

**MALADIES
INFECTIEUSES**

MARS 2024

ÉTUDES ET ENQUÊTES

**INVESTIGATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE
À LA SUITE DU SIGNAL D'UNE HAUSSE
DE CAS DE SYPHILIS CONGÉNITALE
AU CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST
GUYANAIS EN 2021**

RÉGION

GUYANE

Résumé

Investigation épidémiologique à la suite du signal d'une hausse de cas de syphilis congénitale au centre hospitalier de l'ouest guyanais en 2021

Introduction

En mars 2022, le service de gynécologie-obstétrique du Centre hospitalier de l'Ouest guyanais (CHOG) a signalé à l'Agence régionale de santé de Guyane une forte augmentation depuis 2021 du nombre de femmes enceintes ayant une sérologie positive à la syphilis s'accompagnant d'une augmentation inquiétante du nombre de syphilis congénitale. Les données hospitalières ont permis de confirmer une hausse circonscrite à l'Ouest guyanais et le long du fleuve Maroni.

Afin de mieux caractériser la situation épidémiologique de la syphilis dans l'Ouest guyanais depuis 2020 et le profil des femmes à risque, une investigation complémentaire a été mise en place par la cellule Guyane de Santé publique France.

Méthode

Une analyse descriptive des tendances épidémiologiques de la syphilis en population générale dans l'Ouest guyanais de 2020 à 2022 ainsi que des caractéristiques des femmes enceintes suivies au CHOG en 2021 et 2022 et ayant une sérologie syphilis positive a été réalisée à partir des données biologiques et des dossiers médicaux du CHOG.

Résultats

Entre 2020 et 2022, plus de 9 000 personnes ont été dépistées en moyenne chaque année au CHOG et le taux de positivité a été multiplié par 17 pendant cette période.

En 2021, 51 femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse ont été suivies au CHOG, et parmi elles, 22 ont accouché d'un enfant ayant une syphilis congénitale confirmée ou probable. Sur la période 2021-2022, près de 80 % des femmes enceintes atteintes de syphilis ont été diagnostiquées au 2^e ou 3^e trimestre de grossesse et 90 % d'entre elles n'ont pas bénéficié d'un suivi de grossesse conforme aux recommandations (nombre de consultations et d'échographies, trimestre de première consultation et/ou nombre de sérologies). En comparaison aux femmes dont l'enfant est né indemne de l'infection, celles ayant accouché d'un nouveau-né souffrant de syphilis congénitale en 2021 étaient plus jeunes (21 ans contre 24 ans), l'enfant était plus souvent prématuré (38 % des cas contre 11 %) et le traitement a été administré plus tardivement au cours de la grossesse. Près d'une femme sur cinq dont l'enfant est né avec une syphilis congénitale s'est contaminée pendant sa grossesse.

Conclusion

L'élimination de la syphilis congénitale est définie comme une priorité de santé publique par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'augmentation des séjours pour syphilis chez les femmes enceintes s'accompagnant d'une baisse des séjours pour syphilis congénitale chez les enfants en 2022 au CHOG semble montrer l'efficacité des mesures mises en place dès 2021 pour améliorer le dépistage et la prise en charge des femmes ayant une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse (3 dépistages au cours de la grossesse, protocole et parcours de prise en charge). Deux enjeux majeurs de la lutte contre la syphilis congénitale dans l'Ouest guyanais ont été identifiés : le dépistage précoce de la syphilis au cours de la grossesse et le dépistage et le traitement des partenaires. Des actions doivent être mises en place afin d'atteindre la cible fixée par l'OMS de moins de 50 cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances d'ici 2030.

MOTS CLÉS : GUYANE, SYPHILIS, SYPHILIS CONGÉNITALE, GROSSESSE, INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE, INVESTIGATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Citation suggérée : Devos S, Guyot M, Succo T, Hcini N, Investigation épidémiologique à la suite du signal d'une hausse de cas de syphilis congénitale au centre hospitalier de l'ouest guyanais en 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2024. 30 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-2174 - ISBN-NET : 979-10-289-0899-7 - RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - DÉPÔT LÉGAL : MARS 2024

Abstract

Epidemiological Investigation Following an Increase in Congenital Syphilis Cases at the Ouest Guyanais Hospital Center in 2021

Introduction

In March 2022, the Gynecology-Obstetrics department of the Ouest Guyanais Hospital Center (CHOG, Center Hospitalier de l'Ouest Guyanais) reported to the French Guiana Regional Health Agency a significant increase since 2021 in the number of pregnant women with positive syphilis serology, accompanied by a concerning rise in congenital syphilis cases. Hospital data confirmed a localized increase in the western region of French Guiana and along the Maroni River. To better characterize the epidemiological situation of syphilis in this area since 2020 and the profile of at-risk women, an additional investigation was conducted by the French Guiana office of Santé publique France, the French national public health agency.

Method

Using biological data and medical records from CHOG, we conducted a descriptive analysis of the epidemiological trends for syphilis in the general population of western French Guiana from 2020 to 2022, and of the characteristics of pregnant women with positive syphilis serology followed at CHOG in 2021 and 2022.

