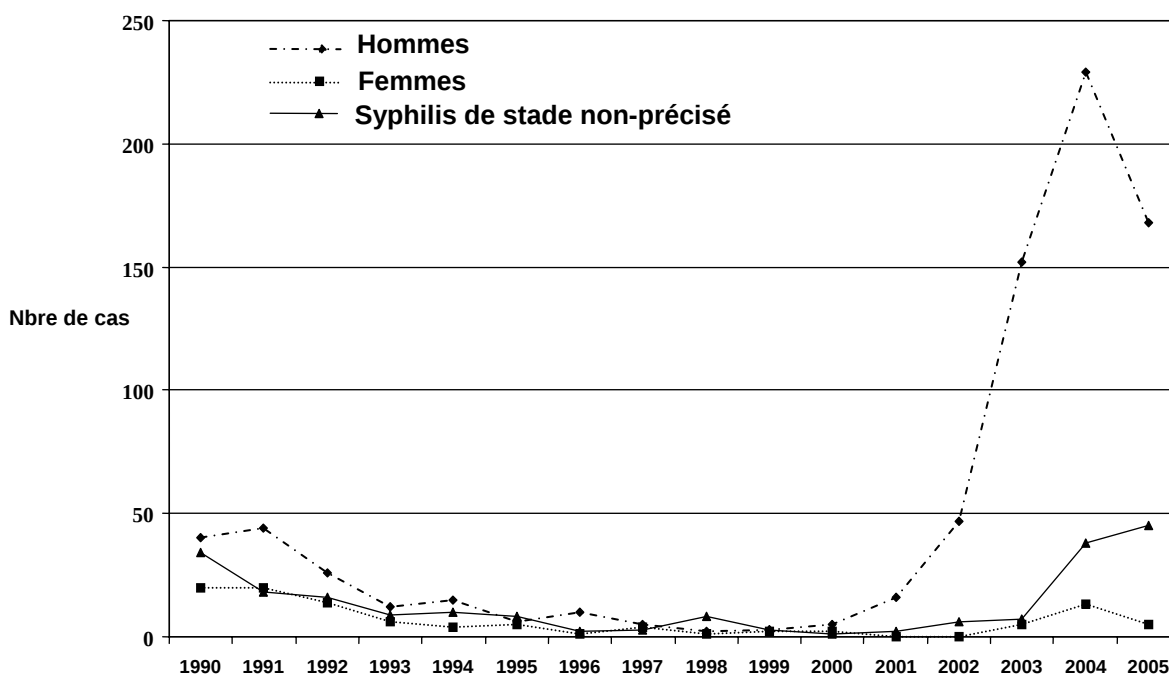
2 ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

2.1 L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA SYPHILIS INFECTIEUSE

Nous nous intéressons ici aux formes infectieuses de la syphilis puisque ce sont celles qui entraînent la grande majorité des cas congénitaux.

Le nombre de cas de syphilis infectieuse déclarés au Québec a diminué jusqu'à la fin des années '90. En 1998 et 1999, seulement trois et quatre cas (dont deux touchant des femmes) avaient été déclarés.

Figure 1 Nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse, 1990-2005, Province de Québec



Depuis, le nombre de cas annuels a constamment augmenté pour atteindre 243 en 2004, dont 13 cas féminins. De ces 13 femmes, 9 étaient en âge de procréer (défini ici comme étant de 15 à 49 ans) au moment de l'infection comparativement à 5 en 2003, aucune en 2002 ni en 2001 et 2 en 2000.

L'année 2005 marquera une stabilisation du nombre de cas observés, mais au rythme actuel, ce sont tout de même environ 170 cas (dont cinq féminins) qui pourraient être déclarés d'ici la fin de l'année.

