



Résumé de la déclaration du Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CCN-ITSS) : Recommandations sur le dépistage de la syphilis chez les adultes et les adolescents non enceintes

Housne Begum¹, Stephan Gadiant¹, Jared Bullard², Jennifer Gratrix², Troy Grennan², Todd Hatchette², Annie Fleurant-Ceelen¹, au nom du Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang*

Résumé

Contexte : L'augmentation soutenue et notable des taux canadiens de syphilis infectieuse a incité le Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CCN-ITSS) à mettre à jour la recommandation de dépistage existante pour les adultes et les adolescents non enceintes.

Méthodes : Ces lignes directrices ont été élaborées conformément au manuel de 2014 de l'Organisation mondiale de la Santé. La question de recherche était : « Quelle est l'utilité clinique du dépistage de la syphilis suivant une approche fondée sur l'évaluation du risque ou une approche en population générale chez les adolescents et les adultes? » Les données probantes ont été évaluées selon l'approche du système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Résultats : L'analyse environnementale a porté sur 11 lignes directrices relatives au dépistage de la syphilis publiées entre 2014 et janvier 2023. Deux examens systématiques ont été établis et inclus. Dans la recherche documentaire actualisée du 6 novembre 2019 au 17 janvier 2023, on n'a publié aucun examen systématique sur l'efficacité du dépistage basé sur le risque ou sur la comparaison entre le dépistage basé sur le risque et le dépistage par intervalle; cependant, on a récemment publié un essai contrôlé randomisé au Canada. Les données relatives aux résultats, aux valeurs et aux préférences des patients, aux ressources, à l'acceptabilité, à l'équité, au coût, au rapport coût-efficacité et à la faisabilité ont fait l'objet d'un examen.

Conclusion : Cette déclaration contient deux recommandations de dépistage pour les adultes et les adolescents. Recommandation 1 : Le CCN-ITSS recommande le dépistage de la syphilis chez toutes les personnes sexuellement actives ayant un nouveau partenaire ou des partenaires multiples et/ou à la demande de la personne intéressée. Il recommande également un dépistage tous les trois à six mois chez les personnes ayant plusieurs partenaires. Recommandation 2 : Le CCN-ITSS recommande d'envisager des programmes de dépistage ciblés « avec option d'exclusion » aussi fréquemment que tous les trois mois lorsqu'ils s'adressent à des groupes de population et/ou à des collectivités connaissant une forte prévalence de la syphilis (et d'autres ITSS). Il s'agit dans les deux cas de recommandations fortes avec un degré de certitude modéré.

Cette oeuvre est mise à la disposition selon les termes de la licence internationale Creative Commons Attribution 4.0



Affiliations

¹ Secrétariat du Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, Agence de la santé publique du Canada, Canada

² Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Groupe de travail sur la syphilis, Canada

*Correspondance :

sti.secretariat-its@phac-aspc.gc.ca



Citation proposée : Begum H, Gadiant S, Bullard J, Gratrix J, Grennan T, Hatchette T, Fleurant-Ceelen A, au nom du Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang. Résumé de la déclaration du Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CCN-ITSS) : Recommandations sur le dépistage de la syphilis chez les adultes et les adolescents non enceintes. *Relevé des maladies transmissibles au Canada* 2024;50(7/8):256–64. <https://doi.org/10.14745/ccdr.v50i78a01f>

Mots-clés : dépistage de la syphilis, recommandations, adultes et adolescents non enceintes

Introduction

La syphilis est une infection transmissible sexuellement (ITS) causée par le pallidum, sous-espèces de l'organisme *Treponema pallidum*. Sans traitement, elle peut entraîner une morbidité importante. En 2020, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a estimé à 7,1 millions le nombre de nouvelles infections par la syphilis dans le monde (1). La syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce) et congénitale est en augmentation au Canada. D'autres pays à revenu élevé, tels que les États-Unis, l'Australie et le Royaume-Uni, ont signalé des tendances similaires (2–4).

La syphilis est la troisième ITS la plus signalée au Canada, mais au cours de la dernière décennie (2013–2022), les taux ont augmenté de 393,1 %, contre 33,1 % et 181,7 % pour la chlamydia et la gonorrhée, respectivement. Le taux national de syphilis infectieuse est passé de 5,1 cas pour 100 000 habitants en 2011 à 24,6 cas pour 100 000 habitants en 2019 et 36,1 cas pour 100 000 habitants en 2022 (5,6). Alors que les taux ont toujours été plus élevés chez les hommes que chez les femmes, les taux déclarés de syphilis infectieuse ont augmenté plus rapidement chez les femmes. Entre 2010 et 2019, le taux chez les femmes a augmenté de 1 446,8 %, contre 287,9 % chez les hommes (5). À partir de janvier 2020, toutes les administrations provinciales/territoriales ont déclaré une augmentation des taux d'infection. La majorité des cas continuent de concerner les hommes gais, bisexuels ou ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (communauté gbHARSAH), mais une augmentation a été signalée dans la population hétérosexuelle, l'augmentation la plus notable concernant les femmes en âge de procréer, entraînant ainsi une hausse des taux de syphilis congénitale (6,7).

L'augmentation soutenue et notable des taux de syphilis au Canada a incité le Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CCN-ITSS) à donner la priorité à la révision et à la mise à jour de la recommandation de dépistage existante de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Le dépistage est défini comme l'examen de personnes asymptomatiques.