Results

Between 2020 and 2022, over 9,000 individuals were screened on average each year at CHOG, and the positivity rate increased by a factor of 17 during this period. In 2021, 51 pregnant women with positive syphilis serology during pregnancy were followed at CHOG; among them, 22 delivered infants with confirmed or probable congenital syphilis. From 2021 to 2022, nearly 80% of pregnant women with syphilis were diagnosed in the 2nd or 3rd trimester, 90% of whom did not receive adequate pregnancy follow-up according to recommendations (number of consultations and ultrasounds, trimester of first consultation, and/or number of serologies). Compared to women whose child was born without infection, those who delivered infants with congenital syphilis in 2021 were younger (21 years vs 24 years), the child was more often premature (38% vs 11%), and treatment was administered later in pregnancy. Nearly one in five women whose child was born with congenital syphilis contracted the infection during pregnancy.

Conclusion

The elimination of congenital syphilis is defined as a public health priority by the World Health Organization (WHO). The increase in hospitalizations for syphilis in pregnant women, coupled with a decrease in congenital syphilis cases among children in 2022 at CHOG, appears to demonstrate the effectiveness of measures implemented in 2021 to improve screening and management of women with positive syphilis serology during pregnancy (three screenings during pregnancy, treatment protocol and care pathway). Two major challenges in the fight against congenital syphilis in western French Guiana have been identified: early screening for syphilis during pregnancy, and screening and treatment of partners. Actions must be put into place in order to achieve the WHO target of fewer than 50 cases of congenital syphilis per 100,000 births by 2030.

KEY WORDS: FRENCH GUIANA, SYPHILIS, CONGENITAL SYPHILIS, PREGNANCY, SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION, EPIDEMIOLOGICAL INVESTIGATION

Suggested Citation: Devos S, Guyot M, Succo T, Hcini N, Epidemiological Investigation Following an Increase in Congenital Syphilis Cases at the Ouest Guyanais Hospital Center in 2021. Saint-Maurice: Santé publique France, the national public health agency, 2024. 30 p. Available from URL: www.santepubliquefrance.fr

Rédacteurs

Dr Sophie Devos, médecin épidémiologiste, Cellule Guyane, Direction des régions, Santé publique France

Marion Guyot, épidémiologiste, Cellule Guyane, Direction des régions, Santé publique France

Tiphanie Succo, responsable, Cellule Guyane, Direction des régions, Santé publique France

Dr Najeh Hcini, gynécologue-obstétricien, Centre hospitalier Ouest Guyanais (CHOG)

Contributeurs

Stéphanie Bernard, sage-femme coordinatrice régionale du Réseau de santé périnatale de Guyane

Dr Lindsay Osei, médecin-chef à la Protection maternelle et infantile (PMI) de Guyane

Dr Adriana Gonzalez, médecin coordinatrice du CEGIDD, Croix-Rouge française à Saint-Laurent-du-Maroni

Dr Balthazar NTab, médecin DIM, Centre Hospitalier Ouest Guyanais (CHOG)

Dr Jean-François Carod, biologiste médical, Centre hospitalier Ouest Guyanais (CHOG)

Dr Milko Sobesky, médecin DIM, Centre hospitalier de Cayenne (CHC)

Dr Sami Zouaoui, médecin DIM, Centre hospitalier de Kourou (CHK)

Relecteurs

Dr Florence Lot, responsable Unité VIH-IST, Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Dr Émilie Chazelle, coordinatrice de la surveillance des IST bactériennes, Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Dr Cheick Kounta, médecin épidémiologiste, Direction des maladies infectieuses, Santé publique France

Table des matières

Résumé	2
Abstract	3
Rédaction	4
Contributeurs de cette investigation	4
Relecture	4
Abréviations	6
1. Contexte et Objectifs.....	7
1.1 Contexte	7
1.2 Alerte et validation du signal	8
1.3 Objectifs.....	10
2. Méthode	11
2.1 Sources de données et modalités de recueil	11
2.2 Définitions de cas.....	11
2.3 Analyse de données	12
2.4 Autorisations réglementaires.....	13
3. Résultats	14
3.1 Activités de dépistage et diagnostic de la syphilis récente dans l'Ouest Guyanais	14
3.2 Description des femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse suivies au CHOG en 2021 et 2022.....	15
3.2.1 Effectif et issue de grossesse	15
3.2.2 Caractéristiques sociodémographiques	17
3.2.3 Suivi de la grossesse.....	17
3.2.4 Diagnostic de la syphilis	18
3.2.5 Traitement de la syphilis	19
3.2.6 Co-infections associées à la syphilis.....	20
3.3 Facteurs associés au diagnostic de syphilis congénitale chez les enfants des femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse suivies au CHOG en 2021	20
4. Discussion et Conclusion.....	23
4.1 Principaux résultats.....	23
4.2 Discussion	24
4.3 Préconisations	26
4.3.1 Traitement précoce des femmes enceintes et des nouveau-nés	26
4.3.2 Dépistage précoce des femmes enceintes	27
4.3.3 Dépistage et traitement des partenaires	28
4.3.4 Surveillance.....	28
Bibliographie	29

