

L'ÉLIMINATION MONDIALE DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE : RAISON D'ÊTRE ET STRATÉGIE



Organisation
mondiale de la Santé

Catalogage à la source: Bibliothèque de l'OMS :

L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie.

1.Syphilis congénitale - prévention et contrôle. 2.Syphilis congénitale - thérapeutique. 3.Transmission verticale maladie - prévention et contrôle. 4.Diagnostic prénatal. 5.Coût maladie. 6.Soins prénataux - utilisation. 7.Distribution intégrée soins. 8.Programme national santé. I.Organisation mondiale de la Santé.

ISBN 978 92 4 259585 7

(classification NLM: WC 161)

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimé par le Service de production des documents de l'OMS, Genève (Suisse)

TABLE DES MATIÈRES

Sigles	i
Remerciements	ii
Résumé analytique	iii
1. Introduction	1
2. La syphilis pendant la grossesse	3
2.1 La syphilis chez l'adulte	3
2.2 Impact de la syphilis maternelle sur l'issue de la grossesse	3
2.3 La syphilis chez la femme enceinte – ampleur du problème	5
3. Interventions axées sur la prévention de la syphilis congénitale	7
3.1 Diagnostic	7
3.2 Traitement	8
3.3 Rapport coût/efficacité	8
4. Les enjeux de la prévention de la syphilis congénitale aux différents niveaux du système de santé	10
4.1 Evaluation des programmes	10
4.2 Services de santé : études de cas en Afrique du Sud, en Bolivie et au Kenya	11
4.3 Travailler avec la population locale	12
4.4 Relever les défis : les quatre piliers d'une stratégie d'élimination de la syphilis congénitale	13
5. Objectifs fixés pour l'élimination de la syphilis congénitale	14
5.1 Les objectifs du Millénaire pour le développement	14
5.2 Objectif général : élimination mondiale de la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique	14
5.3 Objectif spécifique : prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis	14
6. Principes directeurs pour agir dans les pays	15
6.1 Une démarche axée sur les pays	15
6.2 Une approche intégrée	15
6.3 Approche du diagnostic et du traitement fondée sur les droits	15
6.4 Partenariat et collaboration	15
7. La stratégie	16
7.1 Au niveau mondial	16
7.2 Au niveau des pays : les quatre piliers	16
8. Rôles et responsabilités	19
8.1 Rôle de l'OMS au niveau mondial : leadership	19
8.2 Rôle de l'OMS au niveau régional : leadership et appui technique	19
8.3 Rôle de l'OMS au niveau des pays : assistance technique	19
8.4 Rôle des pays dans la mise en oeuvre de la stratégie	20
Références bibliographiques	22
Annexe 1. Tests de diagnostic de la syphilis chez l'adulte et de la syphilis congénitale	24
Annexe 2a. Norme pour la prévention de la transmission mère enfant de la syphilis	27
Annexe 2b. Norme pour le traitement préventif et la prise en charge de la syphilis congénitale chez le nouveau né	34
Annexe 3. Cibles et indicateurs	38

Sigles

i

DALY	Année de vie ajustée sur l'incapacité
IEC	Information, éducation, communication
IgG	Immunoglobuline G
IST	Infection sexuellement transmissible
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
RHR	Département OMS Santé et recherche génésiques
RPR	Rapid plasma reagin (test rapide de mise en évidence de la réagine plasmatique)
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	Santé maternelle et infantile
TPHA	Treponema pallidum haemagglutination assay (test d'hémagglutination du <i>Treponema pallidum</i>)
TPPA	Treponema pallidum agglutination assay (test d'agglutination du <i>Treponema pallidum</i>)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Le présent document s'inspire des débats et des analyses d'un groupe d'experts réuni pour la CONSULTATION TECHNIQUE SUR L'ÉLIMINATION DE LA SYPHILIS CONGÉNITALE, qui s'est tenue à Genève (Suisse) les 1^{er} et 2 décembre 2004.

On trouvera ci dessous la liste des experts présents à la réunion :

Ron Ballard, Frieda Behets, Natalia Berillo, Stuart M. Berman, Kent Buse, Eduardo Campos de Oliveira, Chen Xiang Sheng, Peter Gichangi, Steve Gloyd, Frances Grange, Sarah Hawkes, Kathy Herschderfer, Pascale Hancart-Petit, Mazedra Hos-sain, Kathleen Irwin, Elsa Jacinto, Frank Judson, Tippawan Liabsuetrakul, Assia Brandrup Lukanow, André Meheus, Marvellous M. Mhloyi, Florence A. Mirembe, Pablo Montoya, Saiqa Mullick Jean Pape, Catalin Popescu, Pablo Sanchez, Sopheap Seng, Freddy Tinajeros, Anne Tinker, Damian Walker, Yue-Ping Yin.

Les membres du personnel des Nations Unies dont les noms suivent ont également participé à la réunion :

FNUAP – Vincent Fauveau

UNICEF – Chewe Luo

ONUSIDA – Catherine Hankins

OMS – Albert Bacci, Nathalie Broutet, Catherine d'Arcangues, Luc de Bernis, Bidia Deperthes, Bruce Dick, Sibongile Dlodlu, Timothy Farley, Peter Fajans, Monir Islam, Ulrich Laukamm-Josten, Thérèse Lesikel, Ornella Lincetto, Matthews Mathai, Stephanie Meredith, Francis Ndowa, Rosanna Peeling, Gabriele Riedner, Andreas Reis, Julia Samuelson, George Schmid, Della Sherratt, Sacha Sidjanski, Richard Steen, Benoit Soro, Bradley Stoner, Julia Valderrama, Paul Van Look, Juliana Yartey, Nevio Zagaria, Isabelle de Zoysa, Jelka Zupan.

Le document a été préparé par Stefanie Meredith, Sarah Hawkes, Georges Schmid et Nathalie Broutet.

Résumé analytique

La syphilis constitue aujourd'hui encore un problème mondial et l'on évalue à 12 millions le nombre de personnes infectées chaque année, bien qu'il existe des mesures de prévention efficaces, comme le préservatif, et des mesures thérapeutiques elles aussi efficaces et relativement peu coûteuses. Les femmes enceintes atteintes de syphilis peuvent transmettre la maladie à l'enfant à naître – on parle alors de syphilis congénitale – et les issues de la grossesse peuvent être défavorables dans une proportion de cas pouvant aller jusqu'à 80 %. On estime que deux millions de grossesses sont concernées chaque année par la maladie ; environ 25 % d'entre elles se terminent par une mortinaissance ou un avortement spontané et, dans 25 % des cas également, l'enfant souffre d'insuffisance pondérale à la naissance ou d'une infection grave, deux phénomènes associés à un risque accru de décès périnatal. Or, la charge que représente la syphilis congénitale est encore généralement sous-estimée.

Contrairement à bon nombre d'infections néonatales, la syphilis congénitale est une maladie évitable que le dépistage prénatal et le traitement des femmes enceintes infectées permettraient d'éliminer. L'élimination de la syphilis congénitale contribuerait à réduire le nombre des avor-

tements spontanés, des cas de mortinaissance, des naissances d'enfants prématurés ou de faible poids de naissance ainsi que des décès périnataux, et contribuerait donc par là à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et infantile.

Des interventions relativement simples axées sur les soins aux mères et aux nouveau-nés peuvent aider à réduire sensiblement le nombre des cas de syphilis congénitale. Les bases de la prévention de la maladie sont déjà implantées dans de nombreuses régions du monde : la plupart des pays se sont dotés de lignes directrices pour le dépistage prénatal universel de la syphilis ; la fréquence des consultations prénatales est dans l'ensemble élevée ; les tests de dépistage sont peu coûteux et peuvent être pratiqués au niveau des soins de santé primaires ; le traitement à la pénicilline ne coûte pas cher ; enfin, le médicament figure sur la liste des médicaments essentiels de tous les pays. Cependant, malgré tous ces facteurs, la syphilis congénitale est encore responsable d'une lourde charge de morbidité.

Le but principal de la présente initiative de portée mondiale est d'éliminer la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique. Pour ce faire, il faut réduire la préva-

Encadré 1. Les quatre piliers de l'élimination de la syphilis congénitale

Pilier 1:

- **Garantir la pérennité de l'engagement politique et de l'action de plaidoyer.**

Pilier 2:

- **Développer l'accès aux services de santé maternelle et néonatale et en améliorer la qualité.** Veiller à ce que toutes les femmes enceintes soient soumises au dépistage et reçoivent le traitement voulu, et réduire la fréquence des occasions manquées de dépistage des femmes en dehors des services de santé maternelle et néonatale.

Pilier 3:

- **Assurer le dépistage et le traitement des femmes enceintes et de leurs partenaires.** Les tests diagnostiques qui existent actuellement pour la syphilis sont efficaces et abordables et exigent un minimum d'appui logistique. Toutes les femmes atteintes et leurs partenaires devraient être soignés, de même que les nourrissons nés de mère infectée qui n'a pas été soignée pendant sa grossesse.

Pilier 4:

- **Mettre en place des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation.** Améliorer les systèmes de surveillance, mettre au point des indicateurs et renforcer les systèmes de suivi et d'évaluation.

lence de la syphilis chez les femmes enceintes et prévenir la transmission mère-enfant de la maladie. La stratégie élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé pour éliminer la syphilis congénitale repose sur quatre piliers (voir Encadré 1).

Pour agir dans les pays afin de lutter contre la syphilis congénitale, il faut s'appuyer sur les quatre principes directeurs ci après :

- la démarche devrait être **axée sur les pays**, compte tenu des spécificités culturelles et épidémiologiques et du contexte particulier des soins prénatals ;
- il faudrait adopter une **approche intégrée** c'est-à-dire faire la liaison avec d'autres services de santé maternelle et néonatale (prévention de la transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), dépistage du paludisme, etc.), avec les initiatives de santé sexuelle et génésique (programme de lutte contre les ulcérations génitales et d'autres infections sexuellement transmissibles) et avec les services de soins de santé primaires ;

- il faudrait adopter une approche **fondée sur les droits**, en donnant aux femmes le droit à l'information, à une action de conseil et à la confidentialité des données ;
- **les partenariats et la collaboration** sont indispensables si l'on veut utiliser au mieux les ressources disponibles.

Pour faire reculer la syphilis congénitale et, à terme, éliminer la maladie en tant que problème de santé publique, il faut renforcer l'action de plaidoyer et de sensibilisation aux niveaux national et international, tout en s'engageant durablement à appliquer les mesures simples et efficaces qui s'imposent. Il est hautement souhaitable que soient prises des mesures coordonnées pour dispenser un ensemble complet de soins de santé maternelle et néonatale (par exemple en associant le dépistage et le traitement de l'infection à VIH, du paludisme et de la syphilis à d'autres activités visant à améliorer la santé des femmes enceintes). Les efforts pour éliminer la syphilis congénitale bénéficieront des activités simultanées menées contre la syphilis infectieuse dans l'ensemble de la population.

1. Introduction

Depuis l'avènement de la pénicilline, la syphilis est non seulement évitable mais aussi guérissable. Néanmoins, cette maladie constitue encore un problème mondial puisqu'on estime à 12 millions le nombre de personnes qui contractent la maladie chaque année. Les femmes enceintes atteintes de syphilis peuvent transmettre l'infection à l'enfant à naître – on parle alors de syphilis congénitale – et des effets graves sur la grossesse sont notés dans une proportion de cas pouvant aller jusqu'à 80 %.¹ Or, des mesures de dépistage et de traitement simples et d'un bon rapport coût/efficacité pourraient contribuer à prévenir et, à terme, éliminer la syphilis congénitale. Alors même que les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) retiennent aujourd'hui l'attention au niveau international (voir Encadré 1), il s'offre une occasion exceptionnelle de mobiliser les efforts pour prévenir et, à terme, éliminer la maladie.

La syphilis congénitale est une maladie grave mais évitable que le dépistage parmi les femmes enceintes et le traitement des femmes infectées permettent d'éliminer. Plus de nourrissons sont touchés par la syphilis congénitale que par toute autre infection néonatale, y compris l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le tétanos, dont on se préoccupe au niveau mondial.² Or, la charge que fait peser la syphilis congénitale est encore sous-estimée aux niveaux national et international.¹ Contrairement à de nombreuses infections néonatales, on peut prévenir la

syphilis congénitale en procédant au dépistage et au traitement des femmes enceintes, ce qui comporte des avantages immédiats pour la mère et permet de retrouver le ou les partenaires éventuellement infectés pour leur proposer un traitement.

On a montré à l'évidence que le dépistage des femmes enceintes pour déterminer la réaction à un test sérologique de recherche de la syphilis, suivi du traitement des femmes présentant une sérologie positive, était une intervention rentable, peu coûteuse et réalisable pour la prévention de la syphilis congénitale et l'amélioration de la santé de l'enfant.³ En 1995, l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a lancé une campagne régionale pour ramener à moins de 50 cas pour 100 000 naissances vivantes le taux de cette maladie aux Amériques. La stratégie consistait à : 1) développer l'offre de soins prénatals ; 2) pratiquer systématiquement les tests sérologiques pour la syphilis lors des consultations prénatales et au moment de l'accouchement ; 3) encourager le traitement rapide des femmes enceintes atteintes de la maladie.⁴

Plusieurs analyses de la situation actuelle concernant la syphilis maternelle et congénitale ont été récemment publiées dans le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* pour faire ressortir le problème de la syphilis congénitale et plaider en faveur de mesures visant à éliminer cette maladie

Encadré 2. Objectifs du Millénaire pour le développement

Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), adoptés par tous les Etats Membres des Nations Unies en 2001, comprennent trois objectifs directement liés à la santé maternelle et infantile.

OMD 4 : Réduire la mortalité infantile

- Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans.

OMD 5 : Améliorer la santé maternelle

- Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies

- D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle.
- D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

à l'échelle mondiale.⁵ Le groupe consultatif scientifique et technique du Département OMS Santé et recherche génésiques (RHR) a approuvé une stratégie pour l'élimination mondiale de la syphilis congénitale – objectif qui figure dans le plan de travail du Département pour 2004–2009.

Les bases de la prévention de la syphilis congénitale sont déjà implantées dans de nombreux pays : la plupart disposent de lignes directrices pour le dépistage prénatal universel de la syphilis ; la fréquence des consultations prénatales est généralement élevée, les tests de dépistage sont peu coûteux et techniquement applicables même au niveau des soins de santé primaires (cela vaut particulièrement pour les nouveaux tests rapides) ; le traitement à la pénicilline est peu coûteux ; enfin, le médicament figure sur la liste des médicaments essentiels de tous les pays. Or malgré tous ces facteurs, la syphilis congénitale est encore responsable d'une lourde charge de morbidité.

Pour prévenir cette maladie, il faut développer l'action de sensibilisation à tous les niveaux des services de santé, notamment parmi les décideurs, les responsables de la santé publique et les prestataires de soins, en appelant leur attention sur l'importance et la gravité de la maladie, en particulier parmi les femmes enceintes et les enfants. De plus, il faut renseigner sur la maladie les utilisateurs des services dans les communautés cibles et les convaincre que la prévention et le traitement peuvent être extrêmement utiles pour la santé des femmes et des enfants. La mobilisation de la population par le biais des médias ou de méthodes communautaires pourrait être importante pour informer les gens du problème et encourager la demande de dépistage de la syphilis. Dans l'idéal, celui-ci devrait être pratiqué dans le cadre d'un ensemble de services de soins aux mères et aux nouveau-nés (par exemple l'initiative Pour une grossesse à moindre risque, qui associe le dépistage et le traitement du VIH/sida, du paludisme et de la syphilis).