Méthodes

Les recommandations relatives au dépistage de la syphilis ont été élaborées conformément aux méthodes décrites dans l'édition 2014 (8) du manuel de l'OMS pour l'élaboration des

lignes directrices. Un groupe de travail (GT), composé de quatre membres du CCN-ITSS, a été créé et soutenu par le secrétariat de l'ASPC pour travailler à l'élaboration des lignes directrices. Un spécialiste de la méthodologie et une équipe d'examineurs systématiques de la Section des lignes directrices pour les ITSS à l'intention des professionnels de la santé de l'ASPC (équipe de l'ASPC) ont effectué de façon indépendante une mise à jour de l'examen systématique (ES) des principales études sur le dépistage de la syphilis et ont examiné les lignes directrices sur le dépistage de la syphilis publiées antérieurement à l'aide de Google, des sites Web d'organismes internationaux, d'organismes provinciaux/territoriaux et d'un ES effectué en 2022 par l'Agence des médicaments du Canada (CDA-AMC), autrefois l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) (9). L'équipe de l'ASPC chargée des ES a examiné les études publiées entre janvier 2010 et janvier 2023 sur le dépistage de la syphilis, les valeurs et les préférences des patients, l'équité, la faisabilité, l'acceptabilité, les analyses économiques et les évaluations des technologies de la santé. Les données probantes ont été évaluées à l'aide du système GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Le groupe de travail a relevé les questions clés qui ont servi de base à l'ES et aux recommandations suivantes :

- Population : adolescents et adultes
- Intervention : Dépistage basé sur le risque (fondé sur l'évaluation et l'opinion des cliniciens) pour la syphilis par des tests sérologiques à l'aide d'algorithmes de séquence traditionnelle ou inverse
- Comparaison : Dépistage à l'échelle de la population, à tout intervalle de temps (e.g., 3 mois, 6 mois, 12 mois), de la syphilis avec des tests sérologiques à l'aide d'algorithmes de séquence traditionnelle ou inverse, connus sous le nom de « dépistage par intervalle ».
- Résultats : Utilité clinique (e.g., incidence de la syphilis infectieuse/non infectieuse, de la neurosyphilis ou de la syphilis congénitale), proportion de participants qui reçoivent un traitement inutile ou inadéquat (e.g., en raison de résultats de tests faux positifs ou faux négatifs), acceptabilité des participants, innocuité (e.g., effets indésirables, dommages psychosociaux)
- Conception de l'étude : Évaluations des technologies de la santé, ES, essais contrôlés randomisés (ECR), études non randomisées



Une analyse environnementale des recommandations de dépistage existant de la syphilis de différents organismes a été effectuée. L'équipe de l'ASPC chargée de l'ES a également cherché des ES, ainsi que des études primaires lorsqu'aucun ES n'était disponible. Les données sur les résultats, les valeurs et les préférences des patients, les ressources, l'acceptabilité, l'équité et la faisabilité ont été examinées à partir de la documentation publiée et non publiée. Des recherches approfondies pour des études d'ES, des ECR et des études non randomisées ont été effectués en septembre 2019 et ont été actualisés en janvier 2023. Deux membres de l'équipe de l'ASPC chargée de l'ES ont sélectionné les études, extrait et analysé les données, et évalué la qualité et la certitude des données probantes à l'aide de l'approche GRADE (10). Au total, 11 lignes directrices sur le dépistage de la syphilis ont été publiées entre 2014 et janvier 2023 (11–21). Les intervalles de dépistage les plus fréquents étaient tous les trois à six mois. L'instrument Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE) II (22) a été utilisé pour évaluer la qualité méthodologique des lignes directrices identifiées. La recherche documentaire effectuée avec la bibliothèque de Santé Canada en 2019 a permis d'identifier et d'inclure deux ES (23,24).

La recherche documentaire mise à jour depuis le 6 novembre 2019 au 17 janvier 2023, avec la bibliothèque Santé Canada, a abouti à 220 dossiers. Après la suppression des doubles, il y avait un total de 176 articles. Les membres du GT ont partagé quatre articles et un article a été trouvé dans une liste de référence d'articles. Après l'examen préalable par titre et par résumé, 31 dossiers ont été inclus pour l'examen en texte intégral. Les 31 dossiers en texte intégral ont été récupérés et un total final de 9 dossiers a été inclus. Il n'y a pas d'ES publié sur l'efficacité du dépistage fondé sur le risque ni la comparaison du dépistage fondé sur le risque avec le dépistage par intervalle. Cependant, un ECR récent a été publié (25). Il y a eu deux autres constatations d'ES mises à jour ici. Les ES mis à jour provenaient du CDA-AMC (9) et de l'USPSTF (26). Sur les 1032 dossiers de recherche trouvés par le CDA-AMC, un seul aperçu des examens par Fernane et Fowler (27) satisfait aux critères d'inclusion prédéfinis. Il a été rédigé par des auteurs canadiens, à partir d'une question de recherche portant sur le dépistage des patients adultes (âgés de 16 ans ou plus) à faible risque de syphilis (27). La recherche mise à jour par l'USPSTF comprenait une étude de Chow *et al.* (28) sur l'efficacité du dépistage. De plus, 10 études ont été incluses dans la recherche bibliographique, la recherche manuelle et les citations suggérées par les membres du GT sur les thèmes suivants : « dépistage par rapport aux risques et par rapport au dépistage par intervalle », la « comparaison des intervalles de dépistage annuels, de trois mois et de six mois », le « dépistage de la syphilis dans le cadre du dépistage de la charge virale du VIH » et « l'approche d'acceptation ou d'exclusion ».

