

Syphilis maternelle et congénitale précoce en Ontario : 2020-2022

Constatations tirées d'examens
rétrospectifs de cas



Rapport de surveillance
Février 2024

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.

Santé publique Ontario fournit un soutien scientifique et technique expert au gouvernement, aux bureaux locaux de santé publique et aux fournisseurs de soins de santé en ce qui concerne :

- les maladies transmissibles et infectieuses;
- la prévention et le contrôle des infections;
- la santé environnementale et professionnelle;
- la préparation aux situations d'urgence;
- la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques et des blessures;
- les services de laboratoire en santé publique.

Les travaux de Santé publique Ontario comprennent aussi la surveillance, l'épidémiologie, la recherche, le perfectionnement professionnel et les services axés sur le savoir. Pour en savoir davantage, consultez santepubliqueontario.ca.

Comment faire référence au présent document :

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.

ISBN : 978-1-4868-7771-3

© Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2024

Remerciements

Les auteurs souhaitent exprimer leur appréciation sincère à l'égard de leurs collègues des bureaux de santé publique de la province pour leur engagement constant à l'égard de la surveillance et de la gestion de la syphilis maternelle et congénitale précoce en Ontario. Nous aimerions également remercier plus précisément les personnes et les bureaux de santé publique qui ont participé aux examens rétrospectifs de cas et fourni une perspective importante au sein du fardeau provincial de la syphilis congénitale précoce. Ces bureaux de santé publique comprennent : Algoma Public Health, Durham Region Health Department, Haldimand-Norfolk Health Unit, Halton Region Health Department, Hamilton Public Health Services, Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington, Bureau de santé de Middlesex-London, Niagara Region Public Health, Peel Public Health, Southwestern Public Health, le Bureau de santé publique du district de Thunder Bay, Toronto Public Health, le Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex (WECHU) et Wellington-Dufferin-Guelph Public Health.

Nous sommes également reconnaissants envers nos collègues de SPO en protection et évaluation de la santé et mobilisation des connaissances pour leurs contributions et leurs conseils constants, ainsi qu'envers l'équipe de développement des produits et des publications de SPO, le ministère de la Santé de l'Ontario et le Bureau du médecin hygiéniste en chef pour leur soutien continu dans le cadre de la production du présent document.

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 découlant d'une telle application ou utilisation.

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 au présent document sans la permission écrite explicite de SPO.

Table des matières

Faits saillants	1
Introduction.....	3
Contexte	3
Syphilis maternelle et congénitale	3
Contexte de l'Ontario	3
Rapports et suivi de la Santé publique	3
Épidémiologie de la syphilis infectieuse.....	3
Épidémiologie de la syphilis congénitale précoce.....	4
Manques de connaissances.....	6
Objet et portée.....	7
Méthodes	7
Constatations	8
Cas de syphilis congénitale précoce.....	9
Cas de syphilis maternelle.....	12
Diagnostic et traitement de la syphilis	12
Accès aux soins prénatals et au dépistage	14
Accès aux soins prénatals.....	14
Dépistage de la syphilis prénatale.....	15
Dépistage prénatal pour d'autres ITSS.....	16
Difficultés pour accéder aux soins prénatals.....	17
Prévention de la syphilis congénitale précoce : cascade de l'accès aux soins de la syphilis maternelle	18
Expériences des bureaux de santé publique.....	19
Au niveau individuel : enjeux	19
Au niveau des bureaux de santé publique et des réseaux de santé : enjeux	19
Au niveau des bureaux de santé publique et des systèmes de santé : éléments facilitants	20
Analyse	21
Syphilis congénitale précoce	21
Accès au dépistage de la syphilis prénatale	22
Conditions concurrentes : Co-infections d'ITSS, consommation de substances et instabilité de logement	22
Accès aux soins prénatals.....	23
Expériences de la santé publique.....	25

Limites	26
Conclusion	26
Bibliographie	27
Annexe A : Nombre cumulatif de cas confirmés de syphilis congénitale précoce.....	30
Notes techniques.....	32
Sources des données.....	32
Mise en garde sur les données fournies	32
Autres notes sur les données	33

Faits saillants

- L'Ontario a observé une augmentation substantielle de l'incidence de la syphilis congénitale précoce au cours des quatre dernières années. Entre 2013 et 2018, six cas de syphilis congénitale précoce ont été signalés au total à l'échelle de la province (soit un cas en moyenne par année); cependant, de 2019 à 2022, 41 cas au total ont été signalés.
- Au total, 36 cas de syphilis congénitale précoce ont été identifiés entre le 1^{er} janvier 2020 et le 15 décembre 2022, et les cas de syphilis maternelle reliés ont été compris dans les examens rétrospectifs de cas.
- Près de la moitié (17/36; 47,2 %) des cas de syphilis congénitale précoce présentaient au moins un symptôme clinique. Presque les deux tiers (22/36; 61,1 %) des cas de syphilis congénitale précoce ont subi des conséquences néfastes relatives à leur infection, l'événement indésirable le plus couramment signalé étant la naissance prématurée à <37 semaines de gestation (13/36; 36,1 %). Parmi ceux dont la durée d'hospitalisation est connue (n=27), la durée moyenne de séjour (LOS) était de 20,9 jours; ceux ayant subi une conséquence néfaste avaient une durée moyenne de séjour plus longue non significative sur le plan statistique comparé aux cas sans conséquences néfastes.
- Près de deux tiers (22/36; 61,1 %) des cas de syphilis maternelle ont eu accès à des soins prénatals, cependant, seulement 10/22 (45,4 %) ont reçu des soins pendant leur premier trimestre de grossesse. Un certain nombre de facteurs interdépendants comprenant le logement instable, la consommation de substances, le transport, les difficultés de communication et des problèmes liés aux systèmes de santé ont été identifiés à titre d'obstacles à l'accès aux soins prénatals et au dépistage de la syphilis prénatale.
- Près d'un tiers [11/36 (30,6 %)] des cas maternels ont obtenu le dépistage de la syphilis au moment de l'accouchement ou dans la période de post-partum. Des 24 cas maternels connus qui ont été dépistés pour la syphilis pendant la grossesse, seuls 10/24 (41,7 %) ont été dépistés pendant leur premier trimestre, parmi lesquels 7/10 (70,0 %) étaient négatifs.
- Plus de la moitié des 36 cas associés de syphilis maternelle ont déclaré consommer des substances (n=21, 58,3 %) et/ou être sans-abri ou mal-logés (n=19, 52,8 %) en tant que facteurs de risque d'infection à la syphilis pendant la grossesse.
- Une co-infection avec une autre infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS) était identifiée dans un certain nombre de cas de syphilis maternelle dépistés pour d'autres ITSS au moment du test de dépistage de la syphilis pendant la grossesse, notamment l'hépatite C (5/17; 29,4 %), la chlamydia (6/23; 26,1 %), et la gonorrhée (3/23; 13,0 %). Aucun des 24 cas de syphilis maternelle dépistés pour le virus de l'immunodéficience humaine n'a été positif.

- Répondre à l'accroissement considérable des cas de syphilis maternelle et congénitale précoce, en Ontario, exige une approche faisant appel à plusieurs éléments comprenant notamment :
 - Actualiser les définitions provinciales de surveillance des cas de syphilis congénitale pour améliorer la détection des cas en vue d'une surveillance plus exacte des profils épidémiologiques en Ontario.
 - Améliorer l'accès au dépistage de la syphilis prénatale tôt durant la grossesse.
 - Concevoir des approches qui permettent un accès équitable aux soins prénatals pour les personnes en situation d'itinérance et celles qui consomment des substances.
 - Consacrer des efforts pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé (p. ex. le logement) et accompagner individuellement les comportements à risque (p. ex. la consommation de substances) parmi les personnes enceintes afin d'améliorer l'accès et la participation à des soins prénatals.
 - Accroître les ressources de santé publique en vue de gérer et de soutenir les cas de syphilis maternelle.

Introduction

Contexte

Syphilis maternelle et congénitale

La syphilis est une infection transmise sexuellement causée par la bactérie *Treponema pallidum*. Après une exposition, l'infection peut progresser par plusieurs phases cliniques (c.-à-d. syphilis primaire, secondaire, latente [précoce et tardive] et tertiaire); cependant, elle n'est transmissible à d'autres que lors des phases primaire, secondaire et latente précoce^{1,2}. La syphilis maternelle et la syphilis congénitale constituent de graves problèmes de santé publique. Si une mère est atteinte de la syphilis de n'importe quelle phase (y compris latente tardive) pendant la grossesse, la bactérie peut être transmise au fœtus, ce qui peut entraîner des effets nocifs pour lui comme le travail prématuré et la mortinaissance, ou des effets graves pour le nourrisson attribuables à la syphilis congénitale tels que lésions des nerfs, surdité et mortalité infantile^{1,3,4}. Le traitement précoce de l'infection de syphilis maternelle est efficace pour traiter l'infection fœtale et prévenir la syphilis congénitale, cependant, l'accès à un dépistage, à un diagnostic et à un traitement adéquats et en temps opportun de la syphilis maternelle est nécessaire^{5,6}.

Contexte de l'Ontario

Rapports et suivi de la Santé publique

En Ontario, la syphilis (y compris la syphilis congénitale précoce) est désignée comme une maladie importante sur le plan de la santé publique en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990*⁷. Ainsi, tous les cas confirmés répondant à la [définition provinciale des cas](#)⁴ doivent être déclarés au bureau de santé publique de la région où résident les cas⁴. Le bureau de santé publique est responsable d'effectuer le suivi de santé publique approprié conformément au [Protocole concernant les maladies infectieuses, 2023](#)⁸ et au [Protocole concernant la santé sexuelle et la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement/infections à diffusion hémotogène, 2019](#)⁹. Les cas pertinents et leurs coordonnées (p. ex. données démographiques, symptômes, résultats de laboratoire) sont aussi saisis dans la base de données provinciale de surveillance de la santé publique (le Système intégré d'information sur la santé publique [SIISP]).