Abréviations

ARS	Agence régionale de santé
CDPS	Centres délocalisés de prévention et de soins
CeGIDD	Centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles
CHC	Centre hospitalier de Cayenne
CHK	Centre hospitalier de Kourou
CHOG	Centre hospitalier Ouest Guyanais
CNR	Centre national de référence
DIM	Département d'information médicale
ECDC	<i>European Center for Disease Control</i>
EMSPEC	Équipe mobile de santé publique en commune
EPU	Enseignement post-universitaire
IgM	Immunoglobulines M
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RPR	<i>Rapid Plasma Reagin</i>
SA	Semaines d'aménorrhée
Trod	Test rapide d'orientation diagnostique
TT	Test tréponémique
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WB	<i>Western Blot</i>

1. CONTEXTE ET OBJECTIFS

1.1 Contexte

La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) très contagieuse au stade précoce (formes primaire, secondaire et latente précoce), causée par la bactérie *Treponema pallidum subsp pallidum*. L'infection n'a pas toujours de signes apparents, pouvant rendre le diagnostic difficile hors dépistage. La syphilis se transmet principalement par voie sexuelle mais peut également se transmettre verticalement au cours de la grossesse ou de l'accouchement et conduire à une infection congénitale du nouveau-né avec risque important de séquelles graves (surdité, troubles de la vue, malformations, etc.) ou de décès in utero du f etus (1). Dépistée et traitée suffisamment tôt, l'infection n'a pas de conséquences sur l'enfant à naître : en Guyane trois sérologies de dépistage sont recommandées au cours de la grossesse depuis 2021, une au premier trimestre, une au deuxième trimestre et une en salle de naissance (deux sérologies sont recommandées chez les femmes enceintes à risque de syphilis au niveau national). Alors que la recrudescence de la syphilis observée depuis les années 2000 dans les pays développés, dont la France hexagonale, concerne essentiellement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, l'infection touche de nombreuses femmes jeunes en âge de procréer, souvent mineures et vivant dans des conditions précaires sur l' le de La Réunion où une recrudescence de cas de syphilis congénitale a été constatée dès 2008 (2-4). L'élimination mondiale de la syphilis congénitale est définie comme une priorité de santé publique par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui en a publié la stratégie en 2009 (5).

En Guyane, les contaminations par le VIH et les IST sont à un haut niveau d'intensité. En effet, la Guyane reste le département français le plus touché par le VIH avec une prévalence de l'infection dans la population autour de 1 % et un nombre de nouvelles infections déclarées rapport  à la population toujours environ 10 fois supérieur à celui observé dans le pays en 2021 (6,7). Les rapports sexuels transactionnels, le multi-partenariat simultané et la consommation de substances psychoactives sont des facteurs moteurs identifiés de l'épidémie de VIH sur le territoire (7). De plus, les taux de dépistage des infections à *Chlamydiae trachomatis*,   gonocoque et de la syphilis sont entre deux et demi et trois fois plus élevé dans les laboratoires du territoire qu'à l'échelle nationale avec un taux de diagnostic de l'infection à *Chlamydiae trachomatis*   3,7 pour 1 000 personnes, deux fois plus élevé que dans le pays (6).

La région de Guyane communément appelée « Ouest guyanais » est composée des 8 communes les plus à l'ouest du territoire. Saint-Laurent-du-Maroni, la commune la plus peuplée, abrite le Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG), unique hôpital sur ce territoire dont dépendent notamment les communes d'Apatou et de Grand-Santi qui sont situées le long du fleuve Maroni. La population de l'Ouest guyanais est particulièrement confrontée à des problématiques d'accès aux droits et aux soins en raison de nombreuses spécificités du territoire. L'offre de santé y est plus faible que sur le littoral : l'offre de soins libérale est très limitée, le CHOG concentre la majorité de l'offre de soins, et les Centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS), services du Centre hospitalier de Cayenne, représentent les seules structures de soins offrant la possibilité d'un suivi de la grossesse dans les communes les plus isolées (8).   cela s'ajoutent des problématiques liées à la d ficiance des services publics (transports, réseau téléphonique) (9).

De ce fait, certaines communautés isolées, notamment les ethnies noires marrons, situées dans l'Ouest guyanais (haut et bas Maroni), les populations de nationalité surinamaise, les primo-arrivants, ainsi que les jeunes adultes devant faire les démarches d'ouverture de droit à l'issue de leurs études, ont un accès aux soins réduit par rapport aux habitants du littoral (10). Le phénomène d'habitats spontanés à Saint-Laurent-du-Maroni (59 % des habitats) démontre par ailleurs à quel point des conditions de vie précaires, marquées par des

problèmes d'accès à l'eau potable et d'insalubrité des logements, s'additionnent aux difficultés socio-économiques (11).

Dans ce contexte, les indicateurs de santé dans l'Ouest guyanais sont plus dégradés que sur le littoral. Parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH, on identifie à Saint-Laurent-du-Maroni une majorité de femmes (contrairement au reste de la Guyane ou de l'Hexagone), et la plupart des nouvelles infections concernent des personnes migrantes (85 % dont 72 % de patients en situation irrégulière) (7). À cette situation, vient également s'ajouter une forte prévalence des IST dans la région du Maroni, notamment du papillomavirus, des infections à *Chlamydiae trachomatis*, du gonocoque, de l'infection par le virus de l'hépatite B et par le HTLV-1 (12). Une étude menée dans le CeGIDD du CHOG lors de la mise en place du dépistage combiné systématique des infections à *Chlamydiae trachomatis* et du gonocoque en 2017 a mis en évidence des prévalences s'élevant pour les infections à *Chlamydia trachomatis* et à gonocoque respectivement à 24,3 % et 13,3 % parmi les femmes ; 12,0% et 7,3 % parmi les hommes alors qu'en 2021, les taux de prélèvements positifs dans les CeGIDDs à l'échelle nationale étaient de 6,8 % pour les infections à *Chlamydiae trachomatis* et de 4,1 % pour les infections à gonocoque (13,14).