Résultats

L'examen de la preuve comprenait trois ES (23,24,27) et 11 études sur le dépistage de la syphilis : une randomisée (25) et 10 études non randomisées, y compris trois études de cohortes (29–31), sept examens rétrospectifs des dossiers et des études transversales sur le dépistage de la syphilis (voir le **tableau A1** des profils de données probantes en **appendice**) (28,32–37). La certitude des données probantes concernant le dépistage de la syphilis est modérée. De plus, une analyse environnementale de 11 lignes directrices sur le dépistage de la syphilis publiées entre 2014 et janvier 2023 a été réalisée (11–21). Tous les organismes recommandent un dépistage axé sur les risques. Quatre organismes recommandent le dépistage pour les personnes à risque accru d'infection à des intervalles variables, du dépistage annuel jusqu'à quatre fois par année selon les comportements à risque. Les intervalles les plus fréquents étaient tous les trois à six mois.

D'après les résultats de la recherche de l'ASPC, un ECR (25) a signalé que dans le dépistage fondé sur le risque comparé au dépistage par intervalle, le nombre annuel moyen de tests de syphilis par personne est passé de 0,53 à 2,02 tests et le ratio du taux ajusté en fonction du temps, 2,03 (1,85–2,22) (25). Avec l'intervention, la proportion annualisée de syphilis précoce nouvellement identifiée a augmenté de 0,009 à 0,032, les chances de dépistage annuel ont augmenté de près de quatre fois et le nombre moyen de tests par année a été multiplié par deux (25). La comparaison d'intervalles de dépistage annuel, de trois mois et de six mois au cours de la sérologie de routine effectuée dans le cadre de la surveillance du VIH a entraîné une augmentation marquée de la proportion de HARSAH séropositifs diagnostiqués avec la syphilis asymptomatique (28,29,32,33,37). D'autres études utilisant la modélisation projetaient des résultats similaires (38,39). Ces études ont montré que l'augmentation de la fréquence du dépistage de la syphilis tous les trois mois était la stratégie la plus efficace pour réduire les cas de syphilis infectieuse.

Le dépistage ciblé était plus efficace que le dépistage universel dans le cadre du test de charge virale du VIH lorsque l'on utilisait la stratégie de l'exclusion (30). Plus de 50,8 % des cas de syphilis incidents étaient asymptomatiques et n'ont été identifiés que par un dépistage de routine (30). Une étude observationnelle a comparé trois stratégies : le dépistage fondé sur le risque, l'approche d'acceptation et d'exclusion pour les gbHARSAH séropositifs (31). L'approche d'acceptation a été définie comme offrant le dépistage de la syphilis aux gbHARSAH séropositifs pendant le test de charge virale (recommandé tous les 3 à 6 mois) et le dépistage de ceux qui acceptent; pour le dépistage d'exclusion, le dépistage de la syphilis était effectué automatiquement sauf si le patient refusait. Le dépistage axé sur les risques consistait à évaluer le risque, puis à offrir un test de syphilis en conséquence. Les auteurs ont constaté que les approches d'acceptation et d'exclusion ont entraîné



une augmentation du recours au dépistage de la syphilis. Le dépistage basé sur les risques (qui consiste à évaluer le risque et à proposer un test de dépistage de la syphilis en conséquence) a obtenu des fréquences de dépistage plus faibles et a possiblement manqué des possibilités (31). Reekie *et al.* (34) ont également examiné l'adoption du dépistage d'acceptation par rapport au dépistage d'exclusion dans un établissement de détention provisoire en Alberta, au Canada, entre le 1^{er} mars 2018 et le 28 février 2020 chez des individus de moins de 35 ans. Ils ont constaté que l'exclusion a éliminé plus d'admissions chez les individus de moins de 25 ans, même si l'adoption totale de l'exclusion était faible ($n = 902/2906$; 31,2 %). L'approche d'acceptation a atteint des taux de positivité significativement élevés pour la syphilis. Les taux de positivité des ITS de l'approche d'exclusion ont été plus élevés que ceux des autres ITS (chlamydia, gonorrhée) (29,5 %), mais ils ont été plus faibles que le dépistage d'acceptation (35,8 %). Ces deux études ont révélé des taux de séropositivité similaires (34).

Une autre étude menée aux États-Unis a trouvé un grand nombre de cas manquants tout en ciblant uniquement les cas jugés « à risque élevé » par le comportement ou les symptômes. Venegas *et al.* (30) ont également trouvé que le dépistage par exclusion utilisant la technologie et les facteurs de risque a permis d'identifier 27 des 59 patients présentant des tests de dépistage de la syphilis réactive, considérés comme une infection à la syphilis nouvellement diagnostiquée (aucun dossier d'infection à la syphilis n'a été signalé dans le système) et qu'ils nécessitent un traitement de suivi.