Les activités de vigie intensifiée mises en place face à cette augmentation, nous indiquent que les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes sont particulièrement touchés. Entre les mois d'août 2004 et juillet 2005, 170 cas masculins et 15 cas féminins ont fait l'objet d'une enquête épidémiologique. Parmi les 160 hommes pour lesquels le sexe des partenaires sexuels étaient connus, 155 (89 %) avaient eu des relations sexuelles avec des hommes, dont 12 rapportaient aussi avoir eu des partenaires sexuelles féminines. Seulement cinq hommes n'avaient eu de relations sexuelles qu'avec des femmes. Parmi les 15 cas féminins, 11 étaient des femmes en âge de procréer et quatre touchaient des femmes de 50 ans ou plus.

La recrudescence observée au Québec a aussi été observée ailleurs au Canada^{3,4,5} ainsi qu'aux États-Unis^{6,7}, en Grande-Bretagne^{8,9}, en Belgique¹⁰, en Norvège¹¹, aux Pays-Bas¹² et en France¹³.

L'abandon ou la non-adoption de comportements sexuels sécuritaires, en lien avec la banalisation du sida, sont parmi les facteurs qui expliquent ces épidémies.

On sait aussi que la syphilis est un cofacteur de la transmission du VIH qui, de son côté, modifie l'histoire naturelle de la syphilis. Cette interaction entre les deux pathogènes alimenterait chacune des deux épidémies¹⁴.

Face à ce contexte, les experts que nous avons consultés ne croient pas que le nombre de cas de syphilis redescendra rapidement au niveau observé à la fin des années '90.

³ Singh A. Syphilis outbreak in Calgary. Réunion sur les HARSAH/UDI, Santé Canada, 8 et 9 mars 2001, Ottawa.

⁴ Yukon communicable disease control, Department of health and social services. Yukon territorial government (données non publiées).

⁵ Rekart M, Patrick D, Jolly A et al. Mass treatment/prophylaxis during an outbreak of infectious syphilis in Vancouver, British Columbia. *Can Comm Dis Report* 26(12):101-105. 2000.

⁶ CDC. Outbreak of syphilis among men who have sex with men - southern California, 2000. *MMWR* 2001;50:117-20.

⁷ CDC. Resurgent bacterial sexually transmitted disease among men who have sex with men - King County, Washington, 1997-1999. *MMWR* 1999;48:773-77.

⁸ Gill, N. Syphilis transmission in homo/bisexual men: New outbreak in London, continuing outbreak in Dublin. *Eurosurveillance Weekly* 2001;26.

⁹ CDSC. Syphilis continues to spread in Greater Manchester. *Commun Dis Rep CDR Weekly* 2001;4.

¹⁰ De Schrijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. *Eurosurveillance Weekly* 2001;19.

¹¹ Blystad H, Nilsen O, Aavitsland P. An outbreak of syphilis among homosexual men in Oslo, Norway. *Eurosurveillance Weekly* 1999;47.

¹² Wijgergangs L. Cases of syphilis in the Netherlands increase. *Eurosurveillance Weekly* 1997; Thursday 10 July.

¹³ Desenclos JC, « Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 35-36, 28 août 2001 (dans le site de l'Institut de Veille Sanitaire : <http://www.invs.sante.fr>).

¹⁴ Fleming DT, Wassersheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect* 1999;75:3-17.

2.2 L'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE

Seulement 3 cas de syphilis congénitale ont été déclarés au Québec depuis 15 ans (en 1992, 1994 et 2000). Le nombre réel de cas transmis pourrait être légèrement plus élevé puisque certains cas (atypiques ou diagnostiqués tardivement) ne seraient pas déclarés. Le nombre de tests de confirmation demandés au LSPQ nous indique toutefois que le nombre de cas non-déclarés est probablement petit. En effet, pour les enfants nés en 2002, 2003 et 2004, la recherche des anticorps IgM de syphilis par l'épreuve FTA-ABS-DS a été faite pour 6, 11 et 13 bébés, respectivement. De ceux-ci, 2 ont été trouvés « minimalement réactifs** », l'un en 2002 et l'autre en 2003.