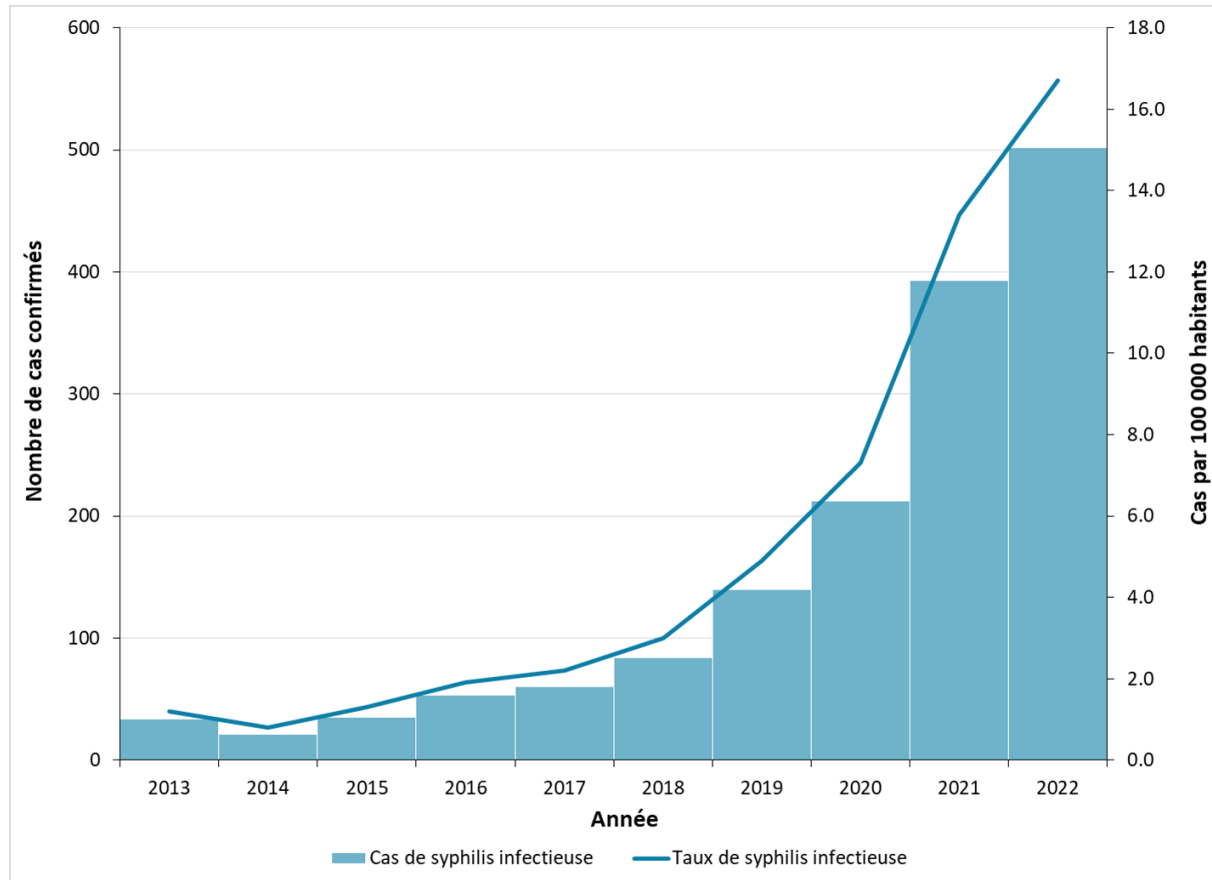
Épidémiologie de la syphilis infectieuse

Au cours des dix dernières années, l'Ontario a observé une augmentation constante de l'incidence annuelle de la syphilis infectieuse. Entre 2013 et 2022, le nombre global de cas confirmés s'est accru de 755 à 3 554 et le taux annuel d'incidence a augmenté de plus de 300 %, passant de 5,6 à 23,5 cas par 100 000 habitants.

Bien que la majorité des cas signalés durant cette période soit survenue chez des patients de sexe masculin, la proportion de cas de syphilis infectieuse survenue chez des femmes s'est accrue considérablement, passant de 5,7 % (43/755) en 2013 à 16,3 % (579/3,554) en 2022. Qui plus est, la vaste majorité des cas de syphilis infectieuse signalés parmi les femmes entre 2013 et 2022 est survenue parmi celles en âge de procréer (définies comme les femmes âgées de 15 à 44 ans aux fins du présent

rapport) et l'incidence annuelle pour ce groupe d'âge s'est accrue approximativement de 1 300 %, passant de 1,2 à 16,7 cas par 100 000 habitants (Figure 1).

Figure 1. Nombre de cas confirmés de syphilis infectieuse et taux par 100 000 habitants parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans : Ontario, 2013-2022



Sources des données : Cas : Ontario. Ministère de la Santé. Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) [base de données]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [date d'extraction : le 31 juillet 2023]. Dénominateurs de population pour calculer les taux : Statistique Canada. Estimations de la population de 2001 à 2022. Ottawa, ON : gouvernement du Canada; 2 mars 2023 [date d'extraction : le 13 mars 2023].

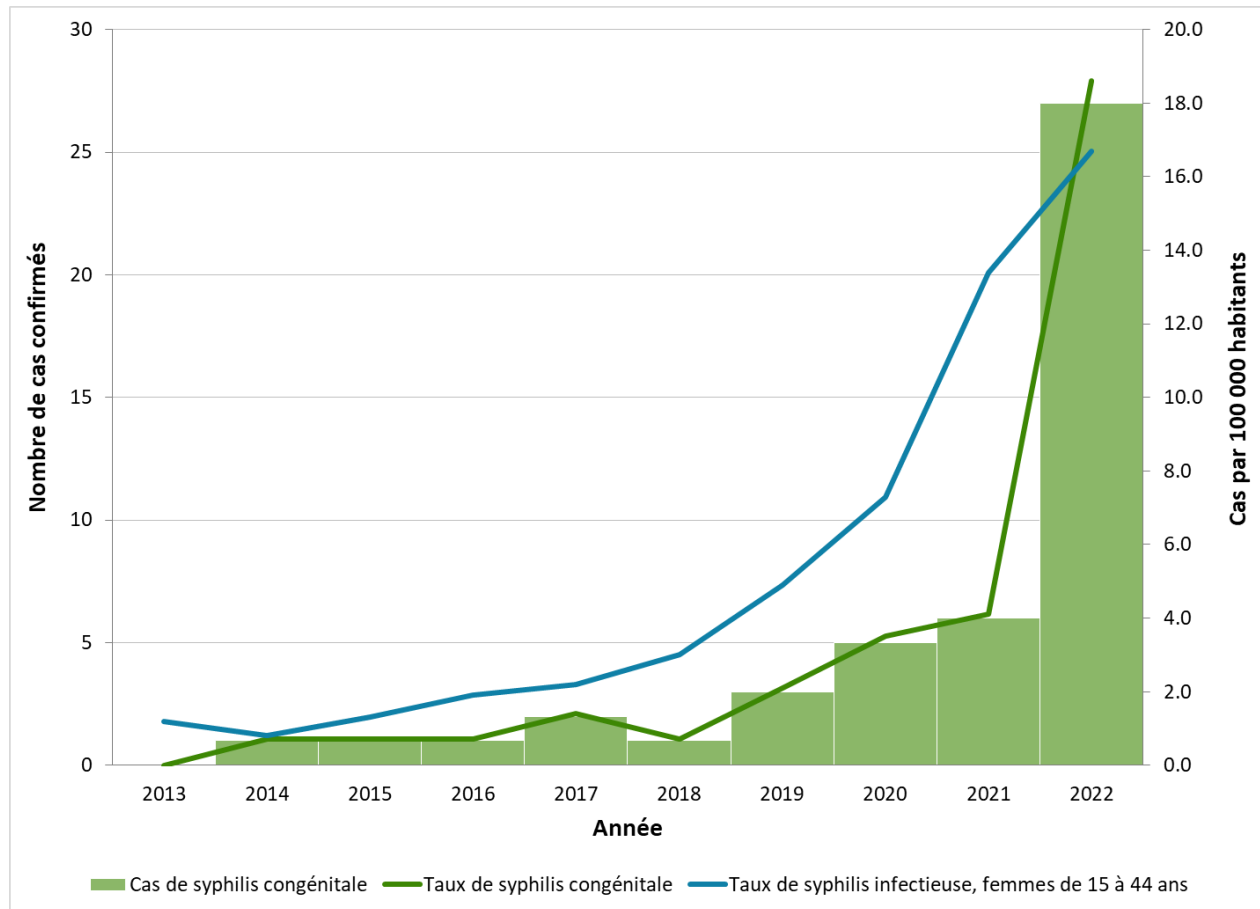
Épidémiologie de la syphilis congénitale précoce

Depuis 2018, l'Ontario a observé une augmentation importante de l'incidence de la syphilis congénitale précoce définie comme une confirmation par l'analyse de laboratoire d'une syphilis survenant dans les deux premières années après la naissance⁴. Entre 2013 et 2018, six cas de syphilis congénitale précoce au total ont été signalés à l'échelle de la province (c.-à-d. une moyenne de un cas par année). De 2019 à 2022, 41 cas ont été signalés en Ontario (3 en 2019, 5 en 2020, 6 en 2021 et 27 en 2022).

La Figure 2 illustre le nombre et le taux par 100 000 habitants de cas de syphilis congénitale précoce signalés en Ontario entre 2013 et 2022, ainsi que le taux annuel par 100 000 habitants de syphilis infectieuse parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans. Des 41 cas de de syphilis congénitale précoce

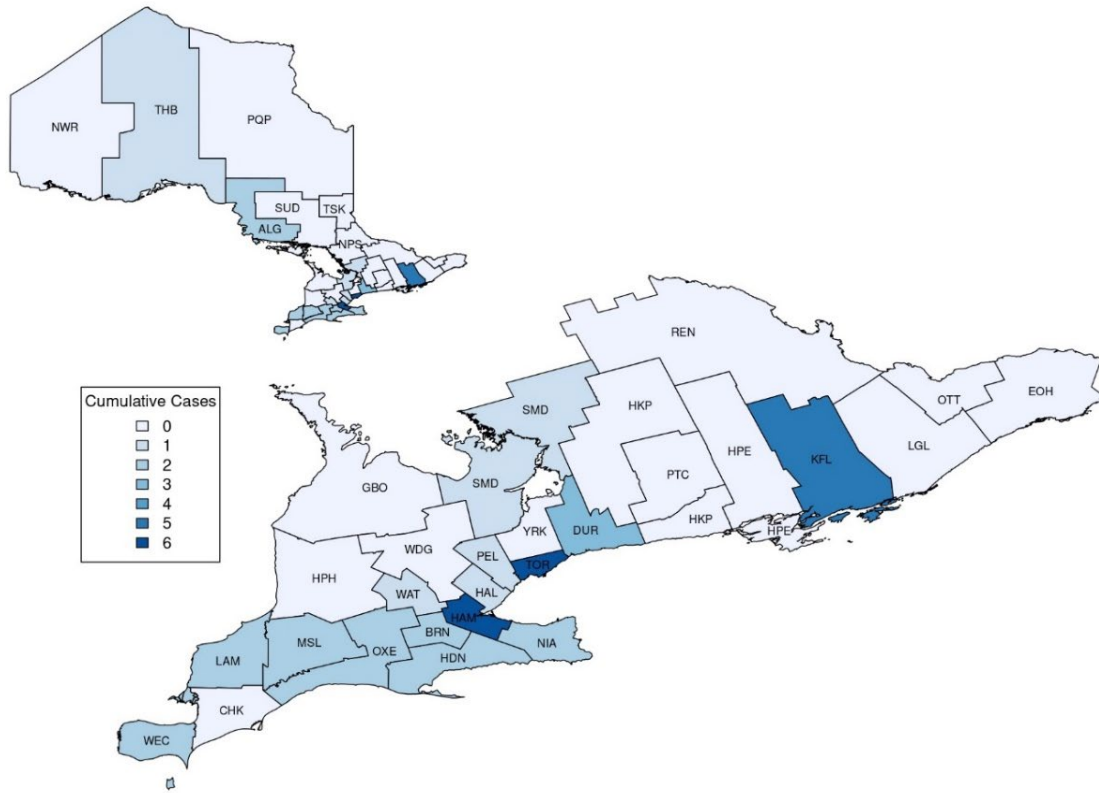
identifiés en Ontario entre 2019 et 2022, 17 (41,5 %) ont été signalés par trois bureaux de santé publique : Toronto Public Health (6), City of Public Health Services (6) et Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington (5). Les 24 cas restants ont été signalés par 14 bureaux de santé publique différents (Figure 3).

Figure 2. Cas confirmés et taux par 100 000 habitants (≤ 2 ans) de syphilis congénitale précoce comparé au taux (par 100 000 habitants) de syphilis infectieuse parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans : Ontario, 2013-2022



Sources des données : Cas : Ontario. Ministère de la Santé. Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) [base de données]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [date d'extraction : le 31 juillet 2023]. Dénominateurs de population pour calculer les taux : Statistique Canada. Estimations de la population de 2001 à 2022. Ottawa, ON : gouvernement du Canada; 2 mars 2023 [date d'extraction : le 13 mars 2023].