Une étude qualitative a fait état des valeurs et des préférences des patients, de la faisabilité et de l'équité du dépistage de la syphilis chez les hommes ayant accès aux soins pour le VIH (40). Une majorité d'hommes étaient favorables à un dépistage systématique de la syphilis dans le cadre des soins classiques liés au VIH. La méthode courante a été considérée comme ayant un effet de dé-stigmatisation sur le dépistage de la syphilis. Du point de vue du patient, les cliniques de soins liés au VIH sont des endroits faciles à tester pour la syphilis. Reekie *et al.* ont signalé (34) la faisabilité d'un dépistage d'exclusion dans un établissement correctionnel de courte durée pour des personnes de moins de 35 ans en Alberta, Canada. Ils ont indiqué que le dépistage d'exclusion à l'admission est faisable et qu'il peut améliorer le dépistage des ITS chez les personnes à risque élevé qui sont incarcérées au Canada (34,40).

Quatre études de modélisation du rapport coût-efficacité portant sur le dépistage fondé sur le risque ou le dépistage par intervalle ont été incluses (41–44). Les études de modélisation ont été réalisées au Canada, aux États-Unis, en Allemagne et en Australie. Les études n'ont pas directement comparé le rapport coût-efficacité du dépistage fondé sur le risque au dépistage par intervalle de la syphilis. Les études ont également porté principalement sur les groupes de population à risque élevé,

comme les gbHARSAH, les personnes vivant avec le VIH et les travailleurs du sexe. En général, le dépistage ciblé à intervalles de trois ou six mois a été jugé plus rentable que le dépistage annuel universel chez ces populations (41–44).

Recommandations

Après examen des données probantes disponibles, le CCN-ITSS formule les deux recommandations suivantes à l'intention des professionnels de la santé. Les recommandations élaborées par le CCN-ITSS sont formulées au niveau de la population. Il est important de noter qu'elles peuvent ne pas s'appliquer à des personnes spécifiques au sein de ces groupes, particulièrement en ce qui concerne les groupes et les communautés qui peuvent avoir des taux plus élevés de syphilis que le grand public. Il est toujours essentiel d'examiner chaque cas individuellement dans le contexte des comportements à risque et des facteurs épidémiologiques décrits dans la recommandation. La déclaration complète contient une explication plus détaillée des recommandations, de la diffusion, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation.

Dépistage de la syphilis chez les adultes et les adolescents sexuellement actifs

Le CCN-ITSS recommande le dépistage de la syphilis chez toutes les personnes sexuellement actives ayant un nouveau partenaire ou des partenaires multiples et/ou à la demande de la personne intéressée. Le CCN-ITSS recommande un dépistage tous les trois à six mois chez les personnes ayant des partenaires multiples. (**Recommandation forte, preuve de certitude modérée**)

Dépistage de la syphilis pour les groupes/communautés à forte prévalence

Le CCN-ITSS recommande d'envisager des programmes de dépistage ciblé avec option d'exclusion aussi fréquemment que tous les trois mois pour les groupes de population et/ou les communautés où la prévalence de la syphilis (et d'autres ITS) est élevée, comme les gbHARSAH, les personnes vivant avec le VIH, les personnes qui sont ou ont été incarcérées, les personnes qui consomment des substances et/ou qui ont accès à des services d'aide aux personnes qui consomment des substances et/ou certaines communautés autochtones. (**Recommandation forte, preuve de certitude modérée**)

Les programmes de dépistage devraient envisager d'aligner le dépistage sur d'autres services de santé (« dépistage opportuniste ») pour les personnes vivant avec le VIH et d'autres personnes présentant un risque accru d'accès aux services de soins. Le dépistage opportuniste est défini comme l'offre d'un dépistage lorsqu'une personne accède à des services de santé non urgents et n'a pas subi de test récent d'ITSS.



Les programmes de dépistage devraient tenir compte de l'épidémiologie locale pour déterminer les groupes/communautés à cibler et, pour une personne donnée, prendre en considération les antécédents de voyage et les facteurs de risque du patient.

Discussion

Le dépistage de la syphilis et d'autres ITSS est souvent considéré en fonction de facteurs de risque individuels pour la personne qui demande des soins. Les infirmières et les médecins doivent discuter de ces facteurs avec la personne afin de déterminer ses antécédents en matière de santé sexuelle et de déterminer les tests de dépistage appropriés requis. En raison de la stigmatisation et d'expériences antérieures négatives avec le réseau de la santé, les personnes peuvent ne pas être totalement transparentes au moment de discuter de leur santé sexuelle, et souvent sous-estiment leur risque personnel. Pour relever ces défis, les fournisseurs de soins de santé devraient envisager de mettre en œuvre une approche « d'exclusion » au dépistage, éliminant la nécessité d'une discussion approfondie sur les antécédents sexuels de la personne. Ces programmes ont connu un plus grand succès que les programmes de dépistage « d'acceptation » dans certains contextes. L'application de programmes d'exclusion normalise le dépistage des ITSS et peut aider à réduire l'inconfort et, plus important encore, la stigmatisation liée à la santé sexuelle.