1.2 Alerte et validation du signal

Alerte

En mars 2022, les services de gynéco-obstétrique, de néonatalogie et de pédiatrie du CHOG ont signalé à l'Agence régionale de santé (ARS) de Guyane une augmentation des cas de syphilis congénitale.

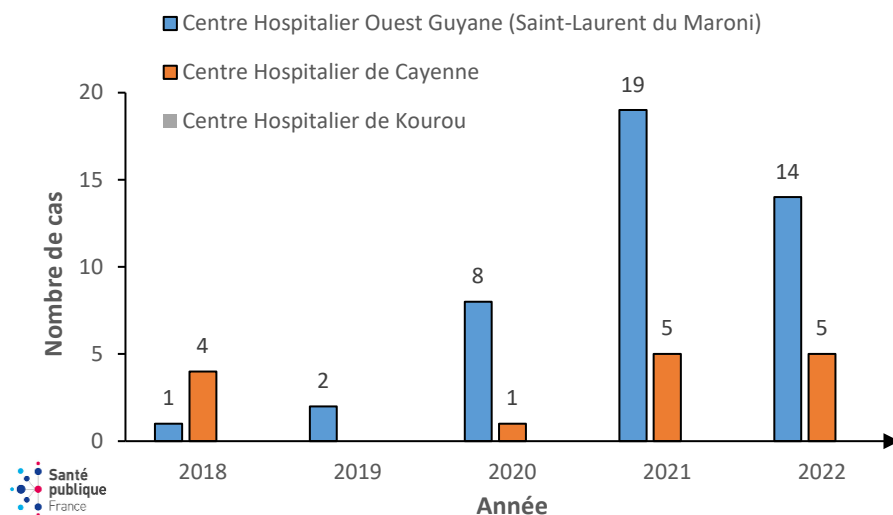
Le bilan établi à la suite de ce signalement en relation avec le service de pédiatrie du CHOG, faisait état de 11 cas de syphilis congénitale en 2020, de 27 cas en 2021 et de 19 cas entre le 1^{er} janvier et le 22 juin 2022. Deux préoccupations s'ajoutaient à l'alerte : d'une part, des cas de mort fœtale in utero liées à une infection syphilitique avaient été signalés et d'autre part, des professionnels de santé avaient constaté le très jeune âge (inférieur à 16 ans) d'une partie des femmes parturientes dont l'enfant avait été pris en charge pour une syphilis congénitale.

Validation du signal

L'analyse des données issues du PMSI des trois centres hospitaliers de Guyane a permis de confirmer l'augmentation du nombre de séjours codés syphilis congénitale au CHOG depuis 2018 et de valider le signal. Au total, entre 2018 et 2022, 44 enfants de moins de 2 ans ont été hospitalisés pour syphilis congénitale au CHOG selon les données du PMSI extraites en 2023 (fig. 1). Le nombre d'enfants de moins de 2 ans hospitalisés pour syphilis congénitale au CHOG était en hausse entre 2018 et 2021 passant de 1 cas en 2018 à 19 cas en 2021. Cette situation est spécifique au CHOG : le centre hospitalier de Kourou n'a enregistré aucun nourrisson hospitalisé pour syphilis congénitale entre 2018 et 2022 et le centre hospitalier de Cayenne, qui a la plus forte activité de la région quant au nombre de naissances annuelles, devant la maternité du CHOG, a enregistré 15 cas soit 3 fois moins de cas que le CHOG sur cette période, et sans augmentation nette.

Figure 1. Évolution annuelle du nombre de séjours codés syphilis congénitale pour des enfants de moins de 2 ans entre 2018 et 2022 au Centre hospitalier de l'Ouest Guyanais (CHOG), au Centre hospitalier de Cayenne (CHC) et au Centre hospitalier de Kourou (CHK)

Source : PMSI du CHOG, CHC et CHK, code CIM 10 du séjour (principal, relié ou associé) : A500, A501, A502 ou A509, février 2023 – Exploitation : SpFrance Guyane



Après une hausse entre 2018 et 2021 (tab.1), une baisse du nombre de séjours codés syphilis congénitale (essentiellement en service de maternité et de gynécologie-obstétrique) chez les enfants de moins de deux ans est observée entre 2021 et 2022 (-26 %) (figure 1).

En revanche, le nombre de séjours codés syphilis pour des femmes enceintes au cours de la grossesse n'a cessé d'augmenter entre 2018 et 2022 (tab.1). Cette augmentation pourrait s'expliquer par une diffusion plus importante de la syphilis dans la population ou par une amélioration du taux de dépistage liée à une meilleure sensibilisation de la population cible et du personnel soignant. Parallèlement, le dépistage et la prise en charge plus précoce des femmes enceintes ayant une sérologie syphilis positive au CHOG depuis 2022 ont permis une baisse du nombre des séjours pour syphilis congénitale.