Figure 3. Nombre cumulatif de cas confirmés de syphilis congénitale précoce par des bureaux de santé publique : Ontario, 2019-2022



Sources des données : Ontario. Ministère de la Santé. Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) [base de données]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario, 2023 [date d'extraction : le 31 juillet 2023].

Note : Le nom complet de chaque bureau de santé publique qui correspond à leur abréviation en 3 lettres et les données de la carte peuvent être consultés à l'[Annexe A](#).

Manques de connaissances

Pour comprendre les facteurs qui contribuent à l'augmentation considérable de cas de syphilis congénitale précoce en Ontario, SPO a mené une analyse préliminaire des données de cas saisies dans le système électronique de surveillance de la santé publique de l'Ontario, le SIISP (Système intégré d'information sur la santé publique). Des lacunes importantes dans les données de caractérisation des cas ont été décelées, particulièrement pour les champs relatifs à la présentation et aux résultats cliniques des cas de syphilis congénitale précoce, et aux données sociodémographiques et facteurs de risque pour les cas maternels liés. Ces lacunes pourraient être attribuées à des différences dans les pratiques de saisie des données dans le SIISP à l'échelle de la province, en plus du manque de champs spécifiques dans le SIISP pour la saisie de renseignements pertinents s'ils sont recueillis.

En raison de ces limites dans l'utilisation des données du SIISP seulement pour caractériser les tendances émergentes, et reconnaissant la profondeur et la richesse de l'information recueillie par les bureaux de santé publique lors de la gestion des cas, SPO a mené une série d'examens rétrospectifs de cas avec tous

les bureaux de santé publique qui ont signalé des cas de syphilis congénitale précoce entre le 1^{er} janvier 2020 et le 15 décembre 2022.

Objet et portée

L'objectif du présent rapport vise à fournir une description exhaustive des cas de syphilis congénitale précoce et maternelle dans la province dans le but de permettre au ministère de la Santé de l'Ontario, aux bureaux de santé publique et à d'autres intervenants importants de prendre des décisions fondées sur des données probantes en ce qui a trait aux interventions de santé publique, y compris des efforts en matière de politique et de programmes en vue de réduire le fardeau de la syphilis maternelle et congénitale en Ontario.

Le rapport présente les constatations tirées des examens rétrospectifs de cas, décrivant les caractéristiques cliniques des cas de syphilis congénitale précoce en Ontario de 2020 à 2022, ainsi que les facteurs relatifs aux cas de syphilis maternelle qui leur sont associés (p. ex. les données sociodémographiques, les facteurs de risque, l'accès aux soins prénatals et le dépistage). De plus, les obstacles et/ou facilitateurs potentiels que les bureaux de santé publique ont rencontrés lors du suivi de santé publique de ces cas seront abordés.

Méthodes

Les données saisies sur tous les nourrissons dans le SIISP à titre de cas confirmés de syphilis congénitale précoce⁴ avec une « date de rencontre » située entre le 1^{er} janvier 2020 et le 14 décembre 2022 ont été extraites du SIISP. Les cas ont été anonymisés (c.-à-d. que les noms et dates de naissance n'ont pas été extraits) et seuls l'identifiant du cas (ID) et le bureau de santé publique où le nourrisson résidait au moment du diagnostic ont été inclus. Une évaluation interne de l'impact sur la vie privée a été menée et approuvée avant de procéder à la collecte des données.

Les bureaux de santé publique qui ont signalé au moins un cas de syphilis congénitale précoce pendant cette période ont été contactés par courriel afin de les informer de la tenue des examens rétrospectifs de cas et d'inviter le personnel impliqué dans la gestion de ces cas (p. ex. les infirmières en santé publique, les gestionnaires et les médecins hygiénistes en chef de la santé et leurs adjoints, tels qu'ils sont identifiés par les bureaux de santé publique) à participer à une entrevue. Les bureaux de santé publique qui ont consenti ont reçu un exemplaire des questions d'entrevue à l'avance, ainsi que les identifiants des cas de nourrissons à examiner et à partir desquels ils pourraient aussi identifier le cas maternel dans le SIISP.

Les entrevues non enregistrées ont été menées par la plateforme de réunion en ligne Zoom, en janvier et février 2023. Deux membres du personnel de SPO (un intervieweur et un preneur de notes) ont mené les entrevues avec des participants des bureaux de santé publique (p. ex. des infirmières en santé publique, des gestionnaires) au moyen d'une combinaison de questions ouvertes et fermées. Les bureaux de santé

publique ont été priés de ne pas divulguer toute information de santé personnelle susceptible de révéler l'identité des personnes concernées pendant la discussion.

Les informations recueillies pendant les entrevues ont été analysées et validées par l'intervieweur et le preneur de notes et saisies dans une feuille de calcul Microsoft Excel à accès restreint conçue préalablement. Un cadre de codage a été élaboré par l'équipe de projet afin de permettre des analyses qualitatives des principaux thèmes qui se sont dégagés pendant les entrevues; toute anomalie dans le codage a été résolue après une analyse des notes d'entrevue par tous les membres de l'équipe de projet.

Constatations

Au total, 34 cas confirmés de syphilis congénitale précoce avec une date d'épisode entre le 1^{er} janvier 2020 et le 14 décembre 2022 ont été extraits du SIISP. Deux de ces cas ont été exclus des analyses de cas puisqu'ils résidaient dans une région relevant d'une compétence fédérale (c.-à-d. Premières Nations vivant dans une réserve). Pendant le processus d'entrevue, deux bureaux de santé publique ont identifié un total de quatre cas supplémentaires de syphilis congénitale précoce qui n'avaient pas été signalés antérieurement dans le SIISP. Par conséquent, un total de 36 cas de syphilis congénitale précoce ont été inclus dans les examens rétrospectifs de cas et les entrevues ont été réalisées avec les membres du personnel des 14 bureaux de santé publique où ils ont été diagnostiqués et ont fait l'objet de suivis ([Tableau 1](#)).

Tableau 1. Bureaux de santé publique ayant des cas de syphilis congénitale précoce compris dans les examens rétrospectifs de cas

Bureaux de santé publique interviewés	Nombre (%) de cas de syphilis congénitale précoce compris dans les examens rétrospectifs de cas
Algoma Public Health	2 (5,6)
City of Hamilton Public Health Services	5 (13,9)
Durham Region Health Department	4 (11,1)
Haldimand-Norfolk Health Unit	2 (5,6)
Halton Region Health Department	1 (2,8)
Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington	5 (13,9)
Bureau de santé de Middlesex-London	2 (5,6)
Niagara Region Public Health	3 (8,3)
Peel Public Health	1 (2,8)

Bureaux de santé publique interviewés	Nombre (%) de cas de syphilis congénitale précoce compris dans les examens rétrospectifs de cas
Southwestern Public Health	2 (5,6)
Bureau de santé publique du district de Thunder Bay	1 (2,8)
Toronto Public Health	4 (11,1)
Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex	2 (5,6)
Wellington-Dufferin-Guelph Public Health	2 (5,6)
Total	36 (100,0)

Source des données : Ontario. Ministère de la Santé. Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) [base de données] [date d'extraction : le 8 janvier 2023]

Cas de syphilis congénitale précoce

Parmi les 36 cas de syphilis congénitale précoce compris dans les examens rétrospectifs de cas, près de la moitié (17/36; 47,2 %) présentaient des signes cliniquement apparents d'infection ([Tableau 2](#)). Les signes cliniques d'infection les plus couramment observés étaient des anomalies musculosquelettiques (notamment métaphysite, périostite, ostéochondrite, périchondrite, dysplasie et anomalies des os longs [détectées par rayons X]) ainsi que des problèmes respiratoires. Ces derniers, cependant, étaient probablement associés à la prématurité ou au syndrome d'abstinence néonatale. Près de la moitié des cas de syphilis congénitale précoce (16/36; 44,4 %) ne présentaient aucun signe clinique d'infection.

Près des deux tiers (22/36; 61,1 %) des cas de syphilis congénitale précoce avaient subi des conséquences néfastes en lien à leur infection, notamment un enfant était mort-né. Les conséquences néfastes les plus courantes étaient la naissance prématurée (définie comme une gestation de <37 semaines) (13/36, 36,1 %), petite taille pour l'âge gestationnel (c.-à-d., poids à la naissance <10e percentile pour l'âge gestationnel) (7/36, 19,4 %) et un poids insuffisant à la naissance (c.-à-d. <2 500 g) (5/36; 13,9 %).

Excepté pour l'enfant mort-né, la durée d'hospitalisation était connue pour 27 des 35 cas (77,1 %) de syphilis congénitale précoce. La durée moyenne de séjour était de 20,9 jours (intervalle : 9 à 72 jours). En moyenne, les cas qui avaient subi des conséquences néfastes ont été hospitalisés plus longtemps (23,3 jours; 95 % d'intervalle de confiance [IC] 15,4 – 31,3 jours) que ceux sans conséquences néfastes (16,8 jours; 95 % d'IC 12,3 – 21,3 jours).

Un échantillon de liquide céphalorachidien (LCR) a été prélevé sur la majorité des cas (27/36; 75,0 %) de syphilis congénitale précoce au moyen d'une ponction lombaire pour le dépistage de la syphilis. Parmi ceux qui ont subi le dépistage LCR, seuls 6/27 (22,2 %) étaient réactifs pour la syphilis; les cas restants d'enfants 21/27 (77,8%) avaient des résultats de LCR non réactifs, indéterminés ou inconnus.

Tableau 2. Caractéristiques cliniques des cas de syphilis congénitale précoce

Caractéristiques cliniques	Nombre de cas de syphilis congénitale précoce	
	n (%)	
Présentaient des signes d'infection		
	Oui	17 (47,2)
	Non	16 (44,4)
	Non connu	3 (8,3)
Signes observés (n=17)*		
	Anormalités musculosquelettiques	9 (52,9)
	Problèmes respiratoires	9 (52,9)
	Éruption cutanée	6 (35,3)
	Anomalies hématologiques [†]	4 (23,5)
	Manifestations neurologiques	3 (17,6)
	Hépatomégalie/splénomégalie	3 (17,6)
	Symptômes oculaires	2 (11,8)
	Jaunisse	1 (5,9)
	Fièvre	1 (5,9)
Conséquences néfastes*		
	Naissance prématurée (<37 semaines de gestation)	13 (36,1)
	Petite taille pour l'âge gestationnel	7 (19,4)
	Poids insuffisant à la naissance	5 (13,9)
	Atteinte neurologique	1 (2,8)
	Mort-né	1 (2,8)
	Aucune	14 (38,9)
Durée de séjour à l'hôpital (n=35)[‡]		
	≤7 jours	0 (0,0)
	8 à 14 jours	12 (34,3)
	15 à 21 jours	6 (17,1)
	22 à 28 jours	4 (11,4)
	≥29 jours	5 (14,3)
	Non connu	8 (22,9)
Dépistage LCR		
	Réactif	6 (16,7)

Caractéristiques cliniques	Nombre de cas de syphilis congénitale précoce	
		n (%)
Non réactif		7 (19,4)
Peu concluant		13 (36,1)
Résultat non connu		1 (2,8)
Non effectué		9 (25,0)

Source des données : Examens rétrospectifs de cas avec les membres du personnel des bureaux de santé publique.