Pour augmenter les instances de dépistages des ITSS, les fournisseurs de soins de santé devraient envisager d'offrir un dépistage lorsque les patients ont accès à d'autres services de soins de santé non urgents. Le dépistage opportuniste des ITSS est un mécanisme que les fournisseurs de soins de santé devraient envisager de mettre en œuvre pour les personnes ayant un accès limité ou peu fréquent aux soins. Que la personne soit là ou non pour des soins liés aux ITSS, les fournisseurs de soins de santé devraient profiter de l'occasion pour déterminer quand elle a subi le dernier dépistage des ITSS et le lui proposer le cas échéant. Le dépistage peut avoir lieu tous les trois mois pour les personnes qui ont des comportements qui augmentent leur niveau de risque (e.g., partenaires multiples) ou qui font partie d'une population à forte prévalence (e.g., les personnes qui consomment des substances). Il est important de noter que la normalisation et la standardisation de l'offre de dépistage des ITSS peuvent contribuer à atténuer et à réduire la perception de la stigmatisation.

Les fournisseurs de soins de santé doivent également être conscients de l'augmentation des taux de syphilis congénitale au Canada. En 2022, 117 cas de syphilis congénitale ont été confirmés, contre seulement huit en 2017, ce qui représente une augmentation de plus de 1 300 %. En outre, les cas de syphilis infectieuse chez les femmes ont augmenté de 720 % au cours de cette période (6,42). Il est essentiel que les fournisseurs de soins

de santé soient attentifs à ces tendances au moment de soigner des femmes en âge de procréer (âgées entre 15 et 45 ans), afin de s'assurer que le dépistage approprié de l'ITSS est proposé. On rappelle aux fournisseurs de soins que le dépistage universel des ITSS est recommandé chez toutes les femmes enceintes.

Il convient de noter qu'une grande partie des données probantes utilisées pour élaborer ces recommandations étaient axées sur les populations gbHARSAH et les personnes vivant avec le VIH. Étant donné que les populations gbHARSAH continuent à présenter des taux plus élevés d'ITSS que les autres communautés, et que les personnes vivant avec le VIH courent un risque accru de contracter d'autres ITSS, les recommandations pourraient surestimer la fréquence du dépistage nécessaire dans le public. En outre, l'évolution rapide de l'épidémiologie a entraîné des changements importants dans l'incidence et la prévalence de la syphilis. Cela peut entraîner une désuétude rapide de certaines études lorsque la population évaluée ne reflète plus la population touchée par la bactérie. L'examen et le suivi continus des données de surveillance les plus récentes font partie intégrante de l'identification rapide des personnes et des populations présentant une prévalence élevée d'infection.

Il faudrait envisager de donner la priorité à la recherche sur les ITSS dans le grand public, étant donné que les études axées sur la population générale font défaut et peuvent entraîner des lacunes dans les données probantes. Il n'est pas toujours possible d'extrapoler les données de ces groupes pour les appliquer à la population générale, étant donné les différences importantes entre les groupes de population et leurs facteurs de risque respectifs.

Conclusion

L'augmentation récente des taux de syphilis infectieuse et de syphilis congénitale peut être traitée et atténuée par un dépistage approprié. Il est important que les fournisseurs de soins de santé soient conscients du fardeau croissant que représente la syphilis pour la santé publique, afin que les cas puissent être déterminés, traités et que la transmission de l'infection soit interrompue. Dans l'ensemble, le CCN-ITSS recommande que le dépistage de la syphilis soit proposé à toutes les personnes sexuellement actives ayant un nouveau partenaire ou des partenaires multiples et/ou à la demande de l'intéressé. Le CCN-ITSS recommande également que le dépistage soit proposé tous les trois à six mois aux personnes ayant des partenaires multiples. Ils ont également convenu que des programmes de dépistage ciblés avec option d'exclusion devraient être envisagés à une fréquence aussi élevée que tous les trois mois pour les services de santé servant des groupes de population et/ou des communautés connaissant une forte prévalence de la syphilis (et d'autres ITSS). La certitude des données probantes concernant le dépistage de la syphilis est modérée.



Déclaration des auteurs

H. B. — Rédaction de la version originale, rédaction-révision et édition

S. G. — Rédaction de la version originale, rédaction-révision et édition

J. B. — Rédaction-révision et édition

J. G. — Rédaction-révision et édition

T. G. — Rédaction-révision et édition

T. H. — Rédaction-révision et édition

A. F.-C. — Révision, édition

Intérêts concurrents

Aucun.

Remerciements

Contributeurs aux lignes directrices de l'ASPC sur le dépistage de la syphilis pour les adultes et les adolescents non enceintes :

Membres du Groupe de travail sur le dépistage de la syphilis du CCN-ITSS : J. Bullard, J. Gratrix, T. Grennan, T. Hatchette.

Membres du CCN-ITSS : I. Gemmill (président), T. Grennan (vice-président), J. Bullard, W. Fisher, J. Gratrix, T. Hatchette, A. C. Labbé, T. Lau, G. Ogilvie, M. Steben, P. Smyzcek, M. Yudin

Membre d'office du CCN-ITSS : I. Martin.

Secrétariat du CCN-ITSS (ASPC) : H. Begum, A. Fleurant-Ceelen, S. Gadiant, S. Ha, S. Sabourin.

Bibliothécaire de Santé Canada : K. Merucci.