Tableau 1. Séjours codés syphilis congénitale pour des enfants de moins de 2 ans et des femmes enceintes au CHOG entre 2018 et 2022

Source : PMSI du CHOG, code CIM 10 du séjour (principal, relié ou associé) : A500, A501, A502 ou A509, février 2023 – Exploitation : Santé publique France Guyane.

Séjours codés syphilis congénitale* au CHOG entre 2018 et 2022		
	Enfants de moins de 2 ans	Femmes enceintes
2018	1	3
2019	2	3
2020	8	9
2021	19	25
2022	14	32

1.3 Objectifs

À la suite de la validation du signal, une investigation complémentaire a été mise en place par la cellule Guyane de Santé publique France en collaboration avec le service de gynécologie-obstétrique du CHOG.

L'objectif principal de cette investigation était de mieux caractériser la situation épidémiologique de la syphilis dans l'Ouest guyanais depuis 2020, ainsi que le profil des femmes à risque d'être infectées par la syphilis au cours d'une grossesse et de celles à risque d'avoir un enfant souffrant de syphilis congénitale.

Les objectifs spécifiques étaient donc de :

- Décrire les tendances épidémiologiques de la syphilis en population générale dans l'ouest guyanais de 2020 à 2022 ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et biologiques des femmes enceintes suivies au CHOG en 2021 et 2022 ayant eu une sérologie positive pour la syphilis durant leur grossesse et les comparer entre ces deux années ;
- Décrire le profil des femmes ayant accouché d'un enfant souffrant d'une syphilis congénitale au CHOG entre 2021.

2. MÉTHODE

2.1 Sources de données et modalités de recueil

Deux enquêtes ont été réalisées entre novembre 2022 et mars 2023.

La première consistait en une enquête rétrospective sur l'ensemble des sujets ayant réalisé au moins un dépistage de la syphilis entre 2020 et 2022 au laboratoire du CHOG. Les données ont été transmises à Santé publique France par le laboratoire en mars 2023 via une messagerie sécurisée et accompagnées d'un algorithme d'interprétation des sérologies syphilitiques. Les variables extraites ont été la date de naissance, le sexe, la date de prélèvement, le type de test effectué (test tréponémique ou test non tréponémique), le résultat des tests effectués, le service prescripteur et la notion de grossesse en cours.

La seconde enquête portait sur les femmes enceintes ayant eu une sérologie positive pour la syphilis au cours de leur grossesse, ayant donné naissance ou non à un enfant souffrant de syphilis congénitale et suivies au CHOG en 2021 et 2022. Deux sources de données ont été utilisées pour réaliser cette analyse. Les informations sur le diagnostic et le traitement de la syphilis chez la patiente ont été recueillies à partir des données constituées par l'équipe de gynécologie obstétrique du CHOG qui suivaient les patientes enceintes infectées. Les données ont été transmises en novembre 2022 (pour les femmes suivies en 2021) et en décembre 2022 (pour les femmes suivies en 2022). Les informations sur les caractéristiques sociodémographiques, le suivi de la grossesse et les co-infections associées à la syphilis ont été recueillies dans les comptes rendus de séjours en maternité des dossiers médicaux informatisés du CHOG par un médecin de santé publique et une épidémiologiste de Santé publique France en novembre 2022 et en février 2023. Un travail de correspondance entre les deux bases a été réalisé notamment grâce au croisement de la date de diagnostic présente dans les deux bases, afin de réduire au maximum le nombre de valeurs manquantes.

2.2 Définitions de cas

La stratégie de dépistage de la syphilis adoptée au laboratoire du CHOG consiste en un test sérologique tréponémique (TT), plus précisément la méthode d'agglutination des particules de *Treponema pallidum* (TPPA) pour détecter la présence d'anticorps dirigés contre *Treponema pallidum* qui sera complété par un test Immunoblot en cas de positivité. Si le TT de première ligne est positif, il est suivi d'un dosage rapide du réagin plasmatique (RPR) (Bio-Rad Laboratories, Hercules, CA), un test non tréponémique quantitatif utilisé pour évaluer l'activité du tréponème.

Les cas de syphilis confirmés en population générale selon le laboratoire du CHOG sont définis par la positivité de deux tests, un test tréponémique (TT) et un test non tréponémique (RPR) sans preuve de traitement antérieur.

Les cas de syphilis confirmés chez les femmes enceintes sont définis par :

- La positivité de trois tests : un test tréponémique (TT), un test non tréponémique (RPR) et un *Western Blot* (WB) sans preuve de traitement antérieur pour le laboratoire du CHOG ;
- La positivité du test tréponémique (TT) accompagné de signes évocateurs cliniques d'un stade précoce.

La classification du stade de la maladie des femmes enceintes ayant une sérologie syphilitique positive a été établie sur la base de trois éléments : l'examen clinique, l'interrogatoire approfondi (recherche et datation d'antécédents de lésions caractéristiques, notamment

cutanées) et les sérologies antérieures (des sérologies antérieures datant d'un an à un an et demi sont souvent documentées dans le cadre de grossesses précédentes proches) :

- Les syphilis primaires et secondaires sont définies par une sérologie positive (TT + et RPR +) accompagnée d'une atteinte clinique caractéristique du stade ;
- Les syphilis latentes regroupent pour ce travail :
 - Les syphilis latentes précoces et tardives qui sont définies par une sérologie positive (TT + et RPR +) sans signes cliniques avec notion d'une sérologie syphilis antérieure négative datant de plus ou moins un an car ces stades peuvent être difficiles à distinguer ;
 - Les syphilis ayant un profil sérologique cicatriciel (TT + et RPR -) sans preuve d'un traitement antérieur ayant été traitée comme des syphilis latentes tardives ;
- Les syphilis cicatricielles sont définies par un test tréponémique (TT) positif accompagné d'un test non tréponémique (RPR) négatif avec notion d'un traitement antérieur documenté.