* le nombre des réponses pourrait être supérieur au total puisque les options ne s'excluent pas mutuellement

† comprend la thrombocytopénie, l'anémie et la coagulopathie

‡ exclut un cas mort-né

Cas de syphilis maternelle

Diagnostic et traitement de la syphilis

Plus de la moitié des cas de syphilis maternelle associés (21/36; 58,3 %) compris dans les examens rétrospectifs de cas ont fait l'objet d'un test de dépistage de la syphilis dans le cadre du dépistage prénatal, que ce soit avant l'accouchement (11/21; 52,4 %) ou au moment de l'accouchement (10/21; 47,6 %) ([Tableau 3](#)). La plupart des cas de syphilis maternelle (19/36; 52,8 %) ont été diagnostiqués atteints de syphilis infectieuse (c.-à-d., primaire, secondaire, latente précoce et neurosyphilis infectieuse), cependant, 7/36 (19,4 %) cas étaient soit non indexés ou indexés comme « indéterminé » au moment de leur diagnostic.

La majorité des cas de syphilis maternelle (22/36; 61,1 %) ont été diagnostiqués atteints de syphilis pendant la grossesse, parmi lesquels seuls 3/22 (13,6 %) ont été diagnostiqués pendant le premier trimestre. Le reste des cas 14/36 (38,9%) ont été diagnostiqués soit au moment de l'accouchement ou après celui-ci (intervalle : 1 à 120 jours). Moins de la moitié des cas de syphilis maternelle (17/36; 47,2 %) ont reçu le traitement approprié (voir [Autres notes sur les données](#) pour la définition); parmi ces cas, 13/17; 76,5 % ont été traités >4 semaines avant l'accouchement.

La consommation de substances et être sans-abri ou mal-logé sont les facteurs de risque les plus courants pour l'acquisition de syphilis pendant la grossesse comme indiqué par 21/36 (58,3 %) et 19/36 (52,8 %) des cas maternels, respectivement ([Figure 4](#)). D'autres facteurs de risque identifiés comprenaient avoir été infectés précédemment par une infection transmissible sexuellement ou par le sang (ITSS) (18/36; 50,0 %) et être coïnfectés par une autre ITSS, en plus de la syphilis, pendant la grossesse (12/36; 33,3 %).

Tableau 3. Caractéristiques cliniques des cas de syphilis maternelle

Caractéristiques cliniques	Nombre de cas de syphilis maternelle n (%)
Raison du test de dépistage de la syphilis*	
Dépistage prénatal : avant l'accouchement	11 (30,6)
Dépistage prénatal : au moment de l'accouchement	10 (27,8)
Symptomatique	3 (8,3)
Contact avec un cas de syphilis infectieuse	2 (5,6)
Enfant diagnostiqué avec syphilis congénitale précoce	2 (5,6)
Non connue	9 (25,0)
Phase de la syphilis au moment du diagnostic	
Primaire	4 (11,1)
Secondaire	8 (22,2)
Latente précoce	6 (16,7)
Neurosyphilis infectieuse	1 (2,8)
Latente tardive	9 (25,0)
Non précisée/non indexée [†]	7 (19,4)
Non connue	1 (2,8)
Moment du diagnostic de la syphilis	
Premier trimestre	3 (8,3)
Deuxième trimestre	7 (19,4)
Troisième trimestre	12 (33,3)
Au moment de l'accouchement	11 (30,6)
Après l'accouchement	3 (8,3)
Traitement adéquat reçu	
Oui	17 (47,2)
Non	19 (52,8)
Moment du traitement (n=17)	
Traitement achevé >4 semaines avant l'accouchement	13 (76,5)
Traitement achevé ≤4 semaines avant l'accouchement	4 (23,5)

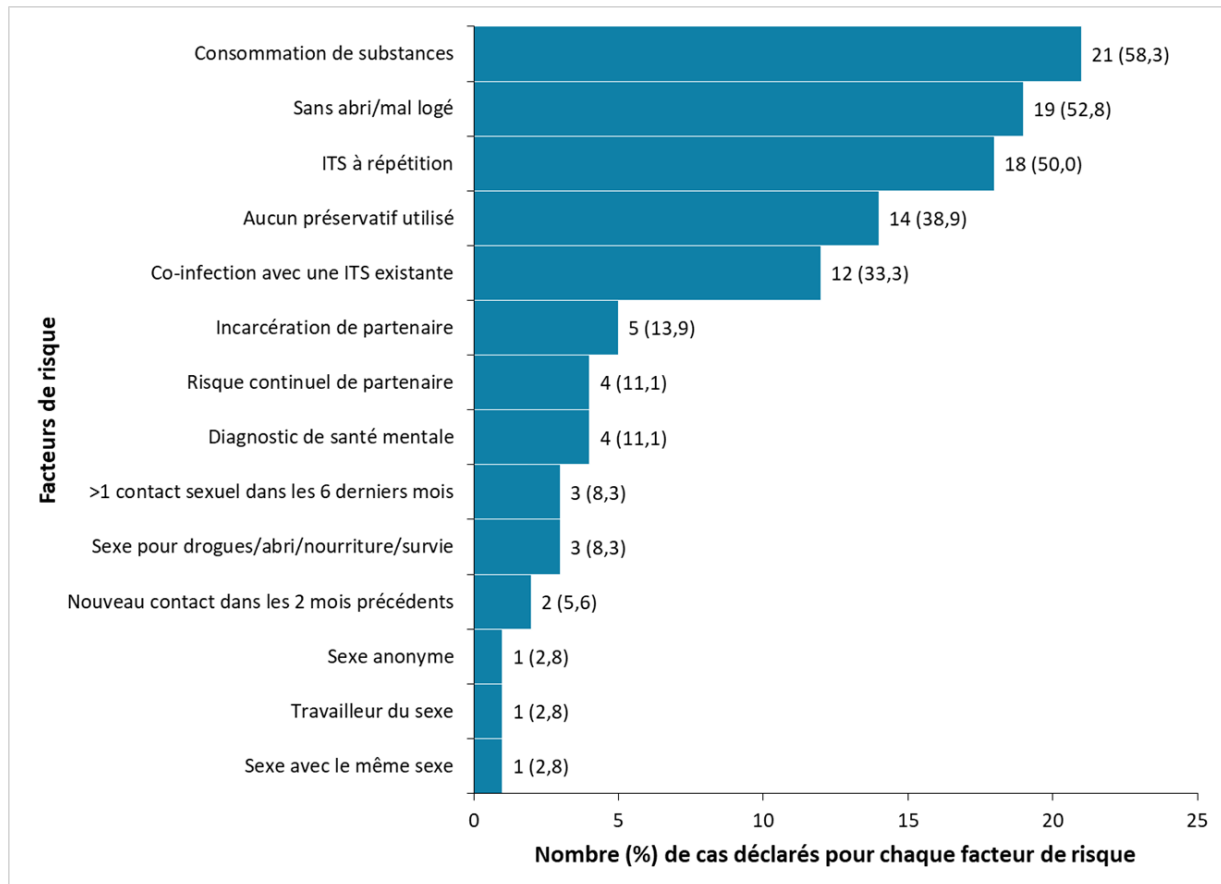
Source des données : Examens rétrospectifs de cas avec les membres du personnel des bureaux de santé publique.

* le nombre des réponses pourrait être supérieur à 36 puisque plus d'une option pouvait être choisie

[†] Les cas de syphilis de l'Ontario peuvent être classés comme non précisés quand l'information est insuffisante pour

leur assigner une classification de cas (p. ex., données non disponibles pour des cas traités précédemment hors de l'Ontario).

Figure 4. Facteurs de risque d'acquisition de la syphilis pendant la grossesse parmi les cas de syphilis maternelle (n=36)



Source des données : Examens rétrospectifs de cas avec les membres du personnel des bureaux de santé publique.

Note : Les facteurs de risque ne s'excluent pas mutuellement et les cas peuvent avoir eu plusieurs facteurs de risque identifiés.

Accès aux soins prénatals et au dépistage

Accès aux soins prénatals

Près de deux tiers (22/36; 61,1 %) des cas de syphilis maternelle étaient connus pour avoir eu accès aux soins prénatals durant leur grossesse et 10/22 (45,4 %) cas avaient reçu des soins pendant leur premier trimestre ([Tableau 4](#)). Parmi ceux ayant reçu des soins prénatals pendant la grossesse, 7/22 (31,8 %) cas ont eu 4 visites ou plus et 5/22 (22,7 %) cas ont eu moins de 4 visites; on ne sait pas combien de visites prénatales ont été obtenues par les 10/22 (45,4 %) cas restants. Pour 10/36 (27,8 %) cas de syphilis maternelle, aucun soin prénatal ou soin lié à la grossesse n'ont été obtenus avant l'accouchement. On ne sait pas si les 4/36 (11,1 %) cas de syphilis maternelle restants ont obtenu des soins prénatals.

Tableau 4. Caractéristiques d'accès aux soins prénatals des cas de syphilis maternelle en Ontario, 2020-2022

Soins prénatals	Nombre de cas de syphilis maternelle n (%)	
Accès aux soins prénatals pendant la grossesse		
	Oui	22 (58,3)
	Non	10 (27,8)
	Non connu	4 (13,9)
Moment de la première visite prénatale (n=22)		
	Premier trimestre	10 (45,5)
	Deuxième trimestre	5 (22,7)
	Troisième trimestre	3 (13,6)
	Non connu	4 (18,1)
Nombre de visites prénatales (n=22)		
	≥4 visites	7 (31,8)
	<4 visites	5 (22,7)
	Non connu	10 (45,5)

Source des données : Examens rétrospectifs de cas avec les membres du personnel des bureaux de santé publique.