Financement

Cet examen systématique a été soutenu par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les auteurs n'ont aucune source de financement externe à déclarer. Le Comité consultatif national sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (CCN-ITSS) est soutenu par l'ASPC.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé. Infections sexuellement transmissibles (IST). Genève, CH : OMS; 2023. [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. Kirby Institute, University New South Wales. HIV, viral hepatitis and sexually transmissible infections in Australia: Annual surveillance report 2018. Sydney, AU: Kirby Inst; 2018. <https://www.kirby.unsw.edu.au/research/reports/asr2018>
3. UK Health Security Agency. Sexually transmitted infections (STIs): annual data tables. Table 1: new STI diagnosis numbers and rates in England by gender, 2013-2022. UK: UK HSA; 2023. <https://www.gov.uk/government/statistics/sexually-transmitted-infections-stis-annual-data-tables>
4. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2018. Atlanta, GA: CDC; 2019. <https://www.cdc.gov/std/stats18/STDSurveillance2018-full-report.pdf>
5. Agence de la santé publique du Canada. Rapport sur la surveillance des infections transmissibles sexuellement au Canada, 2019. Ottawa, ON : ASPC; 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-surveillance-infections-transmissibles-sexuellement-canada-2019.html>
6. Agence de la santé publique du Canada. R. Syphilis infectieuse et syphilis congénitale au Canada, 2022. Infographie. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2023;49(10):483. [Consulté le 15 jan. 2024]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2023-49/numero-10-octobre-2023/infectieuse-syphilis-congenitale-canada.html>
7. Aho J, Lybeck C, Tetteh A, Issa C, Kouyoumdjian F, Wong J, Anderson A, Popovic N. Hausse des taux de syphilis au Canada, 2011 à 2020. Relevé des maladies transmissibles au Canada 2022;48(2/3):58-67. DOI
8. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. 2nd ed. Geneva, CH: WHO; 2014. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241548960>
9. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. Le dépistage de la syphilis chez les adolescents et les adultes. Ottawa, ON : ACMTS; 2022. [Consulté le 3 fév. 2023]. <https://www.cadth.ca/fr/le-depistage-de-la-syphilis-chez-les-adolescents-et-les-adultes>
10. Gradepro.org. GRADE Handbook. Gradepro; 2023. [Consulté le 9 mars 2023]. <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html>
11. Bashh.org. BASHH Guidelines: Genital ulceration, Syphilis 2015. [Consulté le 6 fév. 2023]. <https://www.bashh.org/resources/guidelines>
12. Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021;70(4):1-187. DOI PubMed



13. Janier M, Unemo M, Dupin N, Tiplica GS, Potočnik M, Patel R. 2020 European guideline on the management of syphilis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2021;35(3):574–88. DOI PubMed
14. Jespers V, Stordeur S, Carville S, Crucitti T, Dufraimont E, Kenyon C, Libois A, Mokrane S, Berghe WV. Diagnosis and treatment of syphilis: 2019 Belgian National guideline for primary care. *Acta Clin Belg* 2022;77(1):195–203. DOI PubMed
15. New Zealand Sexual Health Society. Sexually Transmitted Infections, Summary of Guidelines 2017. New Zealand: NZSHS; 2017. https://www.hpv.org.nz/application/files/6415/1379/4080/sti-summary-of-guidelines-2017_web.pdf
16. Janier M, Dupin N, Spenatto N, Vernay-Vaisse C, Bertolotti A, Derancourt C, Section MST de la Société Française de Dermatologie. Syphilis précoce. Paris, FR: SFD; 2016. <https://www.sfdermato.org/media/image/upload-editor/files/2016%20SFD%20Syphilis%20Precoce.pdf>
17. Government of Alberta. Alberta treatment guidelines for sexually transmitted infections (STI) in adolescents and adults. Edmonton, AB: Government of Alberta; 2018. [Consulté le 8 fév. 2023]. <https://open.alberta.ca/publications/treatment-guidelines-for-sti-2018>
18. BC Centre for Disease Control. Syphilis. Vancouver, BC: BCCDC; 2016. [Consulté le 8 fév. 2023]. <http://www.bccdc.ca/health-info/diseases-conditions/syphilis>
19. Institut national d'excellence en santé et services sociaux. Traitement pharmacologique ITSS–Syphilis. Québec, PQ : INESSS; 2016. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/ITSS_Syphilis_WEB_FR.pdf
20. Australian STI Management Guidelines. Syphilis. Sydney, AU: ASHA; 2021. [Consulté le 6 fév. 2023]. <https://sti.guidelines.org.au/sexually-transmissible-infections/syphilis/>
21. US Preventive Services Task Force. Evidence summary: Syphilis infection in nonpregnant adolescents and adults: Screening. Rockville, MD: USPSTF; 2022. [Consulté le 7 fév. 2023]. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/final-evidence-summary/syphilis-infection-nonpregnant-adults-adolescents-screening>
22. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):E839–42. DOI PubMed
23. Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for Syphilis: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016;315(21):2328–37. DOI PubMed
24. Zou H, Fairley CK, Guy R, Chen MY. The efficacy of clinic-based interventions aimed at increasing screening for bacterial sexually transmitted infections among men who have sex with men: a systematic review. *Sex Transm Dis* 2012;39(5):382–7. DOI PubMed
25. Burchell AN, Tan DH, Grewal R, MacPherson PA, Walmsley S, Rachlis A, Andany N, Mishra S, Gardner SL, Raboud J, Fisman D, Cooper C, Gough K, Maxwell J, Rourke SB, Rousseau R, Mazzulli T, Salit IE, Allen VG. Routinized Syphilis Screening Among Men Living With Human Immunodeficiency Virus: A Stepped Wedge Cluster Randomized Controlled Trial. *Clin Infect Dis* 2022;74(5):846–53. DOI PubMed
26. US Preventive Services Task Force. Syphilis Infection Nonpregnant Adolescents and Adults: Screening. USPSTF; 2022. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/syphilis-infection-nonpregnant-adults-adolescents-screening>
27. Fernane S, Fowler B. Syphilis screening for low-risk clients visiting a sexual health clinic: A focused practice question. Healthy Sexuality Program, Communicable Diseases. Brampton, ON: Region of Peel Public Health, 2015.
28. Chow EP, Callander D, Fairley CK, Zhang L, Donovan B, Guy R, Lewis DA, Hellard M, Read P, Ward A, Chen MY; ACCESS collaboration. Increased Syphilis Testing of Men Who Have Sex With Men: Greater Detection of Asymptomatic Early Syphilis and Relative Reduction in Secondary Syphilis. *Clin Infect Dis* 2017;65(3):389–95. DOI PubMed
29. Zou H, Fairley CK, Guy R, Bilardi J, Bradshaw CS, Garland SM, Sze JK, Afrizal A, Chen MY. Automated, computer generated reminders and increased detection of gonorrhoea, chlamydia and syphilis in men who have sex with men. *PLoS One* 2013;8(4):e61972. DOI PubMed
30. Lang R, Read R, Krentz HB, Peng M, Ramazani S, Vu Q, Gill MJ. A retrospective study of the clinical features of new syphilis infections in an HIV-positive cohort in Alberta, Canada. *BMJ Open* 2018;8(7):e021544. DOI PubMed
31. Guy R, El-Hayek C, Fairley CK, Wand H, Carr A, McNulty A, Hoy J, Bourne C, McAllister J, Tee BK, Baker D, Roth N, Stooze M, Chen M. Opt-out and opt-in testing increases syphilis screening of HIV-positive men who have sex with men in Australia. *PLoS One* 2013;8(8):e71436. DOI PubMed