2.3 LES CONSÉQUENCES DE LA SYPHILIS NON-TRAITÉE CHEZ L'ADULTE

Une syphilis non-traitée a des conséquences à long terme sur la santé de l'individu puisqu'elle évolue en plusieurs stades successifs au fil des ans. Environ 40 % des patients non-traités auront des manifestations syphilitiques tardives au bout de 10 à 30 ans. L'évolution vers le stade tertiaire de l'infection peut ainsi résulter en des atteintes osseuses, tissulaires, cardio-vasculaires et neurologiques.

2.4 LES CONSÉQUENCES DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE

On sait que la syphilis congénitale peut facilement être prévenue grâce au traitement précoce de l'infection chez la femme enceinte¹⁵. En absence d'un tel traitement, ou suite à un traitement sous-optimal (nombre de doses de pénicilline inadéquat pour le stade ou administration d'un antibiotique autre que la pénicilline), la situation devient toute autre.

Le risque de transmission de l'infection de la mère à l'enfant est supérieur à 80 % lors des premiers stades de la maladie, soit la syphilis primaire et la syphilis secondaire. Le risque est légèrement moindre (50 %) au stade suivant (syphilis latente précoce) et plus faible (13 %) aux stades subséquents (syphilis latente tardive et syphilis tertiaire)^{16, 17}.

Le stade de l'infection maternelle a aussi des conséquences sur la pathologie observée chez l'enfant. Les premiers stades (syphilis primaire et secondaire) conduiront à des avortements spontanés et à des décès néonataux dans respectivement 25 % et 14 % des cas. Le stade suivant (latent) mènera aux mêmes résultats dans 12 % et 2 % des cas respectivement^{15, 18}.

** Un résultat minimalement réactif est interprété comme équivoque en absence de symptôme.

¹⁵ Workowski KA, Levine WC. Selected topics from the Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. HIV Clinical Trials 2002;5:421-433

¹⁶ Morse S, Ballard R, Holmes K, Moreland A. Atlas of sexually transmitted disease and AIDS. 3^e édition ed, 2003

¹⁷ Sheffield JS, Sanchez PJ, Morris G et al. Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2002 Mar;186(3):569-73.

¹⁸ Ingraham NR Jr. The value of penicillin alone in the prevention and treatment of congenital syphilis. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh). 1950 Sep 4-10;31(Suppl. 24):60-87.

Par ailleurs, le diagnostic de syphilis congénitale pose problème. Il repose le plus souvent sur un suivi prolongé et sur la sérologie maternelle faite en cours de grossesse. La plupart des nouveau-nés atteints sont asymptomatiques à la naissance et il n'y a pas de test sérologique permettant d'établir un diagnostic définitif sans un suivi de 6 à 18 mois. Ce suivi est parfois difficile voire impossible dans certains contextes de vulnérabilité sociale.

Les premiers symptômes apparaissent dans les 3 à 4 mois qui suivent la naissance. Le premier signe consiste en une rhinorrhée. Les autres manifestations possibles sont : éruption vésiculobulleuse, chorioretinite, glaucome, ostéite, périostite, métaphysite, hépatosplénomégalie, ictère, anémie et état septique¹⁵.

Un bébé atteint devra demeurer à l'hôpital pour un séjour minimal de 10 jours pendant lesquels il recevra une antibiothérapie intraveineuse et devra subir des interventions diagnostiques telles que la ponction lombaire et la radiographie.

Les séquelles à long terme peuvent atteindre plusieurs organes: dents, yeux (kératite, chorioretinite), oreilles (surdité), visage (malformations), système nerveux central (retard mental, épilepsie, paralysie des nerfs crâniens, parésies), os et articulations.