Dépistage de la syphilis prénatale

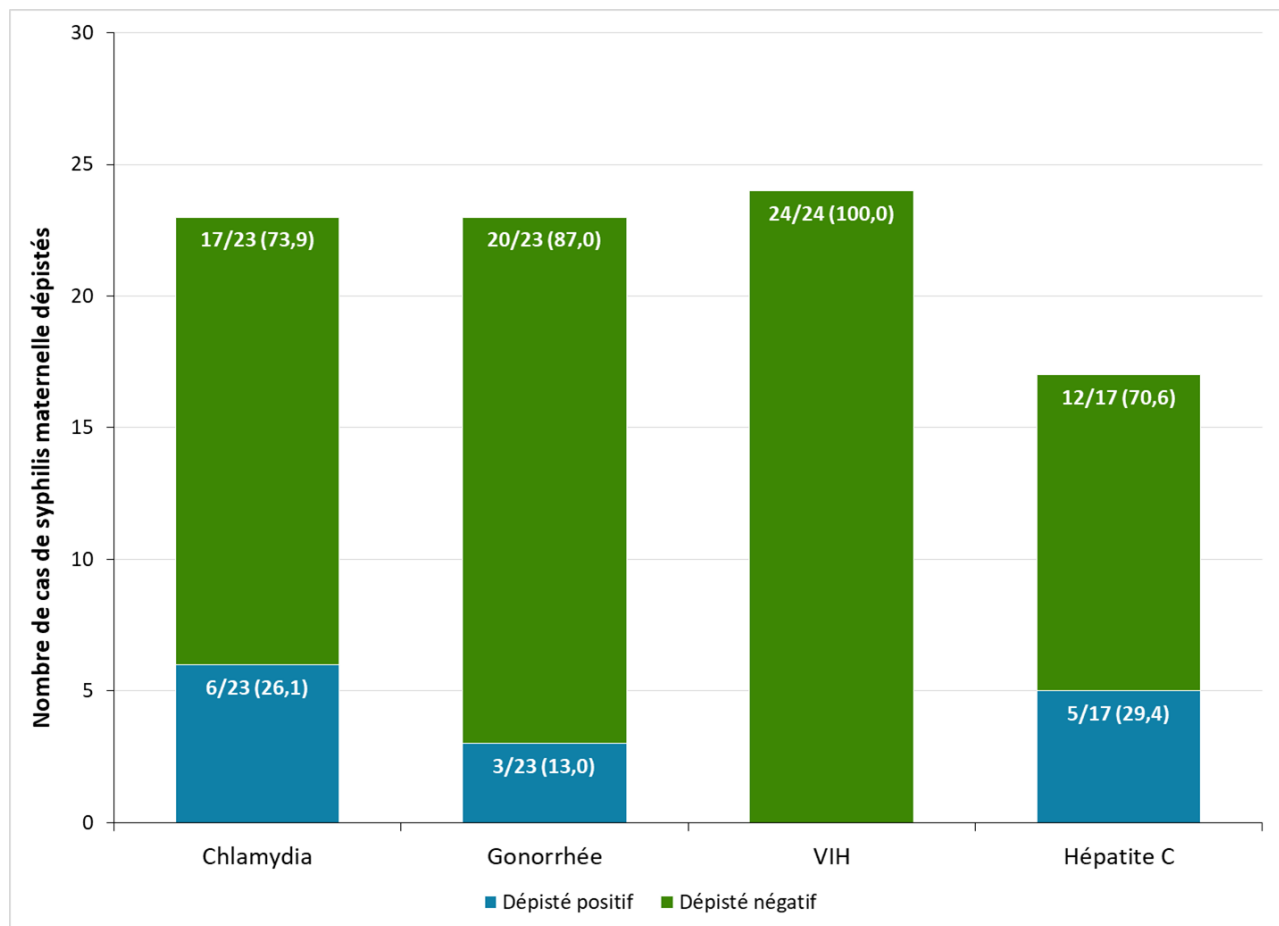
Deux tiers (24/36; 66,7%) des cas maternels ont été dépistés pour la syphilis pendant la grossesse; comprenant 20 des 22 (90,9 %) cas maternels qui ont reçu des soins prénatals durant leur grossesse et quatre des 14 cas (28,6 %) qui n'ont pas reçu de soins prénatals où pour lesquels on ne sait pas si des soins prénatals ont été reçus. Près d'un tiers (11/36; 30,6 %) des cas maternels ont subi le test de dépistage de la syphilis pour la première fois au moment de l'accouchement ou dans la période post-partum. Pour un cas maternel (1/36; 2,8%), on ne sait pas quand le premier test de dépistage a été effectué.

Parmi les 24 cas maternels dépistés pour la syphilis pendant la grossesse, seuls 10/24 (41,7 %) cas ont été dépistés pendant leur premier trimestre et parmi ceux-ci, trois (30,0 %) ont été positifs. Des sept cas restants (70,0 %) qui avaient eu un résultat de test négatif pendant leur premier trimestre, quatre ont été dépistés positifs plus tard pendant la grossesse (p. ex., après qu'un test supplémentaire ait été effectué pendant la grossesse en raison de symptômes, d'un suivi de contact, ou parce qu'un fournisseur de soins de santé leur avait proposé un nouveau dépistage). Trois ont obtenu un résultat positif après l'accouchement pour un test de dépistage demandé en raison de l'état clinique présenté par leur enfant (c.-à-d., indiquant une syphilis congénitale précoce) ou parce qu'ils ont été identifiés comme un contact d'un cas de syphilis.

Dépistage prénatal pour d'autres ITSS

Des détails sur le dépistage d'autres ITSS n'étaient pas disponibles pour la totalité des 36 cas de syphilis maternelle compris dans les examens de cas. Des 23 (63,9%) cas maternels connus pour avoir été dépistés pour la chlamydia et la gonorrhée, 6/23 (26,1 %) et 3/23 (13,0 %) ont été déclarés positifs, respectivement (Figure 5). Aucun (0/24; 0,0 %) de ceux dépistés pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) n'a été déclaré positif. Plus d'un quart (5/17; 29,4 %) de ceux dépistés pour l'hépatite C (VHC) ont été déclarés positifs.

Figure 5 : Nombre et pourcentage de cas de syphilis maternelle dépistés pour la chlamydia, la gonorrhée, le VIH et l'hépatite C pendant la grossesse



Source des données : Examens rétrospectifs de cas avec les membres du personnel des bureaux de santé publique.

Difficultés pour accéder aux soins prénatals

Pour évaluer les difficultés d'accès aux soins prénatals, les intervieweurs de SPO ont posé une variété de questions ouvertes aux membres du personnel des bureaux de santé publique au sujet des cas de syphilis maternelle qu'ils ont signalés. En général, les difficultés d'accès aux soins prénatals étaient intrinsèquement interdépendantes et recoupaient nombre des facteurs de risque maternels pour les infections signalées. Les membres du personnel étaient d'avis que les facteurs de risque signalés le plus souvent comme ayant des répercussions sur l'engagement aux soins prénatals étaient la consommation de substances et le logement instable ou inadéquat. Même si les personnes interrogées n'ont pas précisé davantage la manière dont la consommation de substances contribuait aux difficultés d'accès aux soins prénatals, les difficultés associées au logement instable ou inadéquat comprenaient les difficultés que les fournisseurs de soins de santé avaient pour joindre la cliente en vue de planifier des rendez-vous ou des soins de suivi (p. ex., numéro de téléphone hors service, incapacité de joindre la personne à l'adresse fournie) et perte de carte santé pour démontrer l'admissibilité aux services de santé financés par le gouvernement provincial.

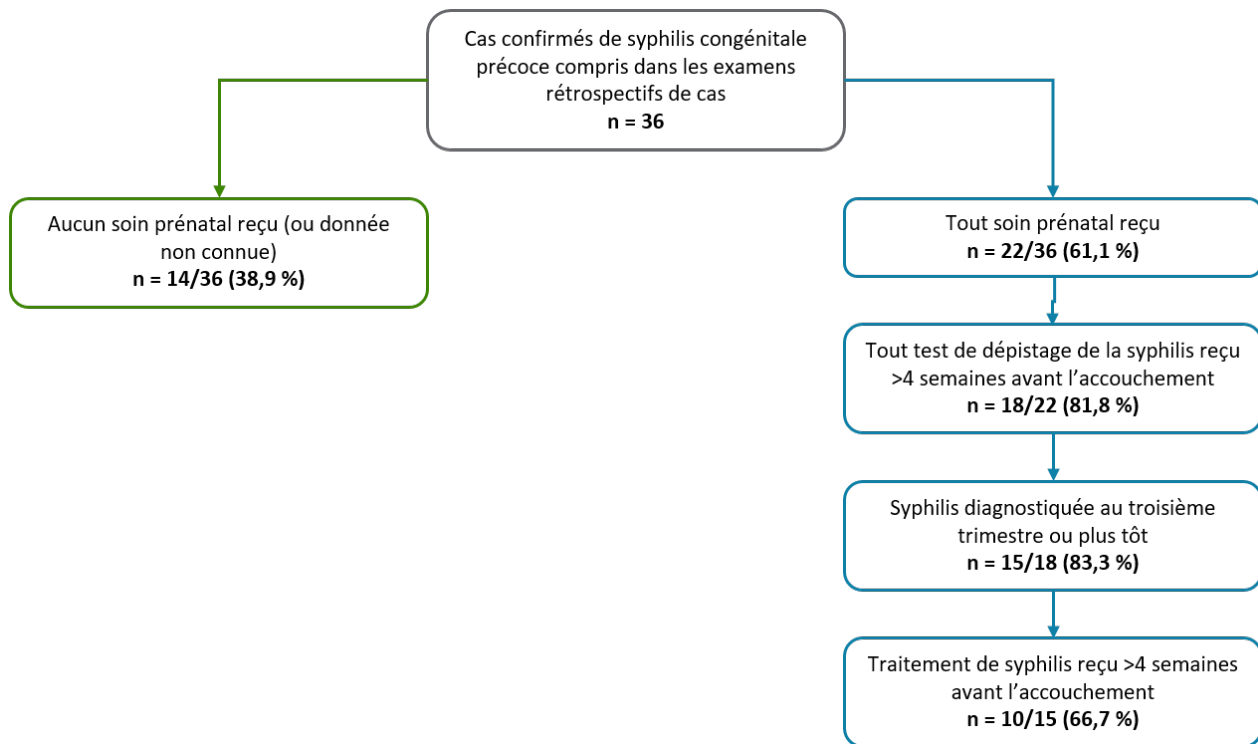
D'autres thèmes mentionnés par les membres du personnel des bureaux de santé publique comprenaient :

- **Des enjeux de transport** : Ceci a été mentionné en tant que problème dans certains établissements non ruraux (p. ex., faibles revenus et enjeux de moyens insuffisants pour se permettre le transport public pour aller suivre les soins); en ce qui concerne les établissements ruraux, le transport et la distance jusqu'à une clinique étaient mentionnés comme des embûches aux soins prénatals. Cela pourrait être un fardeau important en termes de temps nécessaire pour le déplacement, de coûts et de temps perdu au travail.
- **Sensibilisation à la grossesse** : Il a été envisagé que certains cas maternels pourraient ne pas avoir recherché de soins prénatals soit parce que ces femmes n'étaient pas conscientes de leur grossesse ou parce qu'elles avaient planifié d'y mettre fin.
- **Problèmes des systèmes de santé** : Certains cas peuvent avoir vécu des difficultés pour accéder aux soins prénatals en raison d'un manque de fournisseur de soins primaires et d'une interruption de soins lors d'un déménagement entre différentes régions pendant la grossesse. La disponibilité limitée de fournisseurs de soins primaires et de spécialistes dans les communautés rurales peut avoir également restreint l'accès aux soins.

Prévention de la syphilis congénitale précoce : cascade de l'accès aux soins de la syphilis maternelle

Basée sur les 36 cas de syphilis maternelle compris dans les examens rétrospectifs de cas, une cascade de l'accès aux soins a été créée (Figure 6) pour illustrer quand et comment des cas de syphilis maternelle ont été décelés et traités pour souligner les occasions manquées de prévention de la syphilis congénitale précoce.

Figure 6 : Cascade de l'accès aux soins de la syphilis maternelle



Parmi les 36 cas de syphilis maternelle, 14 (38,9 %) n'ont soit reçu aucun soin prénatal, ou l'on ne sait pas s'ils en ont reçu. Parmi les 22/36 (61,1 %) cas de syphilis maternelle connus comme ayant reçu des soins prénatals, la majorité (18/22, 81,8 %) se sont vu offrir un dépistage de la syphilis au moins 4 semaines avant l'accouchement et parmi ceux-ci, 15/18 (83,3 %) ont été diagnostiqués par la suite avec la syphilis au cours du troisième trimestre ou plus tôt. Deux tiers (10/15; 66,7 %) de ceux diagnostiqués au troisième trimestre ou plus tôt ont suivi un traitement adéquat plus de 4 semaines avant leur accouchement.

Expériences des bureaux de santé publique

Pendant les entrevues, les bureaux de santé publique ont été invités à décrire les enjeux ou les facteurs facilitants qu'ils ont vécus en gérant leurs cas de syphilis maternelle et de syphilis congénitale précoce, tout particulièrement quant au fait d'amorcer et de mener une gestion de cas et un suivi de santé publique. Ces facteurs sont groupés ci-dessous en niveau individuel (c.-à-d. en ce qui a trait à l'interaction entre la cliente et le bureau de santé publique) ou les facteurs au niveau du bureau de santé publique et des systèmes de santé.