Plusieurs interventions relativement simples permettent de réduire sensiblement l'incidence de la syphilis congénitale. Mais tant que la syphilis sévira parmi les adultes, le risque de transmission congénitale restera élevé. C'est pourquoi, si l'on veut éliminer durablement la syphilis congénitale, il

faut déployer des efforts coordonnés pour réduire simultanément les taux de syphilis infectieuse.

Le présent document s'adresse aux décideurs dans les pays et les organisations multilatérales, ainsi qu'à d'autres parties prenantes, à des bailleurs de fonds et des fondations qui travaillent dans le domaine de la santé internationale. Il expose l'arrière-plan et la raison d'être des stratégies nationales et internationales d'élimination de la syphilis congénitale. Dans un premier temps, il faudra s'entendre sur des objectifs et des cibles à court et à long terme et mettre en oeuvre la stratégie – qui est simple et réalisable.

2. La syphilis pendant la grossesse

2.1 La syphilis chez l'adulte

La syphilis est une maladie systémique à transmission sexuelle due à une bactérie de type spirochète, *Treponema pallidum*. Si elle n'est pas traitée au stade primaire aigu, elle se transforme en maladie chronique.

La syphilis évolue en trois stades.

Le *stade primaire* débute généralement 21 jours (fourchette : 10–90 jours) après la contamination ; il apparaît chez le sujet infecté un chancre génital indolore qui persiste 2 à 6 semaines.

Le *stade secondaire* se caractérise par une éruption cutanée sur l'ensemble du corps, souvent accompagnée de fièvre et de douleurs musculaires. Ce stade dure lui aussi entre 2 et 6 semaines et est suivi d'une *phase latente* qui peut durer plusieurs années et pendant laquelle il n'y a ni signe ni symptôme.^a Cependant, même pendant le stade de syphilis latente, des spirochètes peuvent circuler dans le sang, bien que ce soit moins fréquent à mesure que le temps passe ; en fin de compte, presque tous les organes peuvent être infectés.

Le *stade tertiaire* survient plusieurs années voire plusieurs dizaines d'années après la contamination et peut prendre la forme d'une neurosyphilis (atteinte du cerveau ou de la moelle épinière), d'une syphilis cardio-vasculaire (atteinte aortique et cardiaque) ou d'une syphilis tardive bénigne (essentiellement atteinte cutanée). Ces complications surviennent chez 40 % environ des sujets présentant une infection latente, en l'absence de traitement antibiotique.^b

2.2 Impact de la syphilis maternelle sur l'issue de la grossesse

L'organisme infectant (*T. pallidum*) présent dans le sang d'une femme enceinte peut être transmis à l'enfant à naître, notamment au stade précoce de l'infection (c'est ce qu'on appelle la syphilis précoce^a). La plupart des femmes atteintes de syphilis depuis moins d'un an vont transmettre l'infection à leur enfant avant la naissance. Bien que ce soit

possible dès la neuvième semaine de gestation, la transmission a généralement lieu entre la 16^e et la 28^e semaine de la grossesse.

La probabilité de transmission est directement liée au stade de la syphilis maternelle pendant la grossesse ou au stade de la grossesse au moment de la contamination. En cas de syphilis maternelle précoce, le taux de transmission mère-foetus peut aller jusqu'à 80 % alors que, pour la syphilis tardive, le pouvoir infectant diminue.⁶ C'est pendant les deux premières années suivant la contamination que la concentration de spirochètes dans le sang est la plus élevée. Par la suite, elle diminue lentement du fait de l'immunité acquise. C'est pourquoi le risque d'infecter un partenaire sexuel est particulièrement élevé durant les deux premières années puis il disparaît quasiment, encore que le risque de transmission mère-foetus reste présent. L'évolution de l'infection chez la mère ne semble pas être modifiée par la grossesse.⁶

Etant donné qu'il faut entre 10 et 45 jours pour que des tests sérologiques permettent de détecter l'infection syphilitique, un premier test négatif ne garantit pas qu'il n'y a pas infection. Les femmes enceintes chez lesquelles le premier test est négatif doivent être soumises à un nouveau test plus tard pendant leur grossesse ou au moment de l'accouchement. Les données sur l'incidence de la syphilis congénitale parmi les nourrissons sont peu nombreuses et ce, pour plusieurs raisons, notamment les difficultés de diagnostic, la présence d'infections asymptomatiques et l'absence de système de surveillance ou de notification. Bien que les modalités de notification des issues défavorables de la grossesse chez les femmes atteintes de syphilis varient considérablement, on reconnaît généralement qu'elles comprennent l'avortement spontané, le décès périnatal, l'insuffisance pondérale à la naissance (y compris la prématurité) et l'infection syphilitique chez le nouveau-né.⁷⁻¹⁰

Plusieurs modèles ont été proposés pour évaluer les issues défavorables de la grossesse chez les femmes atteintes de syphilis, et les estimations ainsi obtenues vont de 50 % à 80 %.⁷⁻¹⁰ On trouvera dans les Tableaux 1 et 2 la gamme des issues défavorables, signalées ou estimatives, de la syphilis maternelle non traitée ainsi que le nombre estimatif annuel de cas de syphilis congénitale.

^a Aux fins du traitement, on distingue la syphilis précoce (durée de moins d'un an) et la syphilis tardive.

^b Avec la généralisation des antibiotiques, la syphilis tertiaire est aujourd'hui moins fréquente.

Tableau 1.
Proportion d'issues défavorables de la grossesse en cas de syphilis maternelle non traitée

Issue de la grossesse	Etude					
	Harman ⁹	Ingraham ¹¹	Schulz et al. ^{8,a}	Hira et al. ^{7,b}	Watson Jones et al. ^{10,c}	Charge mondiale des IST*
Mortinaissance ou avortement spontané	17 %	22 %	30-40 %	22 %	25 %	20 %
Décès périnatal	23 %	12 %	10-20 %	Pas de données	Pas de données	15 %
Nourrisson infecté	21 %	33 %	10-20 %	2 %	Pas de données	20 %
Prématurité ou insuffisance pondérale à la naissance	Pas de données	Pas de données	Non étudié	33 %	25 %	20 %
Toute issue défavorable	61 %	67 %	50-80 %	57 %	49 %	75 %

^a Estimations obtenues à partir d'un modèle mathématique.

^b Cette étude sous-estimait les cas d'infection néonatale, car tous les enfants dont la mère était séropositive pour la syphilis recevaient un traitement à la naissance.

^c Cette étude était limitée aux mères présentant un titre sérologique élevé (RPR 1:8), qui représentaient 73 % de toutes les femmes atteintes de syphilis active.

* Estimations utilisées par la Charge mondiale de morbidité 2000, Genève, Organisation mondiale de la Santé.

Tableau 2.
Estimations de l'incidence annuelle de la syphilis congénitale

Proportion de femmes à sérologie positive présentant :	Modèle prudent (Watson-Jones et al.) ¹⁰	Modèle moyen (Schulz et al.) ⁸	Modèle moins prudent (Charge mondiale de morbidité, OMS, 2000)
a. Une syphilis non traitée	0,95 ^a	1,0	1,0
b. Un titre sérologique élevé ($\geq 1:8$)	0,73	–	–
c. Une issue défavorable de la grossesse due à la syphilis	0,49	0,65	0,75
Nombre annuel de cas de syphilis congénitale dans le monde ^{b,c}	713 600	1 365 000	1 575 000

^a Modification du modèle de Watson-Jones pour rendre compte de la proportion de femmes séropositives qui n'avaient pas reçu de traitement auparavant.

^b Le calcul est établi comme suit : 2,1 millions de cas maternels x A x B x C.

^c Cela comprend les cas d'avortement spontané/de décès foetal, de décès périnatal, de naissance prématurée, d'insuffisance pondérale à la naissance et d'infection néonatale.

Ces chiffres sont toutefois tirés d'études publiées, qui comportent plusieurs limites, notamment l'absence de données pour de nombreux pays, la surreprésentation des groupes de population urbains, la petite taille des échantillons et la forte représentation des femmes vues dans les consultations prénatales. Ils risquent donc de sous-estimer la charge totale de la syphilis maternelle dans les pays en développement.

Plus récemment à l'OMS, des chercheurs ont mis au point une stratégie pour évaluer les données disponibles sur la morbidité maternelle pays par pays. Il s'agit d'examiner non seulement la documentation publiée, mais aussi les données de la surveillance nationale pour les femmes enceintes, obtenues dans le contexte des programmes nationaux de surveillance du VIH. Ces travaux ne sont pas encore achevés, mais ils pourraient donner une estimation plus complète de la charge mondiale que représente la syphilis chez les femmes enceintes. Ainsi, il existe 31 rapports distincts de surveillance de la séroprévalence de la syphilis parmi les femmes enceintes au Ghana, portant sur l'évaluation du statut sérologique de plus de 28 000 femmes, avec un taux de séroprévalence allant de 0 % à 0,8 %.

3. Interventions axées sur la prévention de la syphilis congénitale

3.1 Diagnostic

3.1.1 Syphilis

Il existe toute une gamme d'outils pour le diagnostic de la syphilis (voir annexe 1), et la question a été examinée de façon exhaustive par Peeling et al., 2004.¹³ Chez l'adulte, le diagnostic classique en laboratoire se fonde sur l'utilisation initiale d'un test non tréponémique. Ces tests permettent de déceler les anticorps réagissant à la réagine présente à la fois dans *T. pallidum* et dans certains tissus humains. Ils ne sont donc pas spécifiques de *T. pallidum*. On peut citer en exemple le test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) et le test rapide de mise en évidence de la réagine plasmatique (RPR). Si un test est positif, on soumet alors le sérum à un test tréponémique de confirmation, en utilisant un antigène de *T. pallidum* ; ce peut être le test TPHA (*T. pallidum* haemagglutination assay) ou le TPPA (*T. pallidum* particle agglutination assay).

Les tests non tréponémiques offrent l'avantage d'être peu coûteux et sensibles (notamment au début de l'infection) ; de plus, le test RPR peut être pratiqué assez rapidement. Cependant, ces tests ne peuvent être pratiqués sur du sang total ; il faut un microscope ou un agitateur pour traiter les échantillons, et le risque de mauvaise interprétation par des techniciens de laboratoire peu expérimentés est fréquent parce que la lecture des résultats est subjective. Des études ont fait apparaître une grande variation de la fiabilité des résultats des tests non tréponémiques.

Les tests tréponémiques, bien qu'ils soient théoriquement plus spécifiques que les tests non tréponémiques, peuvent aussi donner des résultats faux positifs. De plus, ils ne peuvent faire la distinction entre les sujets présentant une syphilis active (non traitée) et ceux chez lesquels le traitement de l'infection a donné de bons résultats. Dans les deux cas, le test tréponémique sera positif. En revanche, les tests non tréponémiques peuvent distinguer les infections actuelles ou récentes des infections anciennes qui ont été traitées.

Il est préconisé d'associer les deux types de test. Les titrages classiques de confirmation exigent un matériel de laboratoire coûteux et des compétences techniques, de sorte qu'ils sont rarement pratiqués en dehors des labo-

ratoires de référence. Cependant, ils peuvent aujourd'hui être remplacés par des tests tréponémiques simples et rapides réalisés là où les soins sont dispensés ; pratiqués sur du sang total, ils exigent un minimum de formation, ne demandent pas de matériel ou de conditions de stockage particulières et coûtent entre US \$0,45 et 1,40. Il existe aujourd'hui plusieurs tests rapides dont la sensibilité va de 85 à 98 % et la spécificité de 92 à 98 % par rapport aux tests tréponémiques standard.

Du fait que les tests tréponémiques rapides sont abordables et faciles à pratiquer, ce sont des outils extrêmement utiles non seulement comme tests de confirmation, mais aussi comme tests de dépistage dans les services de soins de santé primaires ou dans les zones où il n'y a pas de services de laboratoire. Toutefois, comme les anticorps antitréponémiques persistent pendant des années, que les patients soient soumis ou non à un traitement, ces tests rapides ne peuvent servir à suivre l'efficacité du traitement ni à distinguer une infection active d'une infection antérieure traitée.

Là où la prévalence de la syphilis est faible ou là où le dépistage n'était pas pratiqué auparavant, il faut envisager un traitement préventif dans tous les cas où un test tréponémique rapide s'est révélé positif. Ces tests sont moins utiles pour le dépistage là où la prévalence de la syphilis est élevée, car une forte proportion des individus présentera des anticorps en raison d'une infection antérieure qui a été traitée. Il serait cependant préférable de soigner les femmes chez lesquelles le résultat du test est positif plutôt que de risquer de ne pas déceler un cas d'infection maternelle. De toute manière, quelle que soit la prévalence, les tests sont très utiles pour repérer les femmes qui ne sont pas atteintes de syphilis.

3.1.2 Syphilis congénitale

Le recours aux tests sérologiques pour le diagnostic de la syphilis congénitale chez les enfants de moins de 15 mois est problématique en raison du transfert placentaire passif d'IgG maternels au fœtus. Il n'est donc pas recommandé de pratiquer de test tréponémique chez un nouveau-né dont la mère est atteinte de syphilis.

3.2 Traitement

3.2.1 Femmes enceintes

La syphilis chez l'adulte se guérit facilement. Selon le stade de l'infection, le traitement peut consister tout simplement en une seule dose de pénicilline, médicament qui est disponible dans les services de soins de santé primaires. On trouvera ailleurs des lignes directrices détaillées pour le traitement (voir également annexe 2a).¹⁴

Lorsqu'il est administré au début de la grossesse, le traitement de la mère permet de prévenir l'infection chez le fœtus.⁶ Même chez les femmes atteintes de syphilis depuis longtemps, auxquelles on pourrait administrer trois doses hebdomadaires de pénicilline, une seule dose de pénicilline permet de prévenir l'infection chez le fœtus. Les issues de la grossesse chez ces femmes sont les mêmes que chez les femmes qui ne sont pas atteintes de syphilis.¹⁰

Par rapport aux tests classiques, les nouveaux tests rapides de diagnostic offrent la possibilité d'un traitement plus efficace des femmes. Alors que les anciens tests devaient être pratiqués dans des laboratoires souvent très éloignés des structures de soins de santé primaires, les nouveaux tests peuvent être effectués immédiatement et sur place ; on peut ainsi repérer les femmes infectées et les soumettre à un traitement lors d'une seule consultation – ce qui devrait accroître sensiblement le nombre de femmes soignées.

3.2.2 Nourrissons

Il faudrait soigner selon les protocoles préconisés par l'OMS (voir également annexe 2b) les nourrissons dont la mère séro-réactive n'a pas reçu le traitement voulu.¹⁵

Le diagnostic de la syphilis congénitale et le traitement sont beaucoup plus difficiles chez le nourrisson que chez la femme enceinte infectée. Actuellement, les schémas thérapeutiques pour la syphilis congénitale supposent l'administration quotidienne de pénicilline par voie parentérale pendant dix jours consécutifs ; l'hospitalisation est souvent indiquée pour que le nourrisson bénéficie de la totalité du traitement. De toute évidence, la prévention de la syphilis congénitale moyennant le dépistage universel des femmes au début de la grossesse et le traitement, s'il est indiqué, est de loin préférable.