2.5 LES RECOMMANDATIONS EXISTANTES

Les recommandations canadiennes actuellement en vigueur sont celles de 1998. Dans les Lignes Directrices Canadiennes pour le MTS (1998) on faisait le constat que le dépistage universel de la syphilis chez la femme enceinte demeurait la norme dans la plupart des provinces et territoires canadiens mais on ajoutait qu'il y avait « divergence d'opinion quant à l'utilité de poursuivre ce dépistage là où les taux de syphilis sont très faibles »¹⁹. La situation épidémiologique ayant évolué depuis, la révision actuellement en cours de ces lignes directrices proposera de revenir au dépistage universel pour toutes les femmes enceintes et de reprendre ce dépistage en cours de grossesse, si nécessaire à chaque trimestre, pour celles qui demeurent à risque élevé de contracter la maladie.²⁰

Les lignes directrices américaines sur les ITS, émises en 2002, recommandent aussi le dépistage universel de la syphilis chez toutes les femmes enceintes ainsi que la reprise de ce dépistage en cours de grossesse chez celles qui sont à risque plus élevé de contracter la maladie²¹. La même recommandation a été faite en 2004 par le Groupe de travail américain sur les services de santé préventifs au sujet de la syphilis.²²

On note aussi que très peu d'autres publications scientifiques traitent de dépistage de la syphilis chez la femme enceinte. Les quelques articles récemment publiés s'inscrivent dans des contextes très différents du nôtre (celui des pays en voie de développement par exemple).

¹⁹ http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/std-mts98/pdf/mts98_f.pdf

²⁰ Agence de santé publique du Canada, Lignes directrices sur les ITS, édition 2006, sous presse

²¹ <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5106a1.htm>

²² U.S. Preventive Services Task Force. Screening for syphilis infection: recommendation statement. *Ann Fam Med* 2004;2: 362-365.

2.6 LES COÛTS DU DÉPISTAGE

Le seul article récent ayant traité du rapport coût/bénéfice du dépistage de la syphilis chez la femme enceinte concluait qu'il pourrait ne plus être financièrement rentable de faire le dépistage universel de la syphilis chez les femmes enceintes, particulièrement en milieu rural ou dans les milieux où la prévalence de l'infection est très faible²³.

Il y a eu 105 097 grossesses au Québec en 2002 (naissances vivantes, morti-naissances, fausses-couches et interruptions de grossesse)²⁴. Le coût d'un test non-tréponémique pour le dépistage de la syphilis est actuellement évalué à 9 \$ (matériel et main d'œuvre) et sera bientôt révisé à la baisse (unités standardisées de laboratoire). Le coût maximal pour le dépistage non-tréponémique de la syphilis chez les femmes enceintes serait donc inférieur à 1 M\$ par année.

Les tests non-tréponémiques engendrant des résultats faussement positifs, les résultats obtenus doivent être confirmés par des tests supplémentaires. Ceux-ci, le test non-tréponémique TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test) et les tests de confirmation tréponémiques TP-PA (*Treponema pallidum*-Particle Agglutination) et FTA-Abs-DS (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption-Double Stain) sont faits au Laboratoire de santé publique du Québec. Les deux premiers de ces tests sont faits pour l'ensemble des échantillons tandis que le troisième est fait lorsque les résultats des deux autres sont discordants ou demeurent équivoques. Du 1^{er} novembre 2004 au 31 octobre 2005, 3 713 échantillons ont été analysés au LSPQ. Parmi ceux-ci, 888 provenaient de femmes, dont 791 étaient en âge de procréer (15 à 49 ans). La combinaison TRUST + TP-PA a été utilisée pour 628 de ces prélèvements (70,00 \$ par échantillon) tandis que 260 autres ont été analysés par la combinaison TRUST + TP-PA + FTA-Abs-DS (135,00 \$ par échantillon).

On arrive ainsi à un coût total maximal de 79 060,00 \$ pour la confirmation, puisque 97 ne provenaient pas de femmes en âge de procréer et qu'une autre partie, inconnue mais probablement importante, ne provenaient pas de femmes enceintes. Le coût réel est certainement moindre.