Au niveau individuel : enjeux

- **Incapacité à joindre la cliente** : Il s'agit du principal enjeu que les bureaux de santé publique ont indiqué. Les bureaux de santé publique ont communiqué des exemples lors desquels ils ont fait un grand nombre de tentatives infructueuses pour atteindre les clientes, y compris des situations où des visites à domicile ont été effectuées, où des numéros de téléphone étaient hors service ou encore où aucune adresse fixe n'était fournie.
- **Participation de la cliente** : Certains bureaux de santé publique ont fait état de clientes qui ont reçu des instructions de suivi, mais qui n'ont pas été appliquées. Des exemples comprennent ne pas se présenter à des rendez-vous fixés à l'avance, y compris pour des prélèvements d'échantillons pour une reprise de sérologie. Les enjeux d'accès aux soins de santé prénatals décrits plus tôt dans le présent rapport sont également applicables, contribuant défavorablement à la participation de la cliente. D'autres difficultés communiquées en proportion moindre se rapportaient aux interactions de la cliente pendant le suivi (p. ex., la cliente n'était pas à l'aise de fournir ses coordonnées pour le suivi de cas, refusait de parler au bureau de santé publique ou de fournir des renseignements pendant le suivi de santé publique, ou refusait le test de dépistage).

Au niveau des bureaux de santé publique et des réseaux de santé : enjeux

- **Des lacunes de connaissances et de ressources pour le suivi des bureaux de santé publique** : Les enjeux communiqués concernaient des lacunes de connaissances parmi les fournisseurs communautaires dans le cadre des fonctions de gestion des cas, comme définir les infections de syphilis ou en déterminer la phase, et bien connaître les recommandations de dépistage. Dans les bureaux de santé publique, les difficultés entourant le manque de ressources, l'expérience limitée en matière de gestion de cas et de suivi de santé publique, ainsi qu'un manque de clarté ou de la confusion en ce qui a trait aux attentes des bureaux de santé publique (p. ex., durée du suivi de santé publique, objectif du suivi de santé publique pour le cas d'un enfant) ont été notées.
- **Accès à l'information** : Parfois, les bureaux de santé publique n'avaient pas accès ou accès en temps opportun aux renseignements et dossiers de santé pour des cas de syphilis maternelle qui avait déménagé hors du secteur de leur bureau de santé publique pendant la grossesse. Il y a eu des situations où le cas maternel a été indexé et traité par un autre bureau de santé publique, a

déménagé pendant sa grossesse, et son bureau de santé publique courant ne pouvait pas accéder aux dossiers cliniques pertinents. D'autres difficultés pour l'obtention de renseignements de cas comprenaient : un manque d'accès aux dossiers de tests cliniques dans les dossiers médicaux électroniques (DME) ou les notes, ou un manque de communication entre les fournisseurs de soins de santé.

- **Charge de travail des bureaux de santé publique** : Les bureaux de santé publique ont noté la charge de travail élevée que comporte la gestion des cas de syphilis maternelle compte tenu du temps nécessaire et des ressources requises pour mener le suivi de cas complexes. Après des efforts intensifs de la part des membres du personnel des bureaux de santé publique, 44 % des cas maternels ont été jugés perdus au niveau du suivi. La charge affective ressentie par les membres du personnel impliqués dans la gestion de cas était souvent lourde et les a mis rudement à l'épreuve.
- **Rapports de la santé publique** : Les membres du personnel des bureaux de santé publique ont fait part de difficultés relatives à l'interprétation et à l'application des définitions de cas du gouvernement provincial utilisées pour confirmer et indexer les cas, ainsi que les difficultés à saisir correctement les cas dans le SIISP.

Au niveau des bureaux de santé publique et des systèmes de santé : éléments facilitants

Les bureaux de santé publique ont communiqué deux éléments facilitants notables de leur gestion des cas de syphilis congénitale :

1. **Relations avec les fournisseurs de soins de santé et autres organismes** : Les bureaux de santé publique ont rapporté que de nouveaux partenariats et des partenariats existants avec les organismes internes et externes et des fournisseurs de soins de santé se sont révélés précieux pendant les suivis. Ceci comprend les relations avec des équipes mobiles et fournisseurs communautaires et l'établissement d'entente de partage des données et des relations avec les hôpitaux locaux (p. ex., acquisition de renseignements cliniques à des fins de classification des cas, surveillance du suivi des nourrissons).
2. **Accès aux dossiers médicaux électroniques (DME)** : Bien qu'un manque d'accès à l'information se soit présenté souvent à titre de difficulté dans le suivi de santé publique de cas de syphilis congénitale, il était évident qu'un accès approprié aux DME facilitait une gestion de cas réussie grâce à un accès en temps opportun aux détails cliniques pertinents, y compris aux symptômes et à l'historique de traitement.

Analyse

Syphilis congénitale précoce

Cette série de cas rétrospectifs souligne les répercussions néfastes de la syphilis congénitale précoce sur la santé des nourrissons et les ressources importantes nécessaires en matière de soins de santé. En plus de longs séjours hospitaliers exigeant des interventions médicales (p. ex., intubation et pression positive expiratoire continue), de nombreux cas dans cette série ont fait l'objet d'enquêtes cliniques intensives, comprenant imagerie médicale (abdomen, tête et squelette), dépistage sérologique, ainsi qu'examen d'ophtalmologie et d'audiologie. De nombreux fournisseurs, y compris des néonatalogistes, des spécialistes des maladies infectieuses, des pédiatres, des ophtalmologistes et des audiologistes ont été impliqués dans le diagnostic, la gestion initiale et le suivi clinique des nourrissons. Les répercussions croissantes et le fardeau associé de la syphilis congénitale précoce sur le système de santé soulignent la nécessité du dépistage précoce et du traitement des cas de syphilis maternelle à titre de priorité de santé publique.

Cette série de cas a également mis en relief les difficultés vécues par les bureaux de santé publique lors de l'application des définitions de cas provinciales existantes pour la syphilis congénitale précoce qui à présent comprend uniquement une classification de cas « confirmé ». Cependant, certains nourrissons à haut risque d'infection (c.-à-d. ceux nés de personnes enceintes atteintes d'une syphilis insuffisamment traitée) ne présentent pas toujours de signes cliniques, d'indices radiographiques ou de preuves de laboratoire à la naissance. De ce fait, ces nourrissons ne répondront pas au critère de cas confirmé de syphilis congénitale précoce, et subséquemment ne seront pas saisis dans les données de surveillance de la province. Ces cas « probables », cependant, peuvent fournir des perspectives supplémentaires importantes dans le fardeau de la syphilis congénitale en Ontario et donc des mises à jour de la définition provinciale des cas pour améliorer assurément sa sensibilité. De plus, certains bureaux de santé publique ont noté des exemples d'effets nocifs sur le fœtus (p. ex., mortinaissance, avortement tardif attribuable à de graves anomalies du fœtus) chez les mères ayant une syphilis non traitée. Dans ces exemples, comme aucune sérologie n'a été menée sur le fœtus, ils n'ont pas répondu à la définition de cas confirmé, entraînant une sous-déclaration d'effets nocifs sur le fœtus pour les mères atteintes de syphilis maternelle. L'actualisation des définitions de cas de la province pour saisir ces scénarios améliorera la détection des cas de syphilis congénitale précoce en Ontario.

Les définitions provinciales de surveillance des cas de syphilis congénitale devraient être actualisées afin d'améliorer la détection des cas pour une surveillance plus exacte des profils épidémiologiques en Ontario.

Accès au dépistage de la syphilis prénatale

Un dépistage retardé de syphilis maternelle est associé à des résultats néfastes pour le fœtus, avec des études antérieures notant que les cas maternels qui ont reçu un dépistage tardivement au cours de la grossesse sont huit fois plus susceptibles d'avoir un nourrisson qui naît avec une syphilis congénitale par comparaison aux cas dépistés lors du premier trimestre¹⁰. Les directives canadiennes recommandent actuellement le dépistage de la syphilis pour toutes les femmes enceintes au cours de leur premier trimestre ou lors de la première visite prénatale, avec un nouveau dépistage pendant le troisième trimestre (c.-à-d., à 28–32 semaines de gestation) et lors de l'accouchement pour les personnes résidant dans des zones où il y a des flambées de syphilis ou des risques d'infection constants (p. ex., relations sexuelles avec de multiples partenaires, consommation de drogue, logement instable ou itinérance)^{2,11}. Les dépistages répétés de syphilis pendant la grossesse visent à identifier les infections de syphilis qui ont été acquises après, ou qui n'ont pas été détectées lors de dépistage effectué plus tôt pendant la grossesse. La grande majorité des cas de syphilis maternelle compris dans cet examen de cas ont fait mention d'au moins un facteur de risque d'infection de syphilis, notamment la consommation de substances, être sans abri ou mal logé, et/ou avoir été antérieurement infecté par une ITSS. Malgré ces lignes directrices, les examens de cas rétrospectifs de l'Ontario ont déterminé que deux tiers des cas de syphilis maternelle (24/36; 66,7 %) ont obtenu un dépistage de la syphilis à un moment donné de leur grossesse et parmi ces cas, moins de la moitié (10/24; 41,7 %) ont été testés pendant leur premier trimestre. Près d'un tiers (11/36; 30,6 %) des cas maternels ont obtenu un dépistage au moment de leur accouchement ou dans la période post-partum.

Une étude aux États-Unis a estimé que 11,2 % des cas de syphilis maternelle ont été identifiés tardivement au cours de la grossesse et à la suite d'un dépistage négatif au cours du premier trimestre. Cette prévalence était comprise entre 6,5 % dans l'ouest et 39,6 % dans le nord-est¹². Dans l'examen rétrospectif des cas de l'Ontario, 7/36 (19,4 %) des cas de syphilis maternelle avait un dépistage de premier trimestre négatif et leur infection de syphilis a été décelée plus tard durant la grossesse (n=4) ou après l'accouchement (n=3).

L'amélioration de l'accès au dépistage de la syphilis prénatale pendant la grossesse est une composante clé des efforts de prévention de la syphilis congénitale.

Conditions concurrentes : Co-infections d'ITSS, consommation de substances et instabilité de logement

Les études ont montré qu'avoir une ITSS en cours ou précédente constitue un facteur de risque pour en acquérir une nouvelle, y compris la syphilis^{13,14}. Le Guide de prévention des ITSS recommande le dépistage universel pendant la grossesse pour d'autres ITSS, notamment la gonorrhée, la chlamydia et le VIH, et le dépistage fondé sur le risque pour le VHC. Ces examens rétrospectifs de cas ont permis de découvrir que près de deux tiers des cas de syphilis maternelle avaient fait l'objet d'un test de dépistage pour la chlamydia ou la gonorrhée (23/36; 63,9 %) et le VIH (24/36; 66,7 %); toutefois, moins de la moitié (17/36; 47,2 %) avaient subi un test de dépistage pour le VHC. Parmi les cas ayant fait l'objet de tests de

dépistage supplémentaires, 11 personnes avaient reçu un résultat positif pour la chlamydia, la gonorrhée et/ou le VHC (14 infections totales). Des 17 personnes ayant fait l'objet de tests de dépistage pour le VHC, cinq ont reçu un résultat positif (29,4 %). Un taux élevé similaire de co-infection de VHC et de syphilis de 19,5 % (n=87) a été observé parmi les personnes enceintes participant à un programme pilote offrant un test de dépistage prénatal universel pour le VHC en Alberta¹⁵.