32. Bissessor M, Fairley CK, Leslie D, Chen MY. Use of a computer alert increases detection of early, asymptomatic syphilis among higher-risk men who have sex with men. *Clin Infect Dis* 2011;53(1):57–8. [DOI PubMed](#)
33. Tang EC, Vittinghoff E, Philip SS, Doblecki-Lewis S, Bacon O, Chege W, Coleman ME, Elion R, Buchbinder S, Kolber MA, Liu AY, Cohen SE. Quarterly screening optimizes detection of sexually transmitted infections when prescribing HIV preexposure prophylaxis. *AIDS* 2020;34(8):1181–6. [DOI PubMed](#)
34. Reekie A, Gratrix J, Smyczek P, Woods D, Poshtar K, Courtney K, Ahmed R. A Cross-Sectional, Retrospective Evaluation of Opt-Out Sexually Transmitted Infection Screening at Admission in a Short-Term Correctional Facility in Alberta, Canada. *J Correct Health Care* 2022;28(6):429–38. [DOI PubMed](#)
35. Stanford KA, Hazra A, Friedman E, Devlin S, Winkler N, Ridgway JP, Schneider J. Opt-Out, Routine Emergency Department Syphilis Screening as a Novel Intervention in At-Risk Populations. *Sex Transm Dis* 2021;48(5):347–52. [DOI PubMed](#)
36. Larios Venegas A, Melbourne HM, Castillo IA, Spell K, Duquette W, Villamizar K, Gallo G, Parris D, Rojas LM. Enhancing the Routine Screening Infrastructure to Address a Syphilis Epidemic in Miami-Dade County. *Sex Transm Dis* 2020;47(5S Suppl 1):S61–5. [DOI PubMed](#)
37. Bissessor M, Fairley CK, Leslie D, Howley K, Chen MY. Frequent screening for syphilis as part of HIV monitoring increases the detection of early asymptomatic syphilis among HIV-positive homosexual men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;55(2):211–6. [DOI PubMed](#)
38. Tuite AR, Fisman DN, Mishra S. Screen more or screen more often? Using mathematical models to inform syphilis control strategies. *BMC Public Health* 2013;13:606. [DOI PubMed](#)
39. Tuite AR, Shaw S, Reimer JN, Ross CP, Fisman DN, Mishra S. Can enhanced screening of men with a history of prior syphilis infection stem the epidemic in men who have sex with men? A mathematical modelling study. *Sex Transm Infect* 2018;94(2):105–10. [DOI PubMed](#)
40. MacKinnon KR, Grewal R, Tan DH, Rousseau R, Maxwell J, Walmsley S, MacPherson PA, Rachlis A, Andany N, Mishra S. Patient perspectives on the implementation of routinised syphilis screening with HIV viral load testing: Qualitative process evaluation of the Enhanced Syphilis Screening Among HIV-positive Men trial. *BMC Health Serv Res* 2021;21(1):625. [DOI PubMed](#)
41. Chesson HW, Kidd S, Bernstein KT, Fanfair RN, Gift TL. The Cost-Effectiveness of Syphilis Screening Among Men Who Have Sex With Men: An Exploratory Modeling Analysis. *Sex Transm Dis* 2016;43(7):429–32. [DOI PubMed](#)
42. Tuite AR, Burchell AN, Fisman DN. Cost-effectiveness of enhanced syphilis screening among HIV-positive men who have sex with men: a microsimulation model. *PLoS One* 2014;9(7):e101240. [DOI PubMed](#)
43. Wilson DP, Heymer KJ, Anderson J, O'Connor J, Harcourt C, Donovan B. Sex workers can be screened too often: a cost-effectiveness analysis in Victoria, Australia. *Sex Transm Infect* 2010;86(2):117–25. [DOI PubMed](#)
44. Šmit R, Wojtalewicz N, Vierbaum L, Nourbakhsh F, Schellenberg I, Hunfeld KP, Lohr B. Epidemiology, Management, Quality of Testing and Cost of Syphilis in Germany: A Retrospective Model Analysis. *Front Public Health* 2022;10:883564. [DOI PubMed](#)