Un sondage mené auprès en 2003 auprès des laboratoires biomédicaux du Québec²⁵ concluait que seulement 6 laboratoires sur plus d'une centaine avaient abandonné le dépistage systématique de la syphilis chez les femmes enceintes. Les frais engendrés par le dépistage universel ne représenteraient donc pas des coûts élevés pour le système de santé québécois.

²³ Kiss H, Widhalm A, Geusau A, et al. Universal antenatal screening for syphilis: is it still justified economically? A 10-year retrospective analysis. Eur J Obs Gyn Repro Biol 2004;112 : 24-28.

²⁴ Robert Choinière, communication personnelle, banques de données Med-Écho et RAMQ

²⁵ Lefebvre J, Delorme L. Annexe III : Sondage sur les services offerts dans les laboratoires québécois à l'égard de la syphilis. Avis du comité consultatif sur les ITS : Augmentation du nombre de cas de syphilis au Québec, novembre 2003.

2.7 LES ENJEUX LIÉS AUX TESTS DES FEMMES ENCEINTES

La grande majorité des laboratoires biomédicaux du Québec offre le dépistage non-tréponémique de la syphilis.

Le dépistage se fait sur un prélèvement sanguin qui doit de toute façon être fait dans le cadre du dépistage sérologique d'autres maladies telle que la rubéole.

Le sondage des laboratoires biomédicaux québécois en 2003 a révélé qu'à cause de considérations techniques et financières, il pouvait se passer jusqu'à 30 jours avant que les prélèvements ne soient analysés. Ce délai poserait parfois des problèmes à la prise en charge des femmes enceintes infectées.

Par ailleurs, le dépistage ciblé des femmes qui présenteraient un risque plus élevé de contracter l'infection implique la documentation de ce niveau de risque. Or les experts que nous avons consultés sont d'avis que plusieurs médecins sont mal à l'aise de documenter ce risque chez leurs patientes, alors que celles-ci sont aussi mal à l'aise de se faire questionner à ce sujet.

L'avis du Comité Consultatif sur les ITS soulignait aussi que les femmes connaissent parfois mal les risques encourus par leurs partenaires sexuels et que des études dans le domaine de l'infection par le VIH et de l'hépatite B ont démontré des résultats décevants lors de l'utilisation de critères de dépistage basés sur la présence ou l'absence de risque^{26,27} pour décider quelles femmes doivent être dépistées. Il ne faut par ailleurs pas oublier que certaines femmes se prévaudront trop tard des services de santé prénataux. Certains cas congénitaux deviennent ainsi inévitables.

²⁶ Samson L, King S. Evidence-based guidelines for universal counselling and offering of HIV testing in pregnancy in Canada. CMAJ 1998; 158:1449-457.

²⁷ Leonard L, Shap L, Pelude L *et al.* Pregnant women's experiences of screening for HIV in pregnancy: what they have to say about what constitutes an appropriate policy for the HIV testing of pregnant women in Canada. Final Report, 1998. Ottawa: Health Canada, 1998.

3 RECOMMANDATIONS

Il faut comprendre qu'il sera toujours impossible d'arrêter complètement la transmission de la syphilis aux femmes enceintes et la survenue subséquente de la syphilis congénitale.

Toutefois dans le but d'en prévenir le plus grand nombre possible et devant la convergence des recommandations existantes et des avis formulés par les experts que nous avons consultés, nous croyons non seulement nécessaire d'entériner les recommandations faites par le CCITS en 2003 mais aussi de renforcer celle qui concerne les femmes enceintes à risque plus élevé d'avoir été exposées à la syphilis.