La consommation de substances et l'instabilité de logement étaient des problèmes concurrents auxquels faisaient face environ la moitié des cas de syphilis maternelle dans cette série. Il est notable que la consommation de drogues injectables ou non est aussi le facteur de risque le plus couramment rapporté parmi les cas de VHC nouvellement contractés en Ontario¹⁶. Ces conditions concurrentes ont également été rapportées parmi les parents de nourrissons avec syphilis congénitale au Manitoba et aux É.-U., ainsi que plus largement parmi les cas de femmes atteintes de syphilis infectieuse en Colombie-Britannique^{14, 17, 18}. La caractérisation de l'épidémie de syphilis infectieuse en augmentation parmi les femmes et sa différenciation de l'épidémie parmi les hommes gais, bisexuels et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est une importante activité de surveillance de la santé publique tout indiquée pour la prévention de la syphilis congénitale¹⁹.

Compte tenu de la prévalence de co-infection de syphilis avec d'autres ITSS, il est important que les personnes enceintes diagnostiquées atteintes de syphilis fassent l'objet de test de dépistage pour d'autres ITSS, tout particulièrement le VHC. La surveillance constante des co-infections, en particulier le VHC et la syphilis, et le chevauchement des facteurs sociaux et comportementaux parmi les personnes atteintes peuvent contribuer à orienter les mesures en matière de santé publique.

Accès aux soins prénatals

Il est important de contextualiser en temps voulu le dépistage et le traitement de la syphilis prénatale avec l'accès aux soins prénatals. Une étude californienne a trouvé qu'un manque de soins prénatals était la variable prédictive la plus significative de syphilis congénitale (rapport de cotes de 18,5; 95 % intervalle de confiance [IC] 10,6-32,3)²⁰. Comme démontré dans le diagramme de l'Ontario ([Figure 6](#)), on savait que 22/36 (61,1 %) des cas de syphilis maternelle avaient eu accès à des soins prénatals et étaient ainsi plus susceptibles d'avoir fait l'objet en temps opportun d'un test de dépistage de la syphilis par comparaison à ceux sans aucun accès à des soins prénatals. Au total, 18/22 (81,8 %) des cas de syphilis maternelle qui avaient eu accès à des soins prénatals avaient subi un test de dépistage prénatal de la syphilis >4 semaines avant l'accouchement. Bien qu'ayant accès à n'importe quel soin prénatal, une proportion significative a obtenu moins de quatre visites avec près d'un tiers ([Tableau 4](#)) de tous les cas maternels ayant reçu leurs premiers soins relatifs à la grossesse au moment de l'accouchement.

Comme mentionné plus haut, les facteurs les plus courants au niveau individuel contribuant aux difficultés d'accès aux soins prénatals qui ont été soulevés par les membres du personnel des bureaux de santé publique comprenaient l'instabilité du logement et la consommation de substances. Ces résultats sont corroborés par des études qui disent que les facteurs au niveau individuel comme la priorisation de l'alimentation et du logement, les problèmes de santé mentale, le manque de connaissances en matière de santé, et la méfiance à l'égard des services de santé contribuent tous à la faible participation aux

soins prénatals²¹. L'impact des politiques de niveau systémique (p. ex., le logement abordable, l'assistance sociale) qui éliminent les obstacles aux soins pour les personnes ainsi que la répercussion de la colonisation et du racisme systémique sur les déterminants sociaux de la santé doivent être reconnus et considérés dans le cadre de toute approche intégrée de la prévention de la syphilis congénitale^{21,22}. Dans l'étude de la Californie mentionnée ci-dessus, l'itinérance et la consommation de méthamphétamine étaient également des prédicteurs significatifs de syphilis congénitale; toutefois, leur impact n'était plus statistiquement important lorsque pris en compte pour l'accès aux soins prénatals²⁰. Des solutions ciblées qui rendent les soins prénatals plus inclusifs de ceux qui vivent l'itinérance et/ou consomment des substances peuvent réduire le fardeau de la syphilis congénitale²³.

De nouvelles approches qui visent à permettre un accès équitable aux soins prénatals pour celles qui connaissent l'itinérance et/ou la consommation de substances peuvent atténuer l'influence de ces facteurs sur la syphilis congénitale. De plus grands efforts pouvant agir sur les déterminants sociaux de la santé (p. ex., le logement) et apporter du soutien en matière de comportement au niveau individuel (p. ex., consommation de substances) parmi les personnes enceintes peuvent améliorer la capacité d'une personne à accéder aux soins prénatals et à y participer.

Expériences de la santé publique

Bien que l'impact de la pandémie de COVID-19 ne soit pas ressorti en tant que thème majeur relatif au suivi de santé publique ou aux obstacles aux soins pendant ces entrevues, il serait inconsideré de ne pas reconnaître que ces cas ont été identifiés à un moment où l'accès aux services de santé, y compris les services de santé en matière d'ITSS et de santé sexuelle, était perturbé et où les effectifs de la santé publique en Ontario public vivaient d'immenses difficultés en raison de la réaffectation des ressources à l'intervention contre la pandémie^{24,25}.

Près de la moitié des cas de syphilis maternelle dans cette série de cas ont été perdus pour le suivi par la santé publique. Un cas qui est perdu pour le suivi représente une utilisation substantielle de ressources de santé publique (p. ex., nombreuses tentatives de contact du cas) ainsi qu'une occasion manquée de sensibilisation et de collecte de détails supplémentaires sur le cas pour caractériser l'épidémiologie de la syphilis maternelle en Ontario (p. ex., phase de syphilis, facteurs de risque). Les cas de syphilis maternelle qui n'ont pas de contact avec la santé publique sont associés à des résultats plus néfastes sur le fœtus par comparaison à ceux qui ont eu des contacts. Gratrix et al., ont trouvé que les cas de syphilis maternelle en Alberta qui n'avaient pas eu de contact avec la santé publique étaient 3,6 fois plus susceptibles de donner naissance à un enfant atteint de syphilis congénitale par comparaison à ceux qui en avaient eu¹⁰. Le suivi de santé publique des cas de syphilis maternelle est important puisqu'il permet d'assurer la liaison entre les soins et le traitement, y compris la surveillance de la réponse sérologique au traitement.

Outre les défis posés par la participation des cas pendant le suivi, les Bureaux de santé publique ont identifié un besoin d'améliorer la communication avec les fournisseurs de soins de santé afin de permettre le partage d'information entre différentes bases de données. Ensemble, ces deux difficultés ont entravé la possibilité de structurer adéquatement les infections de syphilis. Dans notre examen des cas, une plus grande proportion des 36 cas de syphilis maternelle associés à une syphilis congénitale ne pouvait pas être organisée en phase comparativement aux cas de syphilis parmi les femmes âgées de 15 à 44 ans au cours de la même période (19,4 % vs 7,9 %). Une des répercussions de ceci est la possible sous-estimation du fardeau de la syphilis infectieuse au sein de cette population.

Les Bureaux de santé publique ont aussi identifié le besoin de formation et de ressources supplémentaires concernant la classification des cas de syphilis congénitale et le suivi de santé publique. Il y a aussi la possibilité pour la santé publique de dialoguer avec les fournisseurs communautaires afin d'assurer qu'ils ont les connaissances et les compétences adéquates relativement au diagnostic de syphilis et pour leur faire connaître les lignes directrices existantes de dépistage, particulièrement qui peut bénéficier de dépistage continu pendant toute la grossesse.

Des ressources accrues en santé publique, y compris des ressources financières et humaines, pour gérer les cas de syphilis maternelle et former les fournisseurs locaux de soins de santé peut entraîner une meilleure détection de la syphilis congénitale et de meilleurs résultats.

Limites

Les données pour le présent rapport sur les facteurs de risques, les tests et d'autres renseignements cliniques pertinents (p. ex., l'historique de dépistage prénatal et de soins) ont été collectées au moyen d'entrevues avec les bureaux de santé publique et n'ont pas été comparées à celles provenant d'autres sources de données (p. ex., le SIISP, Accès Soins, le Système d'information de laboratoire de l'Ontario ou d'autres bases de données médicales électroniques). Les données ont été obtenues auprès des bureaux de santé publique; les intervieweurs de SPO n'ont pas parlé directement avec les cas. Dans certaines circonstances, les gestionnaires de cas d'origine n'étaient pas disponibles pour l'entrevue (p. ex., ils avaient quitté le secteur du programme) et des gestionnaires de cas remplaçants ont dû s'appuyer sur la documentation à leur disposition pour effectuer l'entrevue. Des renseignements sociodémographiques (p. ex., race, revenu, niveau d'instruction) pour des cas maternels ne sont pas recueillis systématiquement pendant les suivis de santé publique en Ontario et ainsi n'étaient pas inclus dans le cadre des entrevues de cas. Les examens régionaux pour les caractéristiques des cas maternels et nourrissons n'étaient pas menés en raison de nombres restreints. Il était hors de portée pour ce projet de valider l'application appropriée de la définition de cas, il est donc possible que certains cas inclus provenant du SIISP aient été rapportés de manière inexacte quant à répondre à la définition de cas confirmé.

Conclusion

Compte tenu du fardeau accru de syphilis congénitale précoce et de syphilis maternelle, la détection précoce et le traitement de la syphilis maternelle ainsi que la prise en compte des facteurs sous-jacents tels que l'accès aux soins prénatals, les déterminants sociaux de santé et les ressources limitées de santé publique sont primordiaux. Les interventions de santé publique et des réseaux de santé pour régler ce problème doivent reconnaître l'impact de la colonisation, du racisme structurel et des politiques sociales (p. ex., la législation sur les drogues) sur les déterminants sociaux de la santé, la confiance envers les soins de santé et la vulnérabilité aux ITSS, y compris la syphilis^{20,23}. Des étapes doivent être franchies pour atteindre une collaboration équitable concentrée sur des priorités locales et qui assure que le leadership, les ressources et les services sont inclusifs.