Les cas de syphilis congénitale ont été classés par l'équipe de gynécologie obstétrique du CHOG en :

- Cas confirmé : PCR positive sur biopsie placentaire ;
- Cas très probable : RPR nouveau-né positif avec un titre ≥ 4 x celui de la mère + signes cliniques évocateurs + IgM positive ;
- Cas probable : pas de signes cliniques mais RPR nouveau-né positif avec un titre < 4 x celui de la mère + traitement maternel mal conduit ou absence de décroissance sérologique à un mois chez la mère ;
- Cas possible : absence de signes cliniques évocateurs + RPR nouveau-né positif + traitement maternel bien conduit ;
- Peu probable : absence de signes cliniques évocateurs + TT/RPR nouveau-né négatif + traitement maternel bien conduit avant 16 semaines d'aménorrhée (SA).

Pour notre analyse, les cas probables et les cas possibles de syphilis congénitale ont été regroupés en une seule catégorie.

2.3 Analyse de données

Une analyse descriptive a été réalisée sur R studio par Santé publique France pour les données de laboratoire du CHOG, en utilisant les définitions citées précédemment. Le rapport présente le nombre de personnes dépistées par an, en considérant un dépistage maximum par an et par individu, et le taux de positivité par âge, sexe, année et statut de grossesse des femmes dépistées au CHOG entre 2020 et 2022.

Les informations recueillies sur les femmes enceintes suivies au CHOG ayant une sérologie positive pour la syphilis ont été analysées avec R studio par Santé publique France en deux temps. La première est une analyse descriptive des caractéristiques sociodémographiques, de diagnostic, de la conformité du suivi de grossesse, de traitement et des co-infections associées à la syphilis de ces femmes en 2021 (n = 51) et 2022 (n = 49), avec une comparaison entre ces 2 années. La seconde analyse est une analyse bi variée sur les facteurs de risque pendant la grossesse d'un diagnostic de syphilis congénitale positif chez les enfants des femmes ayant une sérologie positive à la syphilis en 2021 (N = 51). Le test de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé pour les variables continues. Le test du Khi-deux d'indépendance ou le test exact de Fisher ont été utilisés pour les variables catégorielles en fonction des effectifs des groupes. Pour l'ensemble des analyses, les données manquantes ont été exclues et un seuil de significativité à 5 % a été considéré pour les comparaisons statistiques.

2.4 Autorisations réglementaires

Cette investigation a été réalisée dans le cadre de l'autorisation accordée par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (n° 341194v42) à Santé publique France. Santé publique France est responsable du traitement des données et ce traitement a pour base légale la réalisation d'une mission d'intérêt public.

3. RÉSULTATS

3.1 Activités de dépistage et diagnostic de la syphilis récente dans l'Ouest Guyanais

Après une augmentation de 27 % de l'activité de dépistage de la syphilis au CHOG entre 2020 et 2021, le nombre de personnes ayant fait au moins une sérologie syphilis dans l'année est stable entre 2021 et 2022 autour de 10 000 personnes par an (tab. 2). L'augmentation constatée entre 2020 et 2021 est probablement due à la reprise de l'activité de dépistage constatée sur l'ensemble du territoire pour le VIH et les IST bactériennes après une baisse en 2020 pendant l'épidémie de Covid-19. Les données montrent une activité de dépistage plus fréquente chez les femmes, qui représentent 73 % des dépistages réalisés entre 2020 et 2022 que chez les hommes (27 %). L'âge moyen des personnes ayant été dépistées au CHOG a diminué de 36 à 33 ans entre 2020 et 2022.

Le taux de positivité a été multiplié par 17, passant de 0,1 % à 1,7 % entre 2020 et 2022 (tab. 3). Parmi les personnes ayant un résultat sérologique positif, on observe une augmentation de la part représentée par les femmes (72 % en 2022 versus 50 % en 2020) et une augmentation de la part représentée par les femmes enceintes (33 % en 2022 versus 18 % en 2020). On observe aussi une diminution de l'âge moyen des personnes testées positives sur cette période, avec un âge moyen de 25 ans en 2022 versus 29 ans en 2020.