3.3 Rapport coût/efficacité

Le nombre des cas de syphilis a diminué dans les pays développés, et on peut donc se demander s'il faut continuer à dépister la syphilis chez les femmes enceintes. Cette question a conduit à des évaluations économiques globales en Norvège et au Royaume-Uni¹⁶ ainsi qu'à des évaluations partielles en Australie et au Royaume-Uni.¹⁷ Plusieurs méthodes de modélisation ont été utilisées, mais chaque analyse a conclu que le dépistage était à la fois rentable et économique, même lorsque le taux de prévalence est nettement inférieur à 1 %.² Si le dépistage de la syphilis dans les pays développés est rentable lorsque la prévalence est très faible, c'est parce que les coûts médicaux de la prise en charge des cas de syphilis congénitale sont élevés. L'inclusion des coûts indirects ou intangibles dans les modèles augmente encore le rapport coût/efficacité du dépistage.

Peu d'évaluations économiques ont été faites dans les pays en développement, où les coûts des programmes de soins diffèrent sensiblement de ceux des pays développés. Néanmoins, en Afrique subsaharienne, plusieurs analyses économiques des coûts médicaux directs ont montré que le dépistage présentait un très bon rapport coût/efficacité, même pour des taux de prévalence relativement faibles,¹⁸ par exemple 1 %. Dans trois études, le coût (en 2001) de la prévention d'un cas de syphilis congénitale se situait entre US \$86 et 177 (US \$86 pour un taux de prévalence de 6,5 % et US \$177 pour un taux de prévalence de 3,4 %) (Tableau 4).

Si l'on convertit le nombre de cas de syphilis congénitale en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), le coût par DALY sauvée va de US \$3,97 à US \$10,56. Ce sont là des chiffres extrêmement faibles par rapport à d'autres interventions menées à large échelle, ce qui fait de la prévention de la syphilis congénitale l'une des interventions du meilleur rapport coût/efficacité. C'est bien ce qu'a conclu la Banque mondiale en 1993, lorsqu'elle a recommandé que le dépistage de cette maladie fasse partie de l'ensemble d'actions sanitaires essentielles.³ Vu le coût relativement modeste des programmes de dépistage de la syphilis, soit US \$0,93-1,44 par personne (Tableau 4), ces programmes sont abordables pour tous les pays sauf les plus démunis.

4. Les enjeux de la prévention de la syphilis congénitale aux différents niveaux du système de santé

Même s'il existe des outils de dépistage et un traitement efficace et peu coûteux pour les femmes enceintes et si les programmes de prévention sont inclus dans les soins prénatals dans de nombreux pays, la syphilis congénitale reste un problème de santé publique dans bien des régions du monde.

Les constatations ci-après se fondent sur un examen d'évaluations de programme²⁵ ainsi que sur des études de cas faites dans trois pays disposant de bons programmes de santé maternelle et néonatale qui comprennent le dépistage de la syphilis. Elles font ressortir certains des obstacles et problèmes à surmonter dans la mise en oeuvre des programmes d'élimination de la syphilis congénitale.

4.1 Evaluation des programmes

Les politiques de lutte contre la syphilis maternelle et congénitale et les données épidémiologiques disponibles ont été examinées pour 13 pays présentant différentes caractéristiques géographiques, socio-économiques et épidémiologiques.²³ Les efforts intensifs déployés dans les pays concernés ont plus ou moins réussi à faire reculer la prévalence de la syphilis maternelle. On en a conclu que les mesures n'étaient ni plus ni moins efficaces que le système de santé qui les applique et ses utilisateurs. Pour mener à bien les programmes de dépistage de la syphilis, il faut repérer les obstacles puis améliorer la capacité du système de santé à assurer les services nécessaires. L'étude a souligné que les pays se trouvaient face à des obstacles tout à fait semblables, dont certains sont décrits dans les paragraphes qui suivent.

4.1.1 Application des grandes orientations

Bien que le dépistage prénatal ait été inscrit dans les grandes orientations politiques de la plupart des 13 pays, la couverture effective variait énormément. La proportion des femmes enceintes soumises au dépistage allait de 17 à 88 % en Bolivie, de 64 à 79 % au Brésil, de 51 à 81 % au Kenya ; elle se situait à 43 % au Malawi, entre 5 et 40 % au Mozambique, à 83 % en République-Unie de Tanzanie et entre 32 et 83 % aux Etats-Unis d'Amérique.

4.1.2 Flou concernant les rôles, les fonctions et la chaîne de responsabilités

Là où les mesures de lutte contre la syphilis congénitale font partie des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et des programmes de santé maternelle et infantile (SMI), il faut définir clairement les rôles, les fonctions et la chaîne de responsabilités de chacun des programmes pour assurer une bonne mise en oeuvre des interventions visant l'élimination de la syphilis congénitale. L'exemple des pays, inclus dans l'examen en question des évaluations de programme pour des taux faibles et élevés de prévalence de la syphilis congénitale, qui intégraient les mesures de lutte contre cette maladie dans les programmes nationaux de santé maternelle et néonatale, de lutte contre l'infection à VIH et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ou encore de prévention des IST montre que les interventions étaient très utiles.^{24,25}

4.1.3 Importance de l'intégration des programmes et services

Il ne fait aucun doute que l'intégration est déterminante pour la pérennité des programmes. Cependant, on a relevé plusieurs obstacles à l'intégration, notamment l'existence de programmes verticaux de lutte contre l'infection à VIH/les IST et de SMI/planification familiale.

4.1.4 Accès aux services de santé maternelle et néonatale

Les consultations destinées aux mères et aux nouveau-nés sont souvent la seule occasion de pratiquer le dépistage de la syphilis (et d'autres infections) chez les femmes enceintes. Ainsi, la facilité d'accès, l'utilisation et la qualité de ces services sont déterminantes pour le succès du programme. La couverture des services de santé maternelle et néonatale allait de 24 % à 100 % dans les 13 pays pour lesquels les évaluations ont été examinées. Cependant, la qualité des services (personnel, disponibilité des médicaments, matériel) est peut-être plus importante encore que l'accès. Dans les pays à forte prévalence, on a souvent constaté que les femmes se présentaient aux consultations prénatales à un stade relativement tardif de leur grossesse, puisque l'âge gestationnel moyen lors du dépistage allait de six à neuf mois.

4.1.5 Dépistage et traitement

Le dépistage rapide pratiqué sur place semble accroître le nombre de femmes chez lesquelles la maladie est diagnostiquée ; cependant, il ne va pas accroître la proportion de femmes ayant reçu le traitement voulu si les médicaments nécessaires sont difficiles à obtenir. Les taux régionaux de dépistage en Haïti, au Kenya, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie ont augmenté avec l'adoption des tests pratiqués sur place mais l'évaluation a montré que dans ces programmes le traitement se heurtait encore à des obstacles – au niveau des fournitures, du coût et de la formation du personnel ou encore de la non-réapparition des patientes pour le traitement de suivi. Malgré le recours à des tests RPR simples dans les services de dépistage soit sur place soit à l'extérieur, on a enregistré des problèmes de mise en oeuvre dans la plupart des pays. En Bolivie et au Kenya, à cause du niveau insuffisant des services de laboratoire ou de la formation des techniciens, jusqu'à un tiers des tests donnaient des résultats incorrects.

Même s'il a été démontré que le dépistage au moment de l'accouchement réduisait le risque d'apparition d'une syphilis congénitale clinique, et si ce dépistage est recommandé dans plusieurs pays, il était rarement pratiqué.²⁶

La notification des partenaires se faisait dans tous les pays mais avec plus ou moins de succès. Bien que cette mesure fasse partie intégrante de la lutte contre les IST, elle n'était pas toujours appliquée dans les pays à faible revenu.

4.1.6 Données de la surveillance

Tous les pays manquaient de données précises sur la prévalence de la syphilis maternelle et congénitale. Les différences au niveau des méthodes diagnostiques et des définitions de cas rendaient les comparaisons difficiles et, là où les ressources manquaient, les données de la surveillance se fondaient souvent sur des études locales ou régionales. Le manque de données sur les taux de syphilis maternelle et congénitale explique en partie le peu de priorité accordé à cette maladie en tant que problème de santé publique.

4.1.7 Absence de suivi et d'évaluation

Il est important de noter que le suivi et l'évaluation n'étaient ni intégrés ni pratiqués dans la plupart des 13 programmes étudiés.

4.1.8 Recommandations issues de l'examen des évaluations de programme²³

- Comparer, en repérant les différences, les programmes existants qui ont pour but de combattre ou d'éliminer la syphilis congénitale et la stratégie proposée par l'OMS dans le présent document de manière à repérer éventuellement les lacunes ou les problèmes de mise en oeuvre.
- S'il n'existe pas actuellement de politique au niveau local ou infranational, il faut alors adapter le plan d'action proposé par l'OMS au contexte local.
- Instaurer des liens programmatiques avec les organismes internationaux qui travaillent dans les domaines de la prévention des infections sexuellement transmissibles et de l'infection à VIH ainsi que de la santé maternelle et néonatale.
- Veiller à ce qu'une attention suffisante soit accordée à la mise en place de systèmes complets de suivi et d'évaluation pour déterminer l'efficacité et l'impact des programmes.
- Promouvoir, en faisant appel à divers médias et à d'autres moyens de communication, l'engagement des décideurs politiques et des parties prenantes en faveur de l'élimination de la syphilis congénitale.
- Normaliser et renforcer les systèmes nationaux et internationaux de surveillance pour permettre une meilleure évaluation de l'ampleur du problème de la syphilis chez la femme enceinte et de la syphilis congénitale.

4.2 Services de santé : études de cas en Afrique du Sud, en Bolivie et au Kenya

Des études de cas ont été réalisées dans trois pays où la lutte contre la syphilis fait partie intégrante des programmes de soins prénatals, à savoir l'Afrique du Sud, la Bolivie et le Kenya. Il s'agissait d'évaluer les programmes de dépistage de la syphilis, de montrer les succès et les échecs et de dégager les facteurs qui facilitaient ou freinaient l'exécution

des programmes.²⁶ Les résultats de ces études de cas font ressortir certains des obstacles et problèmes qu'affrontent les programmes de dépistage.

- Les responsables politiques et les décideurs au ministère de la santé n'étaient pas conscients du problème de la syphilis congénitale ni de la rentabilité du dépistage : les administrateurs de programme ignoraient l'ampleur du problème dans la communauté où ils travaillaient et n'étaient pas en mesure de trouver les ressources nécessaires, notamment pour la planification et le suivi, parce que la syphilis chez la femme enceinte revêtait un rang de priorité moindre que d'autres problèmes de santé.
- Les prestataires de soins n'étaient pas informés des conséquences de la syphilis chez la femme enceinte et de l'ampleur du problème dans la population ; de plus, ils n'avaient pas été bien formés au dépistage et ne disposaient pas des ressources et de l'appui logistique nécessaires.
- Enfin, ce qui est sans doute le plus important, la population locale méconnaissait l'importance de la maladie et ses conséquences pour l'enfant à naître ; elle n'était pas consciente des avantages du dépistage ni de la nécessité du suivi de la mère et de l'enfant, et de la notification et du traitement des partenaires sexuels.

On trouvera récapitulés ci-dessous les principaux problèmes et les principales recommandations dégagés de ces études de cas.

- **Le dépistage prénatal précoce et la prise en charge des cas positifs étaient difficiles à pratiquer**, parce que la plupart des femmes ne se présentaient aux consultations prénatales qu'à leur sixième mois de grossesse. Les femmes doivent être encouragées à se rendre dans les services de soins dès le début de la grossesse. Il faut faire des efforts coordonnés et concertés pour comprendre et modifier les comportements, et mobiliser la communauté à grande échelle.
- **Le laps de temps nécessaire pour que les résultats des tests soient communiqués au prestataire de soins** variait de quelques heures à quatre semaines. Faute de dispositif pour suivre les patientes, de nom-

breuses femmes chez lesquelles le test RPR était positif ne sont pas revenues pour prendre connaissance des résultats et recevoir un traitement. Il faut accroître l'efficacité du diagnostic et du suivi.

- **En raison de l'absence de lignes directrices destinées aux prestataires de services**, ceux-ci étaient peu conscients du problème de la syphilis congénitale et connaissaient mal les modalités de prise en charge des cas. Il faut insister sur les lignes directrices, la formation et la supervision.
- **A cause du manque de médicaments, de fiches de notification et d'autres fournitures**, et aussi de la méconnaissance de l'importance et des conséquences de la syphilis chez la femme enceinte et du peu de motivation des agents de santé, la qualité des soins laissait à désirer. L'éducation sanitaire des clientes des services de santé maternelle et néonatale était rarement satisfaisante. D'autre part, il faut améliorer la gestion de la logistique des fournitures.

4.3 Travailler avec la population locale

Au niveau local, il faut déployer des efforts pour développer l'accès aux services de santé maternelle et néonatale et en accroître l'utilisation, de même qu'encourager les femmes à venir aux consultations prénatales dès le début de leur grossesse. Les programmes de soins de santé doivent travailler avec les femmes, les familles et la population locale pour leur faire mieux comprendre les besoins des mères et des nouveau-nés. Cela aura deux avantages : en premier lieu, les familles pourront trouver à temps des solutions face aux besoins des mères et de leurs nouveau-nés et, en deuxième lieu, les services de santé seront en mesure de mieux planifier les services en fonction des besoins de la population locale.

Les agents de santé doivent être familiarisés avec les points de vue et les croyances des femmes et de la population locale en ce qui concerne la santé de la mère et du nouveau-né, notamment pour des questions telles que : les soins pendant la grossesse et les problèmes de santé des femmes enceintes, l'ostracisme qui frappe les infections sexuellement transmissibles, le rôle des hommes pour encourager ou freiner le recours aux soins de santé, la dynamique de la prise de décision au sein du ménage, les préfé-

rences en matière de soins pendant la grossesse et, enfin, les points de vue sur la qualité des soins dispensés par les services de santé. Cette information est déterminante pour l'élaboration des stratégies qui permettront d'approfondir les connaissances sur la santé, la maladie et la prévention des maladies, et de promouvoir les mesures nécessaires. Là où la population locale est déjà associée à des coalitions et des partenariats axés sur certains problèmes de santé (comme le VIH/sida), il faut songer à s'appuyer sur cette participation pour en élargir la portée. Il n'est pas facile de rapprocher les femmes, les familles et la communauté des prestataires de soins, mais c'est indispensable si l'on veut parvenir aux objectifs fixés concernant la santé de la mère et du nouveau-né, notamment la réduction de la morbidité et de la mortalité.^{27,28}

Dans de nombreuses communautés, le fait d'apprendre aux accoucheuses traditionnelles et aux tradipraticiens à aiguiller les femmes vers les services de santé appropriés pourrait aider à accroître la fréquentation des consultations maternelles et néonatales, puisque de nombreuses femmes commencent par consulter ces prestataires de soins et ne mélangent généralement pas soins classiques et soins traditionnels. De nombreux autres groupes et individus (par exemple les accoucheuses qualifiées) peuvent également être mobilisés pour aider les femmes et les familles à repérer les besoins sanitaires des femmes et de leurs enfants et à y répondre.