Considérant :

- que le Québec connaît une recrudescence de la syphilis;
- que les taux d'incidence ne redescendront pas aux planchers d'incidence de la fin des années '90 avant un certain temps;
- que le nombre de cas féminins a augmenté et que certaines de ces femmes sont en âge de procréer;
- que le dépistage ciblé sur les facteurs de risque a donné des résultats décevants dans le cadre de la prévention des infections au VIH et de celui de l'hépatite B;
- que la syphilis est aisément transmissible d'une femme enceinte à son fœtus;
- que la survenue de la syphilis congénitale peut être facilement évitée par le traitement précoce de la femme enceinte infectée;
- que la syphilis congénitale est le plus souvent asymptomatique et qu'il n'y a pas de test sérologique suffisamment performant pour établir le diagnostic à la naissance;
- que la syphilis congénitale mène à une mortalité et à une morbidité importante chez les enfants à naître ainsi qu'à des séquelles importantes;
- que le traitement des enfants infectés nécessite une prolongation de l'hospitalisation du nouveau-né de près de deux semaines et soumet ceux-ci à des procédures diagnostiques supplémentaires;
- que le suivi des nouveaux-nés atteints s'impose pour une durée pouvant aller jusqu'à 18 mois, et que ce suivi est parfois difficile à compléter;
- que les lignes directrices canadiennes et américaines préconisent le dépistage universel de la syphilis chez les femmes enceintes;
- que des dépistages prénataux sont déjà faits dans la majorité des grossesses au Québec et ne représentent pas de coûts supplémentaires élevés pour le système de santé;
- et que les experts sont d'avis qu'il faut être aussi exigeant face à la prévention de la syphilis congénitale qu'à celle de l'infection au VIH, de l'hépatite B, du streptocoque de groupe B ou de la rubéole.

L'Institut national de santé publique du Québec soutient les recommandations suivantes telles qu'é émises en 2003 par le comité consultatif ITSS proposant :

- le dépistage systématique de la syphilis à la première visite de grossesse et le suivi biomédical approprié des femmes avec un résultat positif;
- la recherche systématique du résultat du dépistage au moment de l'accouchement et, chez celles dont le résultat n'est pas disponible, l'analyse immédiate d'un nouveau prélèvement sanguin.

Pour ces mêmes raisons, malgré qu'il soit difficile dans certains contextes de documenter le niveau de risque et considérant le risque de contracter la syphilis en cours de grossesse, l'Institut national de santé publique du Québec est d'avis qu'il est nécessaire de renforcer la recommandation qui proposait :

« Chez les femmes à haut risque chez lesquelles une exposition en cours de grossesse est possible, il pourrait être pertinent de répéter le dépistage vers la 28^e semaine de grossesse. »

Nous recommandons plutôt que :

- chez les femmes à haut risque chez lesquelles une ou des expositions en cours de grossesse sont possibles, il est pertinent de répéter le dépistage, au besoin plus d'une fois et au minimum une fois vers la 28^e semaine de grossesse et au moment de l'accouchement.

L'Institut national de santé publique du Québec recommande aussi :

- que ces recommandations soient réévaluées d'ici deux à trois ans et corrigées, si nécessaire, en fonction de l'épidémiologie de la syphilis et de l'évolution du contexte.

ANNEXE 1

**EXPERTS PRÉSENTS À LA JOURNÉE
DE RÉFLEXION DU 26 SEPTEMBRE 2005**

ANNEXE 1

Experts présents à la journée de réflexion du 26 septembre 2005 :

Michel Alary, Institut national de santé publique du Québec

Michel Couillard, Institut national de santé publique du Québec

Harold Dion, Clinique médicale l'Actuel

Marc Dionne, Institut national de santé publique du Québec

France Janelle, Direction régionale de santé publique de la Montérégie

Louise Jetté, Institut national de santé publique du Québec

Annie-Claude Labbé, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Claude Laberge, ministère de la Santé et des Services sociaux

Gilles Lambert, Direction régionale de santé publique de Montréal et INSPQ

Pierre-Jean Maziade, Hôpital Pierre-Le Gardeur

Raymond Parent, Institut national de santé publique du Québec

Isabelle Rouleau, Institut national de santé publique du Québec

Marc Steben, Institut national de santé publique du Québec

Pierre Turgeon, Hôpital de Sorel