Tableau 2. Caractéristiques des personnes ayant fait au moins une sérologie syphilis dans l'année au CHOG entre 2020 et 2022

Source : Extraction par le laboratoire du CHOG en mars 2023 – Exploitation : SpFrance Guyane

	2020	2021	2022	Total
	N = 7 895	N = 10 046	N = 9 956	N = 27 897
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexe				
Femme	5 390 (71 %)	7 113 (74 %)	6 872 (73 %)	19 375 (73 %)
Homme	2 238 (29 %)	2 493 (26 %)	2 530 (27 %)	7 261 (27 %)
Données manquantes	267	440	554	1 261
Âge				
Médiane (EI)	33 (25 - 43)	32 (24 - 42)	30 (22 - 40)	31 (24 - 41)
Moyenne [Min - Max]	36 [2 - 98]	35 [1 - 93]	33 [0 - 92]	34 [0 - 98]

Tableau 3. Caractéristiques des personnes ayant eu au moins une sérologie syphilis positive dans l'année au CHOG entre 2020 et 2022

Source : Extraction par le laboratoire du CHOG en mars 2023 - Exploitation : Santé publique France Guyane

	2020	2021	2022	Total
Nombre de tests positifs	N = 11	N = 101	N = 172	N = 284
Taux de positivité (en %)	0,1	1,0	1,7	1,0
Sexe n (%)				
Femme	5 (50 %)	64 (67 %)	112 (72 %)	181 (70 %)
Homme	5 (50 %)	31 (33 %)	43 (28 %)	79 (30 %)
Données manquantes	1	6	17	24
Grossesse n (%)				
Oui	2 (18 %)	31 (31 %)	56 (33 %)	89 (31 %)
Non	9 (82 %)	70 (69 %)	116 (67 %)	195 (69 %)
Âge				
Médiane (EI)	27 (20 - 32)	22 (19 - 33)	22 (19 - 28)	22 (19 - 30)
Moyenne [Min - Max]	29 [3 - 77]	28 [3 - 76]	25 [3 - 82]	26 [3 - 82]

3.2 Description des femmes enceintes suivies au CHOG en 2021 et 2022 et ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse

3.2.1 Effectif et issue de grossesse

Parmi les 40 femmes enceintes suivies au CHOG en 2021 ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse et dont le statut de l'enfant est connu, 55 % ont donné naissance à un nourrisson présentant une syphilis congénitale confirmée ou probable (tab. 4). Plus précisément comme décrit dans le tableau 4, 15 % des femmes ayant eu une sérologie syphilis positive pendant leur grossesse et dont le statut de l'enfant est connu ont donné naissance à un enfant avec une syphilis congénitale confirmée, 40 % à un enfant avec une syphilis congénitale probable et 45 % à un enfant indemne (soit car elles étaient suivies pour une syphilis cicatricielle sans risque d'infection de l'enfant, soit parce que l'enfant n'a pas été infecté). Les informations dont nous disposons ne permettent pas de connaître le diagnostic chez l'enfant des femmes ayant eu une sérologie syphilis positive pendant leur grossesse en 2022 (n=48).

Parmi les 51 femmes enceintes suivies au CHOG en 2021 ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse, la syphilis latente qui correspond à la découverte fortuite d'une sérologie positive pendant la grossesse, était le stade de syphilis le plus représenté, pour 69 % des femmes. La syphilis cicatricielle, qui correspond à des traces anciennes de syphilis dans l'organisme sans risque de transmission au fœtus, constituait la deuxième forme de syphilis chez les femmes suivies (14 %). Les syphilis primaire et secondaire, qui correspondent à un stade précoce accompagné de symptômes, concernaient respectivement 6 % et 12 % des femmes suivies. La répartition du stade de syphilis lors du diagnostic est significativement différente chez les femmes enceintes suivies en 2022 ($p=0,001$). Les femmes suivies en 2022 sont plus nombreuses à être atteintes d'une syphilis primaire (19 % vs 6 % en 2021) et d'une syphilis secondaire (23 % vs 12 % en 2021). Elles sont moins nombreuses à être atteintes d'une syphilis latente (28 % vs 68 % en 2021). Par ailleurs, 8 % des femmes ont été contaminées pendant la grossesse (séroconversion) en 2021 comme en 2022.

Sur les 51 femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse, 4 interruptions volontaires de grossesse ont été déclarées en 2021, ainsi qu'en 2022. Une mort fœtale in utero est à déplorer en 2021 et 5 chez les femmes suivies en 2022 auxquelles s'ajoute une grossesse extra-utérine (tab. 4). Ainsi, les issues de grossesse sont plus défavorables chez les femmes suivies en 2022 par rapport aux femmes suivies en 2021 ($p=0,012$).

Tableau 4. Caractéristiques des femmes enceintes suivies au CHOG en 2021 et 2022 ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse et devenir de l'enfant

	2021, N = 51 ¹	2022, N = 48 ¹	Total, N = 99 ¹	p ³
Présence d'une syphilis congénitale probable ou confirmée chez l'enfant	ND ²			
<i>Oui</i>	22 (55 %)			
<i>Non</i>	18 (45 %)			
<i>Manquant</i>	11			
Diagnostic d'une syphilis congénitale chez l'enfant	ND ²			
<i>Confirmé</i>	6 (15 %)			
<i>Probable</i>	16 (40 %)			
<i>Non</i>	12 (30 %)			
<i>Syphilis cicatricielle de la mère</i>	6 (15 %)			
<i>Manquant</i>	11			
Issue de la grossesse				0,012**
<i>Naissance</i>	45 (90 %)	31 (67 %)	76 (79 %)	
<i>En cours</i>	0 (0 %)	7 (11 %)	7 (5 %)	
<i>Interruption volontaire de grossesse</i>	4 (8 %)	4 (9 %)	8 (9 %)	
<i>Mort fœtale in utero</i>	1 (2 %)	5 (11 %)	6 (6 %)	
<i>Grossesse extra utérine</i>	0 (0 %)	1 (2 %)	1 (1 %)	
<i>Manquant</i>	1	2	3	
Stade de la syphilis lors du diagnostic				< 0,001**
<i>Primaire</i>	3 (5 %)	9 (19 %)	12 (12 %)	
<i>Secondaire</i>	6 (12 %)	11 (23 %)	17 (17 %)	
<i>Latente</i>	35 (69 %)	13 (28 %)	48 (49 %)	
<i>Cicatricielle</i>	7 (14 %)	14 (30 %)	21 (21 %)	
<i>Manquant</i>	0	1	1	
Séroconversion lors de la grossesse				> 0,9
<i>Non</i>	47 (92 %)	44 (92 %)	91 (92 %)	
<i>Oui</i>	4 (8 %)	4 (8 %)	8 (8 %)	
<i>Manquant</i>	0	0	0	