Les interventions à assise communautaire, notamment la surveillance, où des problèmes de soins facilement identifiés sont systématiquement signalés, constituent également un moyen d'assurer durablement le suivi. Ainsi, dans le cadre d'un programme mené en Equateur, le pian a pu être éliminé localement grâce à cette approche.²⁹ Pour la syphilis congénitale, on pourrait envisager une surveillance à assise communautaire, associant peut-être des accoucheuses traditionnelles et des accoucheuses qualifiées qui notifieraient les cas de mortinaissance et d'avortement spontané. L'information issue de la surveillance communautaire et d'autres mécanismes de suivi devrait être communiquée à la population locale, qui sera ainsi mieux informée des besoins sanitaires des mères et des nouveau-nés.

4.4 Relever les défis : les quatre piliers d'une stratégie d'élimination de la syphilis congénitale

Aucun des problèmes mentionnés plus haut n'est insurmontable et tous pourraient être résolus moyennant un engagement politique, une définition des priorités et une action de plaidoyer à tous les niveaux. On peut intégrer le dépistage des femmes enceintes et le traitement de celles qui ont eu un test RPR positif, de leur nouveau-né et de leur partenaire dans les programmes de santé maternelle et néonatale et dans d'autres interventions apparentées. Le fait d'associer le dépistage de la syphilis à d'autres activités comme les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et de lutte contre les IST pourrait avoir des avantages supplémentaires. Sur la base des études mentionnées plus haut ainsi que d'autres, les quatre piliers ci-après sont proposés pour une stratégie d'élimination de la syphilis congénitale que les pays pourraient adopter, adapter et mettre en oeuvre :

1. garantir la pérennité de l'engagement politique et de l'action de plaidoyer ;
2. développer l'accès aux services de santé maternelle et néonatale et en améliorer la qualité ;
3. assurer le dépistage et le traitement des femmes enceintes et de leurs partenaires ;
4. mettre en place des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation.

5. Objectifs fixés pour l'élimination de la syphilis congénitale

5.1 Les objectifs du Millénaire pour le développement

Les interventions visant à éliminer la syphilis congénitale contribueront directement à la réalisation de trois objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) – à savoir, réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle et combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies.

En effet :

- les taux de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans reculeront du fait de la réduction de l'incidence de l'insuffisance pondérale à la naissance, des décès périnataux et des cas d'infection congénitale ;
- la diminution du nombre d'avortements spontanés contribuera à améliorer la santé maternelle. De plus, la mise en oeuvre simultanée d'interventions destinées à éliminer la syphilis congénitale et d'activités de lutte contre les IST dans la population viendra réduire l'incidence de la syphilis parmi les femmes enceintes ;
- le dépistage systématique de la syphilis chez les femmes dans le cadre des programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sera l'occasion de pratiquer un test chez les mères et les nourrissons et, le cas échéant, de leur administrer un traitement contre l'infection à VIH et la syphilis, ce qui améliorera la santé maternelle et néonatale ;
- des faits de plus en plus nombreux montrent que les IST, y compris la syphilis, accroissent pour une femme la probabilité d'être infectée par le VIH.³⁰⁻³² Par conséquent, le dépistage et le traitement de la syphilis contribueront à réduire le risque de transmission du VIH.

5.2 Objectif général : élimination mondiale de la syphilis congénitale en tant que problème de santé publique

L'objectif général de l'OMS et de ses partenaires en ce qui concerne la syphilis congénitale est d'éliminer cette maladie dans le monde en tant que problème de santé publique. L'OMS est en train de mettre au point des méthodes pour définir un paramètre final concernant l'élimination de la maladie, compte tenu d'études récemment publiées sur

la prévalence de la syphilis congénitale. Selon la définition de l'OPS, la syphilis congénitale aura été éliminée en tant que problème de santé publique lorsque l'incidence sera de 0,5 cas ou moins pour 1000 naissances (y compris les mortinaissances). Toutefois, ce seuil spécifique a été établi en 1995 pour l'Amérique latine et ne convient peut-être pas pour le reste du monde.

5.3 Objectif spécifique : prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis

La prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis est un objectif spécifique que l'on pourra atteindre en renforçant les programmes de soins prénatals pour garantir :

- des soins prénatals au début de la grossesse pour toutes les femmes, avec dépistage universel de la syphilis et traitement rapide des cas ;
- le traitement de tous les partenaires sexuels des femmes infectées, la promotion de l'utilisation du préservatif pendant la grossesse et une action de conseil auprès de toutes les femmes sur les moyens d'éviter l'infection ;
- l'administration à tous les nouveau-nés dont la mère a présenté une positivité au test RPR d'une dose unique de pénicilline à titre prophylactique (annexe 2b).

C'est actuellement la seule approche réaliste de l'élimination de la syphilis congénitale, en raison des problèmes de diagnostic de la maladie et de l'absence de définition de cas universellement applicable.

On trouvera dans l'annexe 3 des exemples de cibles et d'indicateurs pour le suivi et l'évaluation des programmes de lutte contre la syphilis congénitale.

6. Principes directeurs pour agir dans les pays

6.1 Une démarche axée sur les pays

Un cadre stratégique pour l'élimination de la syphilis congénitale doit prendre en compte toute la gamme des facteurs culturels et épidémiologiques ainsi que le contexte des soins prénatals dans les pays. L'approche générale doit donc pouvoir s'adapter facilement à la situation locale. Des pays ont été associés à l'élaboration de la stratégie et du plan d'action pour l'élimination de la syphilis congénitale aux niveaux régional et mondial.

6.2 Une approche intégrée

L'élimination de la syphilis congénitale ne doit pas être conçue comme un programme vertical. Les programmes de dépistage et de traitement de la syphilis doivent au contraire être intégrés dans les services de santé maternelle et néonatale et, le cas échéant, dans les services de soins de santé primaires, de planification familiale, de santé sexuelle des adolescents et de santé génésique. Il faudrait renforcer les liens entre les activités d'élimination de la syphilis congénitale et d'autres services, comme la prévention de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH et le traitement du paludisme.

L'OMS est en train de mettre sur pied une initiative apparentée pour la lutte contre les ulcérations génitales guérissables, initiative qui inclut des cibles en matière de traitement de la syphilis. Moyennant des interventions ciblées, l'amélioration de la prise en charge syndromique et le dépistage de la syphilis dans les services de soins de santé primaires et les dispensaires de lutte contre les IST, on pourra réduire le nombre de cas d'ulcération génitale guérissable, comme la syphilis et le chancre mou. Grâce au développement du dépistage et du traitement des femmes enceintes et de leurs partenaires, les efforts en vue d'éliminer la syphilis congénitale contribueront à la lutte contre la syphilis dans l'ensemble de la population.

On voit donc que, pour l'élaboration des grandes orientations et la conception des services, il faudra examiner soigneusement les modalités de mise en oeuvre des interventions. Il est recommandé pour ce faire de consulter ceux qui assureront les services intégrés. Pour relever le défi, il faudra absolument associer toutes les parties prenantes, analyser leurs rôles et leurs responsabilités et, si nécessaire, les revoir.

6.3 Approche du diagnostic et du traitement fondée sur les droits

Une approche des programmes de lutte contre la syphilis congénitale fondée sur les droits signifie que les femmes, les hommes et les jeunes ont droit à l'information leur permettant de se protéger contre l'infection, de savoir où se faire soigner, de connaître les résultats des tests et de recevoir un traitement efficace.

Il faut aussi prendre en compte le droit à la meilleure qualité de soins possible et à des soins de caractère confidentiel ne comportant pas de jugement de valeur.

6.4 Partenariat et collaboration

En particulier là où les ressources sont limitées, la clé du succès sera la collaboration transsectorielle au niveau de l'administration (ministère de la santé, ministère de l'éducation, par exemple pour les programmes scolaires, etc.) ainsi que la collaboration et le partenariat avec d'autres services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé communautaire gérés par des organisations non gouvernementales (ONG), des bailleurs de fonds bilatéraux, des fondations et des organismes des Nations Unies.

Les ONG dispensent jusqu'à 50 % des soins dans de nombreux pays et sont donc d'importantes parties prenantes, notamment dans les régions touchées par des troubles politiques, un conflit ou une situation d'urgence complexe. Un partenariat avec des ONG et des agents de santé dans la communauté peut accélérer la prestation des services et développer la couverture, notamment en milieu rural. Les agents de santé communautaire peuvent contribuer à promouvoir et encourager l'utilisation des consultations prénatales au début de la grossesse. Il est important d'associer toutes les parties prenantes dès le début à la planification et à la prise de décision pour qu'elles connaissent le programme et s'engagent à le mener à bien.

La participation de la communauté est déterminante pour que les programmes de santé soient acceptés et que les comportements préconisés soient adoptés.

7. La stratégie

7.1 Au niveau mondial

Il faut prendre au niveau mondial des mesures qui associeront les représentants des ministères de la santé, d'associations professionnelles, d'organismes donateurs, d'organisations multilatérales, d'organismes internationaux de financement, d'organisations régionales, d'ONG, du secteur privé et de l'industrie. Des efforts tout particuliers s'imposent pour :

- réunir un consensus sur la nécessité d'une action mondiale pour éliminer la syphilis congénitale et mieux sensibiliser à ce problème et à la nécessité d'agir ;
- encourager la coopération mondiale pour élaborer des lignes directrices et des matériels de formation et mettre en place des systèmes appropriés de suivi et d'évaluation ;
- associer des institutions internationales et des institutions du secteur privé à la recherche-développement sur l'amélioration des outils de diagnostic de la syphilis et de la syphilis congénitale ;
- promouvoir les partenariats internationaux pour coordonner les efforts visant à éliminer la syphilis congénitale par une approche intégrée ;
- mobiliser des ressources.

7.2 Au niveau des pays : les quatre piliers

Les quatre piliers de la stratégie d'élimination de la syphilis congénitale ont été exposés dans la partie 4.4. On trouvera décrits ci-dessous les objectifs des mesures à prendre au titre de chaque pilier.

Pilier 1 : Garantir la pérennité de l'action de plaidoyer et de l'engagement politique pour mener à bien l'initiative de santé

Objectifs

Les pays devraient s'efforcer de :

- susciter un engagement politique et une action de plaidoyer grâce à des partenariats aux niveaux national et international ;
- mieux sensibiliser au problème de la syphilis pendant la grossesse et à ses conséquences négatives, comme la mortalité ;

- souligner qu'il est important de relier l'élimination de la syphilis congénitale aux autres services de santé maternelle et néonatale, aux programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH et aux programmes de prévention des IST ;
- montrer le rapport coût/avantages des interventions de prévention de la syphilis congénitale ;
- faire passer dans les programmes de santé maternelle et néonatale et d'autres programmes pertinents des messages clairs sur les avantages qu'il y a à se présenter suffisamment tôt aux consultations prénatales.

L'engagement à tous les niveaux est la condition indispensable à la pérennité d'un programme. Il faut examiner les politiques, stratégies et programmes au niveau national pour veiller à ce que le problème de la syphilis congénitale soit pris en main et que les stratégies soient mises en oeuvre.

Pilier 2 : Développer l'accès aux services de santé maternelle et néonatale et en améliorer la qualité

2A. Là où il y a des services de santé maternelle et néonatale

Objectifs :

- accroître le pourcentage de femmes enceintes qui se présentent aux consultations prénatales au début de leur grossesse ;
- veiller à ce que toutes les femmes enceintes soient soumises à un dépistage et convenablement soignées et que les partenaires sexuels des femmes infectées reçoivent un traitement ;
- veiller à ce que toutes les femmes qui se présentent dans les services pour d'éventuelles complications de la syphilis (avortement spontané, mortinaissance, etc.) soient soumises au dépistage de la syphilis et reçoivent un traitement, le cas échéant ;
- réduire le nombre des occasions manquées de dépistage des femmes (éviter les ruptures de stocks pour les tests de dépistage, le traitement, etc.) ;
- développer l'accès et éliminer les obstacles aux soins ;
- améliorer la qualité des soins aux mères et aux nouveau-nés (formation du personnel, accoucheuses qualifiées, etc.) ;

- améliorer la qualité des soins pour le dépistage et le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes (formation des agents de laboratoire et du personnel de santé) ;
- accroître le pourcentage de femmes enceintes qui se présentent d'une façon générale aux consultations prénatales ;
- mieux informer la population sur les services de santé et le traitement des IST ;
- intégrer les services de santé pour pouvoir assurer le dépistage et le traitement de l'infection à VIH, du paludisme et de la syphilis ;
- créer des partenariats avec des prestataires de soins d'organisations non gouvernementales pour garantir une couverture maximale.

2B. Là où il n'y a pas de services de santé maternelle et néonatale

Objectifs :

- définir un ensemble minimum d'interventions pour la prévention de la syphilis congénitale ;
- analyser la situation pour déterminer le contexte (parties prenantes, activités en place, etc.) ;
- établir des partenariats avec des ONG qui pourraient dispenser des services de soins, notamment dans les zones de conflit ;
- intégrer les activités de lutte contre la syphilis dans d'autres programmes de lutte ou d'élimination de la maladie pour des groupes de population oubliés ;
- mobiliser les communautés moyennant des actions de plaidoyer et de sensibilisation et mettre en place des structures de santé qui mèneront des interventions spécifiques contre la syphilis et d'autres problèmes de santé prioritaires pour la population ;
- mener un programme d'éducation axé sur les femmes enceintes en les informant des problèmes de santé sexuelle et génésique, notamment des IST et de la syphilis congénitale.

Pilier 3 : Assurer le dépistage et le traitement des femmes enceintes et de leurs partenaires

Chaque pays devra définir ses propres stratégies de dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes, en fonction de la prévalence de la maladie et du niveau de soins disponible.

Objectifs :

- pratiquer le diagnostic et assurer un traitement à toutes les femmes infectées et leurs partenaires, de préférence là où les soins sont dispensés ;
- déterminer l'association optimale de tests diagnostiques rapides sur place, suivie du traitement immédiat, qui est à la fois efficace et abordable et exige un minimum d'appui logistique pour la mise en évidence de la syphilis ;
- administrer à toutes les patientes chez lesquelles le test est positif (à tout le moins) une dose unique (2,4 millions UI) de benzathine benzylpénicilline par voie intramusculaire ;
- assurer le dépistage et, si nécessaire, le traitement au moment de l'accouchement chez toutes les femmes qui ne se sont pas rendues plus tôt dans les services de santé ou qui n'ont pas subi de dépistage pendant leur grossesse ;
- soigner tous les nourrissons dont la mère est infectée et assurer un suivi tous les trois mois pendant leur première année de vie ;
- veiller à ce que les femmes restent protégées de l'infection pendant leur grossesse moyennant un traitement des IST, une action de conseil sur la prévention des IST et l'utilisation du préservatif ainsi que la notification et le traitement du ou des partenaires ;
- diagnostiquer – ou appliquer l'approche syndromique – et traiter les cas d'ulcération génitale ;
- soumettre au dépistage de la syphilis tous les patients qui se présentent dans un dispensaire de lutte contre les IST.