Bibliographie

1. Robinson JL; Société canadienne de pédiatrie. La syphilis congénitale n'est plus seulement d'intérêt historique [Internet]. Ottawa, ON : Société canadienne de pédiatrie; 2018 [mise à jour le 8 février 2018; cité le 13 juillet 2023]. Disponible à : <https://cps.ca/fr/documents/position/syphilis-congenitale>
2. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021: syphilis during pregnancy [Internet]. Atlanta, GA : CDC; 2022 [cité le 24 novembre 2023] Disponible à : <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis-pregnancy.htm>
3. Agence de la santé publique du Canada. Syphilis in Canada: technical report on epidemiological trends, determinants and interventions [Internet]. Ottawa, ON : gouvernement du Canada; 2020 [cité le 18 janvier 2024]. Disponible à : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/syphilis-epidemiological-report/syphilis-eng.pdf>
4. Ontario. Ministère de la Santé. Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation. Protocole concernant les maladies infectieuses. Annexe 1 : définitions et de cas et information propre à chaque maladie. Maladie : Syphilis. En vigueur : Mai 2022 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2022 [cité le 13 juillet 2023]. Disponible à : https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/syphilis_chapter.pdf
5. Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 2001;2001(3):CD001143. Disponible à : <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001143>
6. 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)
7. *Reports*, RRO 1990, Reg 569. Disponible à : <https://www.ontario.ca/laws/regulation/900569>
8. Ontario. Ministère de la Santé. Protocole concernant les maladies infectieuses, 2023 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [cité le 23 juillet 2023]. Disponible à : <https://files.ontario.ca/moh-infectious-disease-protocol-fr-2023.pdf>
9. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Protocole concernant la santé sexuelle et la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement/infections à diffusion hémotogène, 2019 [Internet]. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019 [cité le 13 juillet 2023]. Disponible à : <https://files.ontario.ca/moh-sexual-health-blood-born-infections-prevention-control-protocol-fr-2019.pdf>

10. Gratrix J, Karwacki J, Eagle L, Rathjen L, Singh A, Chu A, et al. 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>
11. Agence de la santé publique du Canada. Guide sur la syphilis : dépistage et tests diagnostiques [Internet]. Ottawa, ON : gouvernement du Canada; 2022 [modifié le 5 octobre 2023; cité le 18 janvier 2024]. 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>
12. Kimball A, Torrone E, Miele K, Bachmann L, Thorpe P, Weinstock H, et al. 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>
13. Arando M, Fernandez-Naval C, Mota-Fiox M, Martinez D, Armengol P, Barbera MJ et al. Early syphilis: risk factors and manifestations focusing on HIV-positive patients. *BMC Infect. Dis.* 2019;19(1):727. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12879-019-4269-8>
14. Willemsma K, Barton L, Stimpson R, Pickell I, Ryan V, Yu A et al. Characterizing female infectious syphilis cases in British Columbia to identify opportunities for optimization of care. *Can Commun Dis Rep.* 2022;48(2/3):68-75. Disponible à : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i23a03>
15. Thompson LA, Plitt SS, Gratrix J, Charlton CL. Prevalence of syphilis coinfection in hepatitis C virus positive prenatal patients from Alberta during a pilot routine screening program. *Can Liver J.* 2023;6(1):70-5. Disponible à : <https://doi.org/10.3138/canlivj-2022-0017>
16. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). Hepatitis C in Ontario, 2018: surveillance summary one year after a case definition update (en anglais seulement). Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2020. Disponible à : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/R/2020/report-hepc-surveillance-2018.pdf>
17. Benoit P, Tennenhouse L, Lapple A, Hill-Carroll G, Shaw S, Bullard J, et al. Congenital syphilis re-emergence in Winnipeg, Manitoba. *Can Comm Dis Rep.* 2022;48(2/3):89-94. Disponible à : <https://doi.org/10.14745/ccdr.v48i23a06>
18. Carlson JM, Tannis A, Woodworth KR, Reynolds MR, Shinde N, Anderson B et al. Substance use among persons with syphilis during pregnancy – Arizona and Georgia, 2018–2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023;72(3):63-7. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7203a3>
19. Shaw S, Lapple A, Reime K, Ross C, Nowicki D Elliott L. The evolution of an infectious syphilis epidemic in a Canadian urban setting. *Sex Transm Infect.* 2019;95):A330. Disponible à : <http://dx.doi.org/10.1136/sextrans-2019-sti.826>
20. Plotzker RE, Burghardt NO, Murphy RD, McLean R, Jacobson K, Tang EC, et al. Congenital syphilis prevention in the context of methamphetamine use and homelessness. *Am J Addict.* 2022;31(3):210-8. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/ajad.13265>

21. McGeough C, Walsh A, Clyne B. Barriers and facilitators perceived by women while homeless and pregnant in accessing antenatal and or postnatal health care: a qualitative evidence synthesis. *Health Soc Care Community*. 2020;28(5):1380-93. Disponible à : <https://doi.org/10.1111/hsc.12972>
22. Agence de la santé publique du Canada. Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS [Internet]. Ottawa, ON : gouvernement du Canada; 2018 [mise à jour le 9 juillet 2018; cité le 13 juillet 2023]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/sante-sexuelle-infections-transmissibles-sexuellement/rapports-publications/infections-transmissibles-sexuellement-sang-cadre-action.html>
23. 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>
24. Association of Local Public Health Agencies (aLPHA). Public health resilience in Ontario: clearing the backlog, resuming routine programs, and maintaining an effective COVID-19 response [Internet]. Toronto, ON : aLPHA; 2022 [cité le 13 juillet 2023]. Disponible à : https://cdn.ymaws.com/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/aLPHa_PH_Resilience_Report_Final_Jan2022.pdf
25. Ryu H, Blaque E, Steward M, Anand P, Gomez-Ramirez, O, MacKinnon KR, et al. Disruptions of sexually transmitted and blood borne infections testing services during the COVID-19 pandemic: accounts of service providers in Ontario, Canada. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):29. Disponible à : <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09028-z>

Annexe A : Nombre cumulatif de cas confirmés de syphilis congénitale précoce

Abréviation en 3 lettres du nom du bureau de santé publique	Nom complet du bureau de santé publique	Nombre cumulatif de cas en Ontario (2019-2022)
ALG	Algoma Public Health	2
BRN	Brant County Health Unit	2
CHK	Chatham-Kent Public Health	0
DUR	Durham Region Health Department	3
EOH	Bureau de santé de l'Est de l'Ontario	0
GBO	Grey Bruce Health Unit	0
HAL	Halton Region Health Department	1
HAM	City of Hamilton Public Health Services	6
HDN	Haldimand-Norfolk Health Unit	2
HKP	Haliburton, Kawartha, Pine Ridge District Health Unit	0
HPE	Hastings Prince Edward Public Health	0
HPH	Huron Perth Health Unit	0
KFL	Bureau de santé de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington	5
LAM	Lambton Public Health	2
LGL	Leeds, Grenville and Lanark District Health Unit	0
MSL	Bureau de santé de Middlesex-London	2

Abréviation en 3 lettres du nom du bureau de santé publique	Nom complet du bureau de santé publique	Nombre cumulatif de cas en Ontario (2019-2022)
NIA	Niagara Region Public Health	2
NPS	North Bay Parry Sound District Health Unit	0
NWR	Northwestern Health Unit	0
OTT	Santé publique Ottawa	0
OXE	Southwestern Public Health	2
PEL	Peel Public Health	1
PQP	Porcupine Health Unit	0
PTC	Peterborough Public Health	0
REN	Renfrew County & District Health Unit	0
SMD	Simcoe Muskoka District Health Unit	1
SUD	Sudbury & District Health Unit	0
THB	Bureau de santé publique du district de Thunder Bay	1
TOR	Toronto Public Health	6
TSK	Timiskaming Health Unit	0
WAT	Region of Waterloo Public Health and Emergency Services	1
WDG	Wellington-Dufferin-Guelph Public Health	0
WEC	Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex	2
YRK	York Region Public Health Services	0

Sources des données : Ontario. Ministère de la Santé. Système intégré d'information sur la santé publique (SIISP) [base de données]. Toronto, ON : Imprimeur du Roi pour l'Ontario; 2023 [date d'extraction le 31 juillet 2023].
 Syphilis maternelle et congénitale précoce en Ontario : 2020-2022

Notes techniques

Sources des données

- Les données pour le présent rapport étaient basées sur les renseignements saisis dans la base de données du Système intégré d'information sur la santé publique du ministère de la Santé de l'Ontario en date du **8 janvier 2023**.
- Le SIISP est un système dynamique de déclaration des maladies qui permet une mise à jour constante des données saisies antérieurement. Ainsi, les données extraites du SIISP constituent un instantané au moment de l'extraction et peuvent différer des rapports précédents ou subséquents.

Mise en garde sur les données fournies

- Ces données représentent uniquement les cas confirmés de syphilis congénitale précoce déclarés à la santé publique et enregistrés dans le SIISP. Par conséquent, tous les comptes de cas peuvent être l'objet de différentes fluctuations de sous-déclaration dues à une variété de facteurs, comme la sensibilisation à la maladie et les comportements de recherche de soins médicaux qui peuvent dépendre de la gravité de la maladie, des pratiques cliniques et de changements dans les tests de laboratoire et comportements de déclaration.
- Seuls les cas de syphilis congénitale précoce répondant à la classification de cas confirmés comme figurant dans les [définitions de surveillance des cas du ministère de la Santé de l'Ontario](#) ont été inclus dans les examens rétrospectifs de cas.
- Les comptes de cas par régions géographiques sont basés sur le bureau de santé publique qui a effectué le diagnostic. Le bureau de santé publique qui a effectué le diagnostic recommande le patient à son bureau de santé publique de résidence au moment de l'éclosion de la maladie ou du rapport à la santé publique, et pas nécessairement à l'endroit de l'exposition.
 - Les cas pour lesquels le bureau de santé publique qui a effectué le diagnostic a été déclaré comme MSSLD (pour désigner un cas qui n'est pas un résident de l'Ontario) ou MUSKOKA-PARRY SOUND (un bureau de santé publique qui n'existe plus) ont été exclus de cet examen.
- Les cas pour lesquels le statut de disposition a été déclaré comme ENTRÉ PAR ERREUR, NE RÉPOND PAS À LA DÉFINITION, DOUBLON-NE PAS UTILISER, ou toute variation de ces valeurs, ont été exclus de cet examen.
- Il existe potentiellement des doublons, car les ensembles de doublons n'ont pas été identifiés et exclus à moins qu'ils n'aient déjà été résolus au niveau local ou provincial avant l'extraction des données du SIISP.

Autres notes sur les données

- Signes et symptômes des nourrissons
 - Le texte narratif des symptômes a été analysé pour les thèmes et ils ont été groupés ensemble.
- Classification des cas maternels
 - Les classifications de cas sont fondées sur les définitions de surveillance des cas selon [l'annexe 1 du Protocole des maladies infectieuses des Normes de santé publique de l'Ontario](#) au moment des entrevues.
- Facteurs de risque maternels
 - Les données pour les facteurs de risque ont été obtenues en combinant les constatations provenant du texte narratif à la liste de vérification des facteurs de risque rapportés du SIISP pour la syphilis infectieuse.
- Moment du diagnostic
 - Le moment du diagnostic du cas maternel était fondé sur la date de rencontre du SIISP de l'infection de la syphilis infectieuse maternelle associée au cas de syphilis congénitale.
 - « À l'accouchement » est défini comme le moment où la personne s'est présentée pour accoucher ou dans les 24 heures après avoir accouché d'un enfant.
 - « Après l'accouchement » est défini comme un diagnostic établi plus tard que 24 heures après l'accouchement et moins de deux ans après l'accouchement.
- Moment du traitement
 - Un traitement approprié a été défini comme un traitement effectué avec de la benzathine pénicilline G-LA, 2,4 millions d'unités IM (une à trois doses conformément aux directives recommandées pour la phase appropriée) pendant la grossesse.
 - Dans certaines circonstances, un retraitement avec une seule dose ou avec trois doses de benzathine pénicilline G-LA, 2,4 millions d'unités IM a été recommandé (p. ex., réponse sérologique inadéquate au premier traitement). Si la personne n'a pas effectué le retraitement recommandé (c.-à-d., toutes les doses) moins de quatre semaines avant l'accouchement, son moment de traitement était alors codé comme moins de 4 semaines avant l'accouchement.
- Soins prénatals
 - Une série d'au moins quatre visites de soins prénatals a été utilisée pour s'harmoniser à [l'indicateur de couverture des soins prénatals de l'OMS](#).

- Cascade d'accès des soins de syphilis maternelle

Les fréquences des personnes à chaque phase de la cascade ont été calculées. Des proportions conditionnelles pour chaque phase ont été calculées en utilisant le nombre de personnes identifiées qui ont répondu à la définition pour être à une phase particulière divisée par le nombre qui a répondu à la définition de la phase précédente.

Santé publique Ontario

661, avenue University, bureau 1701

Toronto, ON

M5G 1M1

416.235.6556

communications@oahpp.ca

publichealthontario.ca