Appendice

Tableau A1 : Profils de données probantes

Question 1 : Devrait-on adopter [des approches fondées sur le risque] par rapport à [des approches de dépistage à l'échelle de la population/intervalle] pour le [dépistage de la syphilis chez les adolescents et les adultes sexuellement actifs]?	
Résultat	Données probantes
Dépistage fondé sur les risques par rapport au dépistage par intervalle	
Dépistage de la syphilis Nombre de tests sérologiques effectués (1 ECR) (25)	Le nombre annuel moyen de tests de dépistage de la syphilis par personne est passé de 0,53 à 2,02 tests Taux ajusté dans le temps : 2,03 (1,85–2,22)
Cas de syphilis précoce non traitée diagnostiqués (1 ECR) (25)	Avec l'intervention, la proportion annualisée de syphilis précoce nouvellement identifiée a augmenté de 0,009 à 0,032
Dépistage annuel (1 ECR) (25)	La probabilité d'un dépistage annuel a augmenté de près de 4 fois
Certitude des données probantes	⊕⊕⊕○ ^a MODÉRÉE Imprécision
Comparaison des intervalles de dépistage annuels, de 3 mois et de 6 mois	
Nombre/proportion de tests sérologiques effectués (5 études d'observation) (28,29,32,33,37)	L'inclusion de la sérologie systématique de la syphilis effectuée dans le cadre de la surveillance du VIH a entraîné une augmentation marquée de la proportion d'HARSAH séropositifs diagnostiqués avec la syphilis asymptomatique
Certitude des données probantes	⊕⊕⊕○ MODÉRÉE ^{b,c} Risque de biais
Projection du nombre de cas de syphilis déclarés à partir d'études utilisant la modélisation (38,39)	L'augmentation de la fréquence du dépistage de la syphilis tous les trois mois était la stratégie la plus efficace pour réduire les cas de syphilis infectieuse Le dépistage ciblé était plus efficace que le dépistage universel Le dépistage accru des HARSAH avec une syphilis antérieure peut réduire efficacement la transmission, surtout lorsque l'identification des hommes à risque élevé au moyen d'un nombre de partenaires autodéclarés ou d'un dépistage à haute fréquence est difficile à réaliser
Approche d'acceptation ou d'exclusion	
Diagnostic plus élevé de nouveaux cas de syphilis (4 études observationnelles) (31,34–36)	Dépistage d'exclusion : A permis de diagnostiquer un nombre plus élevé de nouveaux cas de syphilis (taux d'établissement des cas). Exclusion : 7,3 % (150/2053 tests); acceptation 7,1 % (150/1995 tests) Le nombre de tests de syphilis par homme est passé de 1,3 en 2006 à 2,2 en 2007 ($p < 0,01$) En 2010, la proportion d'hommes ayant subi ≥ 3 tests de syphilis en un an était la plus élevée dans les cliniques ayant adopté la stratégie d'exclusion (48 %; intervalle : 35 %–59 %), par rapport à l'option d'acceptation (39 %, $p = 0,12$) et à l'option basée sur le risque (8,4 %; intervalle : 5,4 %–12 %, $p < 0,01$)
Certitude des données probantes	⊕⊕⊕○ MODÉRÉE ^{b,c} Risque de biais
Dépistage de la syphilis dans le cadre du test de charge virale du VIH	
Tests de dépistage de la syphilis le même jour que les charges virales du VIH (1 étude observationnelle) (30)	En 2010, le nombre de tests effectués le jour même était le plus élevé dans les cliniques ayant adopté la stratégie d'exclusion (87 %; intervalle : 84 %–91 %), par rapport à l'exclusion (74 %, $p = 0,121$), et à l'option axée sur le risque (22 %; intervalle : 20 %–24 %, $p < 0,01$)
Certitude des données probantes	⊕⊕○○ FAIBLE ^{a,b,c} Risque de biais, imprécision
Nombre de tests de syphilis (1 étude observationnelle) (30)	Plus de 50,8 % des cas incidents de syphilis étaient asymptomatiques et n'ont été identifiés que par le biais d'un dépistage de routine
Certitude des données probantes	⊕⊕○○ FAIBLE ^{a,b,c} Risque de biais, imprécision

Abréviations : ECR, essai contrôlé randomisé; HARSAH, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

^a Le nombre total n'a pas atteint la taille optimale de l'échantillon

^b Un volet de l'étude a été pris en considération et les auteurs n'ont pas mentionné de renseignements relatifs à l'utilisation d'une méthode d'analyse appropriée qui s'ajustait à tous les domaines confondants d'importance critique

^c Il s'agissait d'une étude rétrospective et les auteurs n'ont mentionné aucun renseignement relatif à l'utilisation d'une méthode d'analyse appropriée permettant d'ajuster tous les domaines confondants d'importance critique