Pilier 4 : Mettre en place des systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation

Objectifs :

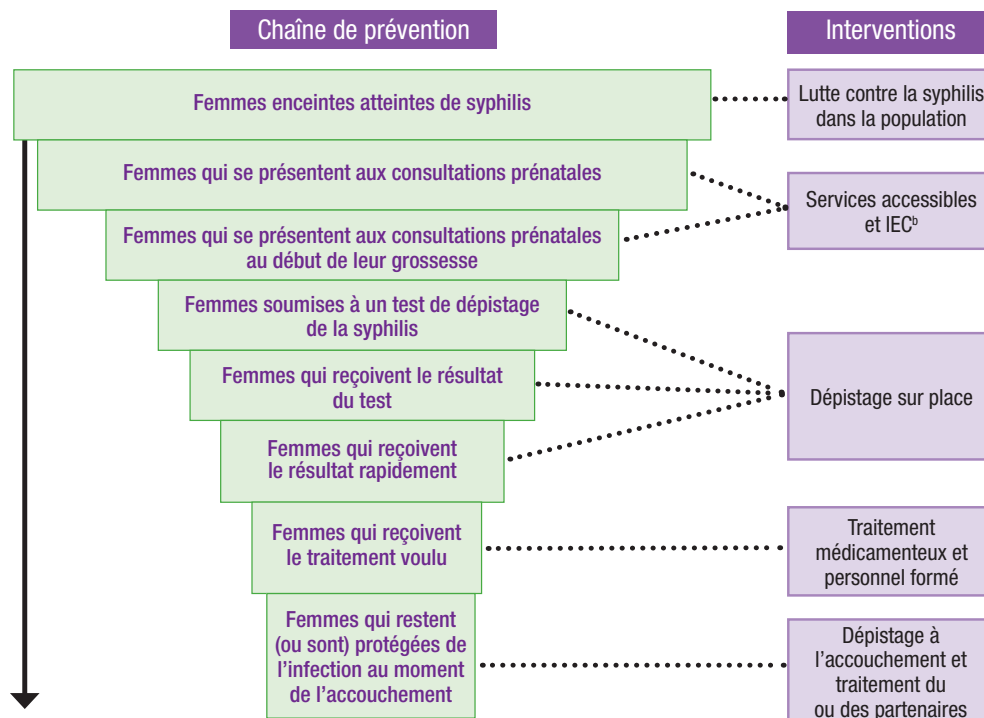
- organiser un système de données de base et de notification dans le cadre du programme Pour une grossesse à moindre risque et d'autres programmes de santé maternelle et infantile ;
- déterminer et attribuer les rôles et fonctions afin d'améliorer la chaîne de responsabilité pour l'élimination de la syphilis congénitale ;
- mettre en place des dispositifs de suivi des progrès réalisés ou renforcer ceux qui existent ;
- mettre en place des dispositifs d'évaluation des résultats ou renforcer ceux qui existent ;
- mettre en place des dispositifs d'évaluation de la pérennité ou renforcer ceux qui existent ;

- élaborer des indicateurs pour la qualité des soins, la couverture du dépistage et du traitement ainsi que l'action de sensibilisation dans la population, qui serviront de mesures indirectes de l'efficacité des programmes d'intervention.

Etant donné qu'un diagnostic normalisé des cas de syphilis congénitale n'est pas possible là où les ressources manquent, le suivi et l'évaluation de la mise en oeuvre du programme devront se faire à l'aide d'indicateurs indirects de processus. Ces indicateurs mesureront l'impact des interventions menées pour améliorer la qualité des soins et développer l'accès aux services (Figure 1).

Si, à l'avenir, un outil diagnostique est mis au point pour la syphilis congénitale, il pourrait servir à mesurer l'issue considérée – à savoir l'incidence de la syphilis congénitale.

Figure 1. Interventions destinées à éviter que des femmes enceintes atteintes de syphilis échappent au dépistage et au traitement^a



^a Pour prévenir la syphilis congénitale, il faut arriver à mettre en oeuvre chacune des interventions de ce modèle. Chaque barre représente un sous-groupe de femmes issues de la barre située juste au-dessus. A l'heure actuelle, certaines femmes ne reçoivent pas de traitement à un stade ou un autre et ce, pour plusieurs raisons. Par exemple, parmi les femmes qui sont soumises au dépistage de la syphilis et qui ne reçoivent pas le résultat du test (et le traitement s'il est nécessaire) immédiatement (parce que les services ne proposent pas de dépistage et de traitement sur place), un certain nombre risque de ne pas revenir dans le centre de santé et donc restera sans traitement. Les interventions proposées dans ce modèle sont précisément conçues pour résoudre ces problèmes.

^b IEC = Information, éducation et communication.

8. Rôles et responsabilités

8.1 Rôle de l'OMS au niveau mondial : leadership

L'OMS jouera un rôle directeur au niveau mondial, en veillant à ce que l'élimination de la syphilis congénitale reçoive la priorité au sein de l'Organisation et en renforçant les liens, tant en interne qu'avec d'autres organes et organisations concernés du système des Nations Unies, et en encourageant les partenariats avec des organisations non gouvernementales et d'autres parties prenantes.

8.1.1 Action de plaidoyer et mobilisation des ressources

L'OMS s'emploiera à susciter l'intérêt pour l'initiative et lui trouver des appuis aux niveaux national, régional et mondial. Elle exercera son action et plaidera en faveur de la constitution d'alliances et de partenariats pour la mobilisation de ressources financières.

8.1.2 Cadre général

L'OMS mettra en place un cadre général pour la stratégie d'élimination de la syphilis congénitale qui sera adapté par chaque pays à son contexte particulier. Elle aidera également à mettre au point des manuels de formation technique.

8.2 Rôle de l'OMS au niveau régional : leadership et appui technique

Au niveau régional, l'OMS :

- jouera le rôle de chef de file régional pour l'élimination de la syphilis congénitale ;
- apportera un appui afin de déterminer les stratégies régionales appropriées pour éliminer la syphilis congénitale et de les appliquer ;
- apportera un appui pour adapter les manuels et matériels de formation techniques et généraux ;
- mobilisera des ressources ;
- encouragera l'intégration des activités de prévention de la syphilis congénitale et de la transmission mère-enfant du VIH.

8.3 Rôle de l'OMS au niveau des pays : assistance technique

L'OMS prêtera une assistance technique aux pays (à partir du Siège, des bureaux régionaux ou des bureaux de pays), en particulier à ceux qui enregistrent des taux élevés de syphilis maternelle et congénitale. Plus précisément, elle les aidera à :

- déterminer la charge que représente la syphilis congénitale ;
- mettre au point et appliquer des stratégies appropriées pour éliminer la syphilis congénitale ;
- repérer les groupes de population qui sont à l'écart (socialement ou géographiquement) du système de santé et où l'on enregistre une forte prévalence de la syphilis ;
- faire une analyse de la situation et dégager les besoins et les problèmes ;
- repérer les insuffisances du système de santé en raison desquelles les femmes enceintes ne sont pas soumises au dépistage ni au traitement de la syphilis ;
- améliorer la planification et la mise en oeuvre des programmes ;
- élaborer des plans nationaux ;
- dispenser une formation pour constituer un effectif de personnel compétent et motivé ;
- élaborer et mener des programmes de surveillance ;
- mettre au point des outils d'évaluation et de suivi, en fixant des objectifs adaptés au contexte national.

L'OMS aidera d'autre part les pays à élaborer des stratégies pour accroître le nombre de femmes enceintes qui se présentent dans les services de santé maternelle et néonatale.

8.3.1 Approche progressive

Il est prévu que l'action d'élimination de la syphilis congénitale se déroule en trois étapes, selon l'état de préparation des pays.

Pendant la première étape, l'OMS fournira un appui technique à plusieurs pays réunissant certains critères.^a Dans l'idéal, deux pays de chaque Région de l'OMS participeraient à cette première étape. Cependant, si les ressources sont insuffisantes, au moins quatre pays de différentes Régions recevront un appui pendant que d'autres pays se prépareront à la mise en oeuvre.

La deuxième étape consistera à accroître le nombre des pays qui appliquent la stratégie d'élimination de la syphilis congénitale, en exploitant les enseignements tirés par les pays ayant participé à la première étape.

La troisième étape consistera à élargir finalement les activités aux pays restants.

8.3.2 Action de plaidoyer au niveau national

L'OMS fera en sorte que, dans tous les pays où est menée l'initiative Pour une grossesse à moindre risque, le dépistage et le traitement de la syphilis congénitale occupent un rang de priorité élevé et soient intégrés dans l'initiative. Dans tous les pays qui mènent des activités de prévention de la transmission mère-enfant du VIH, l'OMS plaidera en faveur du dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes soumises au dépistage du VIH. Elle aidera également à mener des activités de lutte contre la syphilis dans les groupes de population à haut risque. Enfin, elle encouragera les partenariats dans les pays, mènera une action de sensibilisation et contribuera à mobiliser des ressources.

8.4 Rôle des pays dans la mise en oeuvre de la stratégie

Les pays seront responsables de la mise en oeuvre de la stratégie.

8.4.1 Au niveau des grandes orientations et des programmes

Les pays devront veiller à ce qu'il y ait une prise de conscience du problème et un engagement soutenu à tous les niveaux des services de santé. La lutte contre la syphilis maternelle (dépis-

tage, diagnostic, traitement et prévention) devrait faire partie des services complets de soins prénatals et des programmes de prévention mère-enfant de la transmission du VIH.

La stratégie d'élimination de la syphilis congénitale entend exploiter ou développer la collaboration entre programmes dans le secteur de la santé. La syphilis congénitale ne pourra être éliminée que par une action concertée et intégrée faisant intervenir tous les programmes qui assurent des soins aux mères et aux nouveau-nés (y compris les programmes de santé sexuelle et génésique, de PMI, de lutte contre les IST et de lutte contre l'infection à VIH).

Analyse de la situation et évaluation stratégique

La plupart des pays possèdent des services de consultations prénatals et recommandent de pratiquer le dépistage de la syphilis pendant la grossesse. La situation des services et le niveau de mise en oeuvre de la lutte contre la syphilis varient en fonction de la situation socio-économique, de l'engagement politique et de l'état de l'infrastructure de soins. Une analyse de la situation est la première étape indispensable pour planifier les interventions destinées à améliorer l'action des programmes de lutte contre la syphilis. Cette analyse fournira également d'importantes données de base qui serviront à fixer des cibles et à évaluer les activités futures. L'évaluation stratégique sera la garantie d'une planification satisfaisante et d'une amélioration des programmes en cours.

Gestion des programmes

L'efficacité des programmes est conditionnée par l'efficacité de la gestion. Pour ce faire, il faut notamment :

- repérer et attribuer les rôles et fonctions pour garantir le fonctionnement de la chaîne de responsabilité au sein de tous les programmes ;
- mener une action de plaidoyer à tous les niveaux ;
- assurer la pérennité et la transparence sur le plan financier ;
- veiller à ce que les fournitures nécessaires soient disponibles pour le dépistage et le traitement de la syphilis.

Pour garantir une bonne gestion de la chaîne d'approvisionnement et donc un approvisionnement fiable en moyens

a Ces critères sont les suivants : i) facilité d'accès aux données épidémiologiques sur la syphilis et la syphilis congénitale ; ii) taux de prévalence élevé de la syphilis parmi les femmes enceintes ; iii) existence d'autres programmes de santé maternelle et néonatale dans lesquels on pourrait inscrire la stratégie (par exemple programme Pour une grossesse à moindre risque ou programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH).

diagnostiques, médicaments et autres fournitures, il faudra instaurer une collaboration étroite avec les magasins médicaux au niveau national (ou leur équivalent). Le personnel à tous les niveaux (centres de santé, magasins centraux, etc.) devra être familiarisé avec la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour prévoir les besoins avec précision et commander les fournitures.

Formation

De plus, face au problème de la rotation et des transferts fréquents de personnel, il faudrait organiser régulièrement des activités de formation et d'information à tous les niveaux (y compris celui des services mobiles).

Cette formation, inscrite dans les programmes nationaux, devra porter sur :

- les compétences cliniques ;
- l'action de conseil ;
- l'information, l'éducation et la communication (IEC) ;
- la gestion des savoirs (utilisation de l'information pour la prise de décision) ;
- les moyens d'améliorer la qualité ;
- les systèmes d'information, et le suivi et l'évaluation ;
- la gestion et la supervision des programmes.

Supervision

Il faudra améliorer la supervision à tous les niveaux pour garantir l'établissement des rapports sur la surveillance, le suivi et l'évaluation systématiques des programmes. Dans l'idéal, il faudrait coordonner l'établissement des rapports pour les divers programmes de soins afin d'épargner aux agents de santé un surcroît de travail.

Suivi et évaluation

Il sera nécessaire de mettre en place des systèmes de suivi ou d'améliorer ceux qui existent déjà, en évaluant régulièrement les interventions des programmes.

8.4.2 Au niveau des services de santé

Au niveau des services de santé, il faudra mener et superviser les activités ci-après, en leur apportant des améliorations le cas échéant :

- mise en place des interventions et appui aux activités ;
- amélioration de la fréquentation des services de santé maternelle et néonatale ;
- dépistage ;
- tests de laboratoire ;
- traitement ;
- action de conseil pendant et après la grossesse et l'accouchement pour éviter les conséquences de la syphilis ;
- collaboration avec les agents de santé communautaire et les accoucheuses traditionnelles pour suivre les femmes qui n'ont pas bénéficié de soins prénatals ou obstétricaux ;
- soins aux nouveau-nés pour atténuer le plus possible les effets de la syphilis congénitale ;
- formation.

8.4.3 Au niveau communautaire

Au niveau communautaire, il faudra mener une action de communication axée sur les changements de comportement pour :

- pratiquer la prévention primaire de la syphilis et d'autres infections sexuellement transmissibles ;
- encourager les femmes enceintes à se présenter aux consultations prénatales au début de leur grossesse ;
- mener une action de sensibilisation et d'information dans la population pour faire mieux connaître la maladie et ses conséquences ;
- garantir à toutes les femmes enceintes l'égalité d'accès aux soins prénatals ;
- aider les femmes qui s'avèrent atteintes de la maladie et leur faire comprendre l'importance du traitement du ou des partenaires ;
- mettre sur pied des activités pour lutter contre l'ostracisme et la discrimination associés au diagnostic de syphilis.

Références bibliographiques

- Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2008; 82:424–30.
- Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004; 82:402–9.
- Rapport sur le développement dans le monde*. Washington, DC : Banque mondiale, 1993.
- Plan of action for the elimination of congenital syphilis*. Washington, DC : Organisation panaméricaine de la Santé ; 1995 (PAHO/WHO/Ce116/14).
- Special topic: maternal and congenital syphilis. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004; 82:399–478.
- Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004; 82:433–8.
- Hira SK, Bhat GJ, Chikamata DM, Nkowane B, Tembo G, Perine PL, et al. Syphilis intervention in pregnancy: Zambian demonstration project. *Genitourin Med* 1990; 66:159–64.
- Schulz KF, Cates W Jr, O'Mara PR. Pregnancy loss, infant death, and suffering: legacy of syphilis and gonorrhoea in Africa. *Genitourin Med* 1987; 63:320–5.
- Harman N. *Staying the plague*. London: Methuen; 1917.
- Watson-Jones D, Gumodoka B, Weiss H, Changalucha J, Todd J, Mugeye K, et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania. II. The effectiveness of antenatal syphilis screening and single-dose benzathine penicillin treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes. *J Infect Dis* 2002; 186:948–57.
- Ingraham N. The value of penicillin alone in prevention and treatment of congenital syphilis. *Acta Derm Venereol* 1951; 31:60–80.
- Gerbase AC, Rowley JT, Heymann DH, Berkley SF, Piot P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs. *Sex Transm Infect* 1998; 74:S12–6.
- Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004; 82:439–46.
- Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : guide de pratiques essentielles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
- Prise en charge des problèmes du nouveau-né*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- Willams K. Screening for syphilis in pregnancy: an assessment of the costs and benefits. *Community Med* 1985; 7:37–42.
- Connor N, Roberts J, Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United Kingdom: a cost effectiveness analysis. *J Med Screen* 2000; 7:7–13.
- Terris-Prestholt F, Watson-Jones D, Mugeye K, Kumaranayake L, Ndeki L, Weiss H, et al. Is antenatal syphilis screening still cost effective in sub-Saharan Africa. *Sex Transm Infect* 2003; 79:375–81.
- Phaosavasdi S, Snidvongs W, Thasanapradit P, Asavapiriyanon S, Ungthavorn P, Bhongsvej S, et al. Cost-benefit analysis of diagnosis and treatment of syphilis in pregnant women. *J Med Assoc Thai* 1987; 70:90–5.
- Bronzan RN, Mwesigwa-Kayongo DC, Narkunas D, Schmid GP, Neilsen GA, Ballard RC, et al. On-site rapid antenatal syphilis screening with an immunochromatographic strip improves case detection and treatment in rural South African clinics. *STD 2007* (sous presse).
- Jenniskens F, Obwaka E, Kirisuah S, Moses S, Yusufali FM, Achola JO, et al. Syphilis control in pregnancy: decentralization of screening facilities to primary care level, a demonstration project in Nairobi, Kenya. *Int J Gynaecol Obstet* 1995; 48:S121–8.
- Fonck K, Claeys P, Bashir F, Bwayo J, Franssen L, Temmerman M. Syphilis control during pregnancy: effectiveness and sustainability of a decentralized program. *Am J Public Health* 2001; 91:705–7.
- Hossain M. The elimination of congenital syphilis: a comparison of national policies to the WHO proposed action plan. *STD 2007* (sous presse).
- Chequer P, Pimento C, Barrios I, Britos I. *Bases técnicas para eliminação da sífilis congênita* (Bases techniques pour l'élimination de la syphilis congénitale). Brasília, Brésil : Programme national de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida, Ministère de la Santé, 1999.

25. *Diretrizes para o Controle da Sífilis Congênita* (Lignes directrices pour la lutte contre la syphilis congénitale). Brasília, Brésil : Programme national de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida, Ministère de la Santé, 2005.
26. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004 ; 82:410–6.
27. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *Br Med Bull* 2003; 67:59–72.
28. Santarelli C. *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
29. Anselmi M, Moreira JM, Caicedo C, Guderian R, Tognoni G. Community participation eliminates yaws in Ecuador. *Trop Med Int Health* 2003; 8:634–8.
30. Zuma K, Lurie MN, Williams BG, Mkaya-Mwamburi D, Garnett GP, Sturm AW. Risk factors of sexually transmitted infections among migrant and non-migrant sexual partnerships from rural South Africa. *Epidemiol Infect* 2005; 133:421–8.
31. Thomas J. HIV infection elevates Kenyan sex workers' STI risk, which rises further as immunosuppression increases. *Int Fam Plan Perspect* 2005; 31:44.
32. Duda RB, Darko R, Adanu RM, Seffah J, Anarfi JK, Gautam S, et al. HIV prevalence and risk factors in women of Accra, Ghana: results from the women's health study of Accra. *Am J Trop Med Hyg* 2005; 73:63–6.

Annexe 1. Tests de diagnostic de la syphilis chez l'adulte et de la syphilis congénitale

Tableau A1.1 Caractéristiques des tests de diagnostic de la syphilis^a

	Pour les sujets présentant une ulcération ou une autre lésion				Pour le dépistage				
	Microscopie sur fond noir	Détection de l'antigène (DFA-TP)	Détection de l'ADN (PCR et PCR-TR)	Tests non tréponémiques	Tests tréponémiques	Test rapide	EIA	TPHA/TPPA	FTA-ABS
Sensibilité	74–86 %	73–100 %	91 %	RPR 86–100 %	VDRL 78–100 %	84–98 %	82–100 %	85–100 %	70–100 %
Spécificité	85–97 %	89–100 %	99 %	93–98 %	98–100 %	94–98 %	97–100 %	98–100 %	94–100 %
Facilité d'utilisation	facile	moyenne	complexe	facile	facile	facile	moyenne	complexe	complexe
Niveau d'utilisation	salle d'examen, laboratoire sur place	laboratoire intermédiaire ou de recours	laboratoire de recours	salle d'examen, laboratoire sur place	salle d'examen, laboratoire sur place	salle d'examen, laboratoire sur place	laboratoire intermédiaire ou de recours	laboratoire de recours	laboratoire de recours
Matériel	microscopie optique avec condensateur à fond noir	microscopie à fluorescence	microcentrifugeuse, thermocycleur, étuve, lecteur de plaques de microtitration à cupules	agitateur	microscopie optique	néant	étuve, laveur et lecteur de plaques de microtitration à cupules	étuve, laveur et lecteur de plaques de microtitration à cupules	microscopie à fluorescence
Formation	approfondie	moyenne	approfondie	minimale	minimale	minimale	moyenne	approfondie	approfondie
Coût moyen	US \$0,40	US \$3	US \$14 (cela comprend la détection de <i>Haemophilus ducreyi</i> et du virus <i>Herpes simplex</i>)	US \$0,50	US \$0,50	US \$0,55–3,0	US \$3	US \$3	US \$3
Observations	La présence de débris ou de tréponèmes endogènes peut compromettre la spécificité		La PCR-TR est 100 fois plus sensible que la PCR-ADN, mais ni l'une ni l'autre ne peuvent faire la distinction entre <i>T. pallidum</i> et <i>T. pertenue</i>	Pour le test RPR, la plupart des réactifs doivent être réfrigérés	Les réactifs doivent être réfrigérés	La plupart des tests peuvent être stockés à la température ambiante pendant 9 à 18 mois	Permet un dépistage à fort rendement	Test de confirmation ; ne fait pas la distinction entre une infection antérieure traitée et une infection active	Test de confirmation ; ne fait pas la distinction entre une infection antérieure traitée et une infection active

^a DFA-TP : test d'immunofluorescence directe pour la détection de *Treponema pallidum* ; RPR : test rapide de mise en évidence de la réagine plasmatique ; VDRL : test du Veneral Diseases Research Laboratory ; EIA : test immuno-enzymatique ; TPHA/TPPA = test d'hémagglutination du *Treponema pallidum*/test d'agglutination des particules de *Treponema pallidum* ; FTA-ABS : réaction d'immunofluorescence absorbée ; PCR = amplification génique ; PCR-TR : PCR en temps réel.

Tableau A1.3 Outils applicables à la lutte contre la syphilis maternelle et congénitale dans différents contextes^a

	Tests de diagnostic/dépistage			Surveillance	
	Niveau local	Laboratoire régional	Laboratoire de référence	Sites sentinelles	Laboratoire de référence
Syphilis maternelle					
Symptomatique	Néant	Microscopie sur fond noir ; DFA-TP	Tests moléculaires comme la PCR	Microscopie sur fond noir ; DFA-TP	Tests moléculaires
Asymptomatique	RPR Tests tréponémiques rapides	RPR/VDRL EIA Tests tréponémiques rapides	RPR/VDRL EIA TPHA/TPPA FTA-ABS Immunoblot	RPR/VDRL Tests tréponémiques rapides EIA	EIA TPHA/TPPA FTA-ABS
Syphilis congénitale^b					
Symptomatique	Néant	Microscopie sur fond noir ; DFA-TP	Tests moléculaires comme la PCR	Microscopie sur fond noir ; DFA-TP	Tests moléculaires
Asymptomatique ^c	Néant	RPR/VDRL Détection des anticorps IgM par EIA	RPR/VDRL Détection des anticorps IgM par EIA	RPR/VDRL Tests tréponémiques rapides EIA	Détection des anticorps IgM par EIA

^a DFA-TP : test d'immunofluorescence directe pour la détection de *Treponema pallidum* ; RPR : test rapide de mise en évidence de la réagine plasmatique ; VDRL : test du Venereal Diseases Research Laboratory ; EIA : test immuno-enzymatique ; TPHA/TPPA = test d'hémagglutination du *Treponema pallidum*/test d'agglutination des particules de *Treponema pallidum* ; FTA-ABS : réaction d'immunofluorescence absorbée ; PCR = amplification génique.

^b En raison de l'absence de test sensible et spécifique pour le diagnostic de la syphilis congénitale, il faudrait administrer un traitement à tous les nouveau-nés dont la mère est atteinte de syphilis.

^c Il n'est pas recommandé de procéder au sérodiagnostic chez un enfant né de mère infectée qui réagit aux tests tréponémiques en raison du transfert passif des anticorps IgG à travers le placenta. Une syphilis congénitale présumée peut être confirmée si le titre RPR chez le nourrisson est plus de quatre fois plus élevé que le titre maternel ; cependant, un résultat négatif n'exclut pas la présence de la syphilis chez le nourrisson.

Annexe 2a. Norme pour la prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis

1. Prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis^a

La norme

Il faudrait procéder au dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes à l'occasion de la première consultation prénatale pendant le premier trimestre de la grossesse et refaire le dépistage à la fin de la grossesse. Au moment de l'accouchement, il faudrait pratiquer un test – ou un deuxième test – chez les femmes qui, pour une raison ou une autre, n'ont pas eu de résultat de test. Les femmes chez lesquelles le test est positif doivent recevoir un traitement et être informées qu'il est important pour elles de se soumettre au dépistage de l'infection à VIH. Leurs partenaires devraient eux aussi recevoir un traitement et il faudrait établir des plans pour soigner leur enfant à la naissance.

But

Réduire la morbidité maternelle, les décès foetaux ainsi que la morbidité et la mortalité néonatales dues à la syphilis.

Conditions requises

- Il existe une politique nationale et des lignes directrices adaptées localement pour la prévention, la prise en charge et le traitement de la syphilis chez la femme enceinte, et elles sont correctement appliquées.
- Toutes les femmes ont accès à des soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum.
- Les prestataires de soins sont familiarisés avec la prévention de la syphilis, le dépistage pendant la grossesse, le traitement des femmes enceintes séropositives et de leurs partenaires, la prophylaxie et le traitement chez le nouveau-né, l'action de conseil pour la prévention des IST et les moyens de prévenir une réinfection pendant la grossesse en encourageant l'utilisation du préservatif.
- Les dispensaires prénatals et les maternités disposent d'une méthode pour le dépistage sur place.

- Les fournitures nécessaires pour les tests de diagnostic de la syphilis sont disponibles dans les dispensaires prénatals et les services de laboratoire à tous les niveaux du système de santé.
- Il existe des centres et services qui garantissent la qualité des tests de diagnostic de la syphilis en laboratoire dans tout le système de santé.
- Les dispensaires prénatals, les maternités et les dispensaires postnatals disposent de pénicilline.
- Il existe un système d'orientation-recours en état de fonctionnement qui permet d'envoyer pour traitement à un niveau supérieur les femmes enceintes allergiques à la pénicilline.
- Il existe pour les femmes enceintes un bon système de suivi et d'information pour la syphilis.
- Une action d'éducation sanitaire est menée pour faire comprendre aux individus, aux familles et à la population qu'il est important que les femmes enceintes se rendent dans les dispensaires prénatals au début de leur grossesse aux fins de la prévention et du traitement de la syphilis.

Application de la norme

Pour appliquer la norme, les agents de santé maternelle et néonatale, en particulier les accoucheuses qualifiées, doivent s'acquitter des tâches suivantes :

- Procéder au dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes à l'aide du test rapide de mise en évidence de la réagine plasmatique (RPR) ou d'un autre test rapide pratiqué sur place lors de la première consultation prénatale. Il faudrait de préférence pratiquer le dépistage avant la 16^e semaine de gestation pour éviter une infection congénitale et le pratiquer une nouvelle fois au troisième trimestre de la grossesse.
- Examiner les résultats du test lors des consultations ultérieures et au moment de l'accouchement. Si la femme n'a pas subi de test pendant sa grossesse, il faudrait proposer un dépistage de la syphilis au moment de l'accouchement.

^a *Standards for maternal and newborn care.* Site Web du Département OMS Pour une grossesse à moindre risque : http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html

- Administrer à toutes les femmes à la sérologie positive de la benzathine benzylpénicilline à la dose recommandée d'au moins 2,4 millions d'UI par voie intramusculaire en une seule fois, après avoir exclu une allergie à la pénicilline. En cas d'allergie, l'agent de santé doit procéder à une désensibilisation et administrer la pénicilline s'il a appris à le faire ou adresser la patiente à un niveau de soins plus élevé.
 - Informer les femmes dont le test est positif que leurs partenaires doivent également être soumis au même schéma thérapeutique, tout comme l'enfant le plus tôt possible après la naissance.
 - Apprendre aux femmes dont le test est négatif à se protéger de la syphilis en encourageant l'utilisation du préservatif pendant la grossesse.
 - Rechercher la présence de la syphilis chez toutes les femmes ayant des antécédents d'issue défavorable de la grossesse (avortement, mortinaissance, nouveau-né syphilitique, etc.) et leur administrer un traitement en conséquence.
 - Administrer un traitement aux femmes présentant une maladie clinique ou ayant été exposée par contact avec une personne atteinte de syphilis infectieuse.
 - Rechercher chez toutes les femmes atteintes de syphilis la présence d'autres infections sexuellement transmissibles, notamment l'infection à VIH, et assurer une action de conseil et un traitement en conséquence.
 - Proposer le dépistage du VIH et le conseil volontaires à toutes les femmes séropositives pour la syphilis.
 - Etablir des plans pour soigner l'enfant à la naissance.
 - Consigner les résultats des tests et les détails du traitement dans le registre du service et sur la fiche de consultation prénatale de la femme.
- en charge et le traitement de la syphilis chez la femme enceinte, qui sont correctement appliquées.
- Proportion des structures de santé assurant des consultations prénatales qui disposent de fournitures suffisantes pour proposer sur place le dépistage de la syphilis.
 - Réserves de fournitures pour pratiquer les tests de dépistage de la syphilis dans les services de santé au niveau primaire.
 - Réserves de pénicilline dans les services de santé au niveau primaire (y compris les consultations prénatales et les soins obstétricaux).
 - Les prestataires de soins savent quand et comment pratiquer le test RPR, le test VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ou le test disponible dans le service.
 - Les prestataires de soins savent quand et comment soigner ou aiguiller les femmes et leur nourrisson atteints de syphilis.

Indicateurs de processus et de résultat

- Couverture des tests RPR (ou tout autre test utilisé) parmi les femmes enceintes qui se présentent aux consultations prénatales.
- Couverture du traitement approprié parmi les femmes enceintes qui se présentent aux consultations prénatales.
- Couverture du dépistage et du traitement parmi les partenaires.
- Couverture du traitement prophylactique des nourrissons asymptomatiques dont la mère est séropositive pour la syphilis.

Indicateurs d'issue

- Incidence de la syphilis congénitale.
- Morbidité et mortalité périnatales et néonatales dues à la syphilis congénitale.
- Taux de mortinatalité.

Contrôle

Indicateurs d'entrée

- Existence d'une politique nationale et de lignes directrices adaptées localement pour la prévention, la prise

Raison d'être

Charges que représentent la maladie et ses conséquences

La syphilis est une infection chronique souvent latente qui comporte quelques étapes reconnaissables sur le plan clinique. Là où la maladie est répandue, la plupart des cas peuvent être asymptomatiques. Même si les estimations varient, on note une issue défavorable de la grossesse chez au moins 50 % des femmes présentant une infection syphilitique aiguë. Selon les estimations, les issues défavorables de la grossesse se répartissent comme suit : 50 % de mortinaissances ou d'avortements spontanés et 50 % de décès périnataux, de cas d'infection grave du nouveau-né ou d'insuffisance pondérale à la naissance. Le taux de mortalité chez les nouveau-nés infectés peut dépasser 10 % (1).

Plus l'infection maternelle est récente, plus le nourrisson risque d'être touché (2). Le plus souvent, la transmission survient pendant les deux derniers trimestres de la grossesse mais le spirochète peut traverser le placenta à tout moment de la grossesse (2). En raison de la similitude clinique avec d'autres pathologies congénitales et des limites des tests diagnostiques, il est difficile de poser un diagnostic précoce chez le nouveau-né (1).

Utilité et efficacité

La lutte contre la syphilis chez les femmes enceintes par le dépistage prénatal universel et le traitement des cas positifs s'est avérée une intervention réalisable d'un bon rapport coût/efficacité (3, 4), notamment si l'on tient compte du coût direct et indirect élevé des complications de la syphilis pendant la grossesse (5) et du fait qu'il existe un traitement efficace et peu coûteux (6-8). Mais, dans les pays à faible revenu, plusieurs problèmes techniques, logistiques et structurels rendent difficiles à la fois la détection des cas par le dépistage prénatal et le traitement (4, 9), d'où une mortalité périnatale évitable (10, 11).

Des tests non tréponémiques comme le RPR et le VDRL constituent d'utiles indicateurs de l'infection et sont plus faciles et moins coûteux à pratiquer que les tests tréponémiques. Leur sensibilité augmente du stade primaire au stade secondaire de la syphilis, tandis que leur spécificité

est généralement élevée en l'absence de pathologie chronique sous-jacente (7) ; ils sont donc utiles pour le suivi après le traitement (6-8, 12). Chez les sujets touchés, les titres augmentent généralement avec l'infection et diminuent après le traitement (7). Le test RPR pratiqué sur place est rapide et simple à utiliser et permet d'administrer le traitement immédiatement, le cas échéant ; ce « protocole rapide » s'est montré d'un bon rapport coût/efficacité là où la prévalence de la syphilis est supérieure à 0,15 % (13). Néanmoins, ces tests peuvent donner des résultats faux négatifs chez la mère touchée ou son enfant (7, 14). Les tests RPR et VDRL peuvent également donner des résultats faux positifs du fait de lésions tissulaires dues à d'autres causes, telles qu'infection virale, vaccination, abus de drogue par voie intraveineuse ou maladie chronique (7). Dans l'idéal, les tests non tréponémiques devraient être confirmés par un test tréponémique. Des tests tréponémiques comme le test d'hémagglutination passive du *Treponema pallidum* (TPHA) ont une sensibilité et une spécificité plus élevées mais ils ne font pas la corrélation avec l'activité de la maladie, sont difficiles et coûteux à pratiquer et ne sont donc pas recommandés pour les services de soins de santé primaires (7, 15, 16). C'est pourquoi, dans les pays moins avancés, compte tenu du manque de ressources et de la prévalence plus élevée de la syphilis, il est justifié d'administrer un traitement à tous les sujets à sérologie RPR positive (12).

Les nouveaux tests tréponémiques pour le diagnostic de la syphilis peuvent être pratiqués sur place. Il existe aujourd'hui des tests de dépistage de la syphilis simples et efficaces qui peuvent même être utilisés au niveau de base des services de santé. Une simple bandelette de papier imprégnée d'antigène tréponémique sert à contrôler une goutte de sang obtenue par piqûre du doigt. Les résultats sont disponibles en quelques minutes. Ces tests diagnostiques sur le lieu de prestation sont précis, abordables et simples à pratiquer. Contrairement aux tests diagnostiques plus anciens, ils n'exigent pas de laboratoire ou de réfrigérateur. En bref, ces nouveaux tests offrent une solution de rechange pratique. Ils pourraient modifier complètement l'approche du dépistage de la syphilis jusque dans les dispensaires isolés. Parce que les résultats sont obtenus immédiatement, les femmes peuvent être soumises à un test et recevoir un trai-

tement à l'occasion de la même consultation. Les nouveaux tests ne coûtent que US \$0,93 à 1,44 par femme examinée (16). Bien que ce chiffre soit plus élevé que pour les tests standard antérieurs, les nouveaux tests présentent en fait un meilleur rapport coût/efficacité car on peut examiner et soigner à temps davantage de femmes et donc éviter davantage de cas de syphilis congénitale. D'après les estimations, les nouveaux tests tréponémiques rapides ne coûtent que US \$7 par cas de syphilis congénitale évité (17).

Un traitement approprié à la pénicilline élimine généralement l'infectivité en 24 à 48 heures. Une analyse de la Cochrane Collaboration (18) montre que, même si la pénicilline est incontestablement efficace pour traiter la syphilis pendant la grossesse et prévenir la syphilis congénitale, des incertitudes subsistent quant au schéma thérapeutique optimal (dose, durée et préparation) (18). La benzylpénicilline, administrée en une seule dose par voie parentérale, est le médicament de choix pour le traitement des femmes enceintes et la prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis (6-8, 18).

Cependant, une dose unique ne permet pas de traiter la syphilis latente chez la femme enceinte. Compte tenu des faits disponibles, il faudrait désensibiliser les femmes enceintes ayant des antécédents d'allergie à la pénicilline avant de leur administrer le traitement à la benzylpénicilline (8).

Selon les lignes directrices internationales, il est recommandé de pratiquer chez chaque femme séropositive pour la syphilis le dépistage de l'infection à VIH (8). Bien qu'il n'existe pas de preuves concluantes, il se pourrait que la co-infection par le VIH modifie la valeur prédictive des tests diagnostiques (7, 8, 15). La co-infection par le VIH pourrait accroître le risque d'apparition précoce d'une neurosyphilis, de même que le risque d'échec thérapeutique ; c'est pourquoi, dans certaines lignes directrices, il est proposé de modifier les schémas thérapeutiques actuellement recommandés en cas de co-infection par le VIH (6-8) (voir également la norme 1.2 « Prévention et prise en charge des infections sexuellement transmissibles et des infections génitales »).

Le Tableau 1 ci-dessous récapitule les faits provenant des études les plus pertinentes tandis que le Tableau 2 indique les recommandations associées aux lignes directrices concernées. Le niveau de preuve est présenté à l'aide de la méthodologie du NICE qui applique un système de codage de 1 (niveau élevé) à 4 (niveau bas). Pour plus de détails, voir également *Introduction to the Standards for Maternal and Neonatal Care* et *Process to develop the Standards for Maternal and Neonatal Care* sur le site http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/en. Pour un aperçu de la liste complète des bases factuelles, on se reportera à la partie références bibliographiques de la norme.

Tableau 2

Etude (type et niveau de preuve)	Titre et auteur/ organisation	Teneur des recommandations	Observations
8. CDC 2002 Ligne directrice 4	Lignes directrices pour le traitement des maladies sexuellement transmissibles Centers for Disease Control and Prevention, Etats-Unis	<p>Il faudrait procéder au dépistage de l'infection à VIH chez tous les sujets atteints de syphilis.</p> <p>La co-infection par le VIH peut accroître le risque de complication neurologique et d'échec thérapeutique avec les schémas de traitement actuellement recommandés.</p> <p>Il faudrait pratiquer le dépistage sérologique de la syphilis chez toutes les femmes qui se présentent à la première consultation prénatale. Là où la prévalence de la syphilis est élevée, le test sérologique devrait être pratiqué à deux reprises pendant le troisième trimestre de la grossesse.</p> <p>L'administration de pénicilline G par voie parentérale est le seul traitement dont l'efficacité est prouvée contre la syphilis pendant la grossesse.</p> <p>Compte tenu des faits disponibles, les femmes enceintes ayant des antécédents d'allergie à la pénicilline devraient être désensibilisées puis soignées à la pénicilline.</p>	L'administration de benzylpénicilline par voie parentérale a fait la preuve de son efficacité pour le traitement et la prévention de la syphilis depuis plus de 50 ans ; cependant, il n'a pas été fait d'essais comparés satisfaisants pour aider à choisir un schéma thérapeutique optimal (dose, durée et préparation).

Références bibliographiques

- Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004 ; 82:424-30.
- Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004 ; 82:433-8.
- Connor N, Roberts J, Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United Kingdom: a cost effectiveness analysis. *J Med Screen* 2000; 7:7-13.
- Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004 ; 82:402-9.
- Bateman DA, Phibbs CS, Joyce T, Heagarty MC. The hospital cost of congenital syphilis. *J Pediatr* 1997; 130:752-8.
- Musher DM, Hamill RJ, Baughn RE. Effect of human immunodeficiency virus (HIV) infection on the course of syphilis and on the response to treatment. *Ann Intern Med* 1990; 113:872-81.
- US Preventive Services Task Force. Counseling to prevent HIV infection and other sexually transmitted diseases. In: *Guide to clinical preventive services*, 2nd ed. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 1996; 723-37.
- Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines – 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2002; 51:1-80.
- Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004 ; 82:410-6.
- Rotchford K, Lombard C, Zuma K, Wilkinson D. Impact on perinatal mortality of missed opportunities to treat maternal syphilis in rural South Africa: baseline results from a clinic randomized controlled trial. *Trop Med Int Health* 2000; 5:800-4.
- Goldenberg RL, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:861-73.
- Peeling RW, Ye H. Diagnostic tools for preventing and managing maternal and congenital syphilis: an overview. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004 ; 82:439-46.
- Silberstein GS, Coles FB, Greenberg A, Singer L, Voigt R. Effectiveness and cost-benefit of enhancements to a syphilis screening and treatment program at a county jail. *Sex Transm Dis* 2000; 27:508-17.
- Davanzo R, Davanzo R, Antonic C, Puella A, Lincetto O, Schierano S. Neonatal and post-neonatal onset of early congenital syphilis: a report from Mozambique. *Ann Trop Paediatr* 1992; 12:445-50.
- Augenbraun M, Rolfs R, Johnson R, Joesoef R, Pope V, Syphilis and HIV Study Group. Treponemal specific tests for the serodiagnosis of syphilis. *Sex Transm Dis* 1998; 25:549-52.
- Terris-Prestholt F, Watson-Jones D, Mugeye K, Kumaranayake L, Ndeki L, Weiss H, et al. Is antenatal syphilis screening still cost-effective in sub-Saharan Africa? *Sex Transm Infect* 2003; 79:375-81.
- Bronzan RN, Mwesigwa-Kayongo DC, Narkunas D, Schmid GP, Neilsen GA, Ballard RC, Bronzan R, et al. On-Site rapide antenatal syphilis screening with an immunochromatographic strip improves case detection and treatment in rural South African clinics. *STD* 2007 (sous presse).
- Walker GJA. Antibiotics for syphilis diagnosed during pregnancy (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2001; Issue 3. Art. No.: CD001143. DOI:10.1002/14651858. CD001143.

Liens et sources supplémentaires

- Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur : Guide de pratiques essentielles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/rtis_gep/index.htm, consulté le 2 février 2006).
- Annual technical report 2002. Section 3. Controlling sexually transmitted and reproductive tract infections*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (http://www.who.int/reproductive-health/publications/annual_technical_reports/2002/index.html, consulté le 8 mars 2006).
- Le dossier mère-enfant : guide pour une maternité sans risque*. Genève, Organisation mondiale de la Santé ; 1996 (document WHO/FHE/MSM/94.11) (http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_94_11/MSM_94_11_table_of_contents.en.html, consulté le 22 juin 2007).
- Soins à la mère et au nouveau-né dans le centre de santé : guide pratique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1997 (document WHO/FHE/MSM/94.2) (http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_94_2/msm_94_2_1.html, consulté le 22 juin 2007).
- Cloherty JP, Stark A, Eichenwald E. *Manual of neonatal care*. Lippincott Williams & Wilkins; 1998.
- Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : guide de pratiques essentielles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924159084X.pdf>, consulté le 22 juin 2007).

Annexe 2b. Norme pour le traitement préventif et la prise en charge de la syphilis congénitale chez le nouveau-né

La norme

Tous les enfants asymptomatiques dont la mère est séro-positif pour la syphilis devraient recevoir à la naissance à titre prophylactique une dose unique de benzathine pénicilline. Les nouveau-nés présentant des signes cliniques de syphilis congénitale devraient recevoir de la pénicilline cristalline ou de la procaine pénicilline pendant 10 jours. Il faudrait confirmer tous les cas présumés de syphilis congénitale en pratiquant un test chez la mère.

But

Réduire la morbidité et la mortalité néonatales dues à la syphilis congénitale.

Conditions requises

- Il existe une politique nationale et des lignes directrices localement adaptées pour la prévention et la prise en charge de la syphilis congénitale, et elles sont correctement appliquées.
- Toutes les femmes et les familles ont accès à des services de santé maternelle et néonatale.
- Les prestataires de soins qui s'occupent des femmes et des nouveau-nés tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale sont familiarisés avec la prévention et le dépistage de la syphilis pendant la grossesse, le traitement des femmes enceintes séropositives et de leurs partenaires, la détection des signes cliniques de syphilis congénitale et les indications de la prophylaxie et du traitement chez le nouveau-né, l'action de conseil concernant la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), et les moyens de prévenir une réinfection pendant la grossesse en encourageant l'utilisation du préservatif.
- Le matériel et les fournitures nécessaires pour pratiquer les tests sont disponibles à tous les niveaux du système de santé.
- Il y a des réserves de pénicilline à tous les niveaux du système de santé.
- Il existe un système d'orientation-recours en état de fonctionnement qui permet d'adresser les nourrissons

atteints de syphilis congénitale à un centre de soins spécialisés.

- Il existe une unité d'orientation-recours accessible où des soins spécialisés peuvent être dispensés pour la syphilis congénitale.
- Il existe un bon système de suivi et d'information pour la syphilis.
- Une action d'éducation sanitaire est menée pour mieux sensibiliser les individus, les familles et la population à l'importance du dépistage de la syphilis pendant la grossesse, de la présence d'une accoucheuse qualifiée à l'accouchement et du suivi durant la période post-natale pour la prévention et le traitement de la syphilis néonatale et des IST en général, y compris l'infection à VIH.

Application de la norme

Les accoucheuses qualifiées et d'autres prestataires de soins qui aident les femmes et leur enfant à la naissance et pendant la période postnatale doivent s'acquitter des tâches suivantes :

1. Vérifier la fiche de consultation prénatale de toutes les femmes qui accouchent et les soumettre à un test et à un traitement en fonction des besoins (voir la norme concernant la *Prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis*).
2. Examiner avec soin les nouveau-nés dont la mère a eu un test positif pour la syphilis à un moment quelconque de sa grossesse ou à l'accouchement afin de repérer des signes éventuels de syphilis congénitale.
3. Administrer par voie intramusculaire de la benzathine pénicilline G (50 000 unités/kg de poids corporel) en une seule dose aux nourrissons asymptomatiques dont la mère a eu un test positif pour la syphilis.
4. Chez les enfants symptomatiques, confirmer le diagnostic en soumettant la mère à un test rapide.
5. Administrer par voie intramusculaire la première dose de pénicilline cristalline aqueuse (50 000 unités/kg de poids corporel) ou de procaine pénicilline G (50 000 unités/kg de poids corporel) aux enfants symptoma-

tiques dont la mère a eu un test positif pour la syphilis et les adresser à un service de soins spécialisés pour un traitement de 10 jours consécutifs.

6. Informer la mère qu'il est important de soigner le nouveau-né, elle-même et son partenaire.
7. Renseigner sur la prévention des IST et sur le dépistage et le conseil volontaires concernant le VIH.
8. Consigner les détails du traitement et de l'orientation-recours sur la fiche de consultation prénatale et dans le registre du service de santé.

Contrôle

Indicateurs d'entrée

- Existence d'une politique nationale et de lignes directrices adaptées localement pour la prévention et le traitement de la syphilis congénitale, qui sont correctement appliquées.
- Réserves de médicaments et de fournitures pour le traitement des adultes et des nourrissons dans les services de santé.

Indicateurs de processus et de résultat

- Proportion de nouveau-nés asymptomatiques de mère séropositive pour la syphilis qui ont été convenablement soignés avec une dose unique de pénicilline.
- Proportion de nouveau-nés symptomatiques adressés à un autre service pour traitement de la syphilis congénitale.
- Proportion de nouveau-nés symptomatiques correctement soignés à la pénicilline pendant 10 jours consécutifs.

Indicateurs d'issue

- Réduction de l'incidence de la syphilis congénitale.
- Réduction de la mortalité néonatale et infantile due à la syphilis.
- Réduction de la morbidité néonatale et infantile due à la syphilis.

Raison d'être

Charge que représentent la maladie et ses conséquences

Selon les estimations de l'OMS, la syphilis maternelle est chaque année responsable d'au moins 500 000 avortements spontanés ou mortinaissances, tout comme de la naissance de 500 000 enfants prématurés atteints de syphilis congénitale ou présentant une insuffisance pondérale à la naissance (1). Bien que les estimations varient, on enregistre chez au moins 50 % des femmes atteintes d'infection syphilitique aiguë des issues défavorables de la grossesse qui, selon les estimations, se répartissent comme suit : 50 % de mortinaissances ou d'avortements spontanés et 50 % de décès périnataux, de cas d'infection grave du nouveau-né ou d'insuffisance pondérale à la naissance (1). Même après le traitement, le risque d'issue défavorable est encore 2,5 fois plus élevé chez les femmes atteintes de syphilis pendant la grossesse que chez les femmes non infectées (2). L'infection foetale se produit généralement par voie transplacentaire ou à l'accouchement (3).

La syphilis congénitale peut être asymptomatique, notamment lors des premières semaines de la vie de l'enfant, dans environ 50 % des cas (4). Généralement, les symptômes apparaissent durant les premiers mois de la vie, mais il arrive que les signes cliniques ne se manifestent que la deuxième année (4). Les signes cliniques les plus fréquents de syphilis congénitale à la naissance sont les suivants : hépatosplénomégalie, malformations faciales, oedème, météorisme abdominal, pâleur, lésions cutanées, fièvre et insuffisance pondérale (4, 5). Les taux de létalité signalés pour la syphilis congénitale symptomatique en Afrique varient entre 15 % au Mozambique et 38 % en Afrique du Sud (4, 5).

Les principaux facteurs qui contribuent à la syphilis congénitale sont l'absence de soins prénatals, l'absence de dépistage des femmes enceintes, la présence d'un test négatif pendant le premier trimestre sans qu'un nouveau test soit pratiqué plus tard, le traitement tardif ou l'échec du traitement prénatal (6).

Utilité et efficacité

L'accord est général sur la nécessité d'examiner avec soin tous les enfants nés de mère séropositive pour la syphilis afin de déceler des signes de syphilis congénitale et d'évaluer leur état, si possible par un test sérologique non tréponémique quantitatif (RPR ou VDRL) (2). Il faut cependant noter que l'utilité et l'efficacité de cette méthode dans les pays moins avancés sont encore contestées.

Poser le diagnostic clinique de syphilis congénitale à la naissance est difficile parce que la maladie est cliniquement semblable à d'autres infections congénitales et que les tests sérologiques disponibles présentent certaines limites (5). Dans une proportion de cas pouvant aller jusqu'à 45 %, les seules indications pour le clinicien sont les antécédents maternels de syphilis et des signes non spécifiques chez le nourrisson tels que fièvre, insuffisance pondérale à la naissance ou lésions cutanées (5).

La pratique d'un test chez tous les enfants asymptomatiques dont la mère a eu un test positif pour la syphilis a pour but la détection et le traitement rapides de la maladie, approche qui est suivie dans les pays développés (7). Toutefois, si une femme contracte la syphilis vers la fin de sa grossesse, le nouveau-né n'aura pas forcément une sérologie positive. D'autre part, on peut avoir chez le nouveau-né un résultat faux positif parce que la mère lui a transféré des anticorps. Ces difficultés de diagnostic et les problèmes logistiques fréquents dans les zones démunies peuvent compromettre sérieusement la mise en oeuvre des programmes de prévention de la syphilis congénitale dans les pays moins avancés.

Une étude a montré que l'administration d'une dose unique de benzathine pénicilline permettrait de prévenir la syphilis chez les nourrissons asymptomatiques à haut risque (dont la mère présentait un titre VDRL \geq 1:32, mais qui n'avait pas été soignée) (8). Une autre étude consistant à comparer l'administration d'une dose unique de benzathine pénicilline et l'administration pendant 10 jours consécutifs de procaine pénicilline pour traiter la syphilis congénitale asymptomatique n'a pas fait ressortir de différence entre les deux schémas thérapeutiques (9). Ainsi, dans les zones démunies, l'administration d'une dose unique de benza-

thine pénicilline (50 000 unités/kg de poids corporel), indépendamment du traitement maternel et sans test diagnostique supplémentaire, est une option acceptable et peut-être préférable (4).

Dans le cas des nourrissons symptomatiques, il est recommandé d'administrer de la pénicilline G cristalline aqueuse (100 000 à 150 000 unités/kg de poids corporel par jour), par voie intramusculaire ou intraveineuse, ou de la benzathine pénicilline G (50 000 unités/kg de poids corporel par jour), par voie intramusculaire, pendant 10 jours consécutifs (4). Si plus d'un jour de traitement est manqué, il faut reprendre tout le traitement. Les données sont insuffisantes pour que l'on puisse recommander l'utilisation d'autres antimicrobiens.

Le principal problème que pose l'application de ces recommandations est la disponibilité des médicaments et la capacité à les administrer. Pour donner de bons résultats, les stratégies de santé publique visant à réduire la charge de la syphilis congénitale exigent le développement de la couverture des consultations prénatales, la détection et le traitement rapides pendant la grossesse, la détection et le traitement des partenaires, la modification des comportements à haut risque et la promotion de l'accès aux soins et de leur utilisation.

Voir également la norme concernant la *Prévention de la transmission mère-enfant de la syphilis*.

Références bibliographiques

1. Stoner B, Schmid G, Guraiib M, Adam T, Broutet N. Use of maternal syphilis seroprevalence data to estimate the global morbidity of congenital syphilis. Amsterdam: Meeting of the International Society for Sexually Transmitted Diseases Research (ISSTD); July 10-13 2005 (Abstract # 699).
2. Lumbiganon P, Piaggio G, Villar J, Pinol A, Bakketeig L, Bergsjö P, et al. The epidemiology of syphilis in pregnancy. *Int J STD AIDS* 2002; 13(7):486-94.
3. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004 ; 82:433-8.
4. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2008 ; 82:424-30.

5. Davanzo R, Antonio C, Pulella A, Lincetto O, Schierano S. Neonatal and post-neonatal onset of early congenital syphilis: a report from Mozambique. *Ann Trop Paediatr* 1992; 12:445-50.
6. Deperthes BD, Meheus A, O'Reilly K, Broutet N. Maternal and congenital syphilis programmes: case studies in Bolivia, Kenya and South Africa. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004 ; 82 :410-6.
7. *1998 guidelines for treatment of sexually transmitted diseases*. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Morb Mort Wkly Rep* 1998; 47:1-11.
8. Radcliffe M, Meyer M, Roditi D, Malan A. Single-dose benzathine penicillin in infants at risk of congenital syphilis - results of a randomised study. *S Afr Med J* 1997; 87:62-5.
9. Paryani SG, Vaughn AJ, Crosby M, Lawrence S. Treatment of asymptomatic congenital syphilis: benzathine versus procaine penicillin G therapy. *J Pediatr* 1994; 125:471-5.

Liens et sources supplémentaires

1. *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.
2. Gloyd S, Chai S, Mercer MA. Antenatal syphilis in sub-Saharan Africa: missed opportunities for mortality reduction. *Health Policy Plan* 2001; 16:29-34.
3. Wilkinson D, Sach M, Connolly C. Epidemiology of syphilis in pregnancy in rural South Africa: opportunities for control. *Trop Med Int Health* 1997; 2:57-62.
4. Temmerman M, Mohameli F, Frasen L. Syphilis prevention in pregnancy: an opportunity to improve reproductive and child health in Kenya. *Health Policy Plan* 1993; 8:122-7.
5. McFarlin BL, Bottoms SF, Dock BS, Isada NB. Epidemic syphilis: maternal factors associated with congenital infection. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:535-40.
6. Chang SN, Chung KY, Lee MG, Lee JB. Seroreversion of the serological tests for syphilis in the newborns born to treated syphilitic mothers. *Genitourin Med* 1995; 71:68-70.

Annexe 3. Cibles et indicateurs

En mai 2006, la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, reconnaissant l'importance de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et leurs complications, et notamment l'importance de l'élimination de la syphilis congénitale, a adopté une stratégie de lutte contre les infections sexuellement transmissibles.^a Cette stratégie mondiale propose un cadre grâce auquel les pays pourront améliorer et accélérer leurs programmes nationaux de lutte contre les IST et veiller à ce qu'ils soient bien intégrés et reliés à d'autres services de santé sexuelle et génésique comme les services de planification familiale et de santé maternelle, y compris les interventions pratiques de lutte contre la syphilis congénitale.

Dans la stratégie mondiale de lutte contre les IST, des indicateurs clés et des cibles au niveau national ont été recommandés, comme suit :

Cibles :

- i. Dépistage de la syphilis pour plus de 90 % des femmes de 15 à 24 ans qui consultent les services prénatals pour la première fois ;
- ii. D'ici 2015, traitement adéquat pour plus de 90 % des femmes séropositives pour la syphilis.

Indicateur :

Proportion de femmes enceintes de 15 à 24 ans vues en consultation prénatale qui sont séropositives pour la syphilis.

Toutefois, on trouvera ci-après d'autres exemples de cibles et d'indicateurs susceptibles d'être utilisés pour suivre les activités en vue de l'élimination de la syphilis congénitale ; la liste définitivement adoptée par un pays dépendra de sa situation.

Couverture, acceptation des services et dépistage

Cible :

Prise en charge de plus de 90 % des femmes enceintes par des agents de santé qualifiés avant la 12^e semaine de gestation.

Indicateur :

Proportion de femmes enceintes prises en charge par un agent de santé qualifié avant la 12^e semaine de gestation (nombre de femmes enceintes prises en charge par un agent de santé qualifié avant la 12^e semaine de gestation/nombre total de femmes enceintes prises en charge par un agent de santé qualifié).

Cible :

Dépistage de la syphilis chez plus de 90 % des femmes enceintes prises en charge par un agent de santé qualifié pendant leur grossesse.

Indicateur :

Proportion de femmes enceintes prises en charge par un agent de santé qualifié qui ont été soumises au dépistage de la syphilis (nombre de femmes enceintes prises en charge par un agent de santé qualifié qui ont été soumises au dépistage de la syphilis/nombre total de femmes prises en charge par un agent de santé qualifié).

Cible :

Traitement approprié^b de toutes (100 %) les femmes enceintes séropositives pour la syphilis prises en charge par un agent de santé qualifié pendant leur grossesse.

Indicateur :

Proportion de femmes enceintes séropositives pour la syphilis qui reçoivent un traitement approprié (nombre de femmes enceintes prises en charge par un agent de santé qualifié qui ont été soumises au dépistage de la syphilis, dont le test sérologique est positif pour la syphilis et qui reçoivent un traitement approprié/nombre total de femmes enceintes prises en charge par un agent de santé qualifié et dont le test de dépistage sérologique de la syphilis est positif).

a http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_19-fr.pdf.

b On entend par « traitement approprié » l'administration d'au moins une dose de benzathine benzylpénicilline ou un traitement de remplacement.

Cible :

Recensement des cas et traitement avec au moins une dose de benzathine benzylpénicilline pour plus de 80 % des partenaires de femmes enceintes infectées.

Indicateur :

Proportion de partenaires de femmes enceintes infectées qui ont été soignés (nombre de femmes enceintes séropositives pour la syphilis et soignées de façon appropriée dont les partenaires sont repérés et soignés/nombre de femmes enceintes séropositives pour la syphilis qui ont été soignées de façon appropriée).

Cible :

Dépistage de la syphilis chez toutes (100 %) les femmes enceintes ayant accouché en présence d'un agent de santé qualifié et qui n'avaient jamais été soumises à un test de dépistage de la syphilis pendant leur grossesse.

Indicateur :

Proportion de femmes enceintes non soumises à un test de dépistage de la syphilis pendant leur grossesse mais chez lesquelles un test a été fait au moment de l'accouchement (nombre de femmes non soumises à un test de dépistage de la syphilis pendant leur grossesse mais chez lesquelles un test a été fait au moment de l'accouchement/nombre total de naissances pour les femmes non soumises à un test de dépistage de la syphilis pendant leur grossesse et prises en charge par un agent de santé qualifié).

Cible :

Traitement de tous (100 %) les nourrissons nés de mère séropositive pour la syphilis avec au moins une dose de benzathine benzylpénicilline.

Indicateur :

Proportion de nourrissons soignés avec au moins une dose de benzathine benzylpénicilline dont la mère était séropositive pour la syphilis pendant sa grossesse (nombre de nouveau-nés soignés dont la mère était

séropositive pendant sa grossesse/nombre total de naissances vivantes pour les femmes séropositives).

Indicateur de processus succinct

On pourrait retenir comme indicateur de processus succinct la proportion estimative de femmes enceintes séropositives pour la syphilis (au niveau national) soumises à un test de dépistage et ayant reçu au moins une dose de pénicilline avant la 24^e semaine de gestation.

Cibles et indicateurs d'issue et d'impact

En raison des problèmes de diagnostic (des infections anciennes, des infections traitées, de la syphilis tertiaire, de la syphilis congénitale chez le nouveau-né, etc.), il est difficile de définir des indicateurs d'issue et d'impact. Il n'existe pas pour l'instant d'indicateur d'impact fiable et il faut faire de la recherche opérationnelle pour mettre au point des indicateurs et les valider.

Cibles et indicateurs de processus**Cible :**

Elaboration d'une stratégie nationale d'élimination de la syphilis congénitale comprenant des plans relatifs aux éléments suivants (qui serviront d'*indicateurs*) :

- mise à disposition de lignes directrices générales et de matériels de formation ;
- mise à disposition de tests (matériel et fournitures) et de médicaments appropriés ;
- mise en oeuvre d'un système de suivi et d'évaluation.