¹ n (%)

² Non disponible (ND)

³ Test exact de Fisher

** Différence statistique significative

3.2.2 Caractéristiques sociodémographiques

Les femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de leur grossesse et suivies au CHOG en 2021 et 2022 étaient âgées de 16 à 47 ans et en moyenne âgées de 24 ans. Elles étaient en moyenne plus jeunes en 2021 qu'en 2022 (23 ans vs 25 ans) sans que cette différence soit significative (tab. 5). Les femmes étaient respectivement suivies au CHOG pour leur deuxième ou troisième grossesse en médiane. Elles avaient été enceintes entre 1 et 14 fois (dont la grossesse suivie au CHOG pour syphilis).

Tableau 5. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse et suivies au CHOG en 2021 et 2022

	2021, N = 51 ¹	2022, N = 48 ¹	Total, N = 99 ¹	p ²
Âge				0,14
Médiane (EI)	21,0 (18,0 - 26,0)	23,0 (19,0 - 32,0)	22,0 (18,0 - 29,0)	
Moyenne (ET)	23,0 (6,0)	25,0 (8,0)	24,0 (7,0)	
Étendue	16,0 - 38,0	16,0 - 47,0	16,0 - 47,0	
Manquant	1	5	6	
Gestité				0,04**
Médiane (EI)	2,0 (1,0 - 3,0)	3,0 (2,0 - 5,5)	2,0 (1,0 - 4,5)	
Moyenne (ET)	2,7 (2,0)	4,0 (3,2)	3,3 (2,7)	
Étendue	1,0 - 9,0	1,0 - 14,0	1,0 - 14,0	
Manquant	7	13	20	
Parité				0,05**
Médiane (EI)	2,0 (1,0 - 3,0)	3,0 (1,0 - 4,0)	2,0 (1,0 - 4,0)	
Moyenne (ET)	2,2 (1,7)	3,4 (2,9)	2,7 (2,4)	
Étendue	0,0 - 7,0	0,0 - 12,0	0,0 - 12,0	
Manquant	7	11	18	

¹n

²Test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables continues. Test exact de Fisher et du khi-deux pour les variables catégorielles. Comparaison entre 2021 et 2022.

** Différence statistique significative

3.2.3 Suivi de la grossesse

Parmi les femmes qui ont accouché au CHOG en 2021 et 2022 ayant eu une sérologie syphilis positive pendant leur grossesse (n=99), 48% n'ont pas eu de consultation lors du premier trimestre de grossesse (tab. 6, 56 % en 2021 vs 37 % en 2022, différence non significative).

En 2021 et 2022, 68 % des femmes suivies ont effectué moins de 7 consultations médicales pendant la grossesse (nombre de visites médicales obligatoires). Ce pourcentage était de 72 % en 2021 vs 62 % en 2022, sans que cette différence soit significative (p=0,4). Près de 30 % des femmes suivies (35 % en 2021 vs 22 % en 2022) ont effectué moins de 3 échographies au cours de leur grossesse (nombre d'échographies recommandé). Les trois quarts des femmes suivies en 2021 (74 %) ont effectué moins de 3 sérologies syphilis au cours de leur grossesse (nombre de sérologies recommandé en Guyane). Cet indicateur n'est pas disponible chez les femmes suivies en 2022.

En considérant que si l'un des 4 critères n'est pas respecté, le suivi de grossesse est non optimal, alors 90 % des femmes suivies en 2021 et 2022 ont eu un suivi non optimal. Cependant, les indicateurs montrent une amélioration du suivi de grossesse en 2022 par rapport à 2021 sans que les différences soient significatives.

Tableau 6. Caractéristiques du suivi de grossesse des femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse et suivies au CHOG en 2021 et 2022

	2021, N = 51 ¹	2022, N = 48 ¹	Total, N = 99 ¹	p ²
Durée de grossesse en SA				
Moyenne [Min - Max]	37,2 (25,4 - 41,3)	37,0 (21,3 - 41,1)	37,1 (21,3 - 41,3)	0,05**
Très grande prématurité [0,28]	5 % (2/42)	4 % (1/27)	5 % (3/69)	> 0,9
Grande prématurité [29,32]	2 % (1/42)	3 % (1/27)	3 % (2/69)	
Prématurité moyenne [33,36]	17 % (7/42)	19 % (5/27)	17 % (12/69)	
Non prématuré [37,42]	76 % (32/42)	74 % (20/27)	75 % (52/69)	
Manquant	9	21	30	
Première consultation en trimestre et en SA				
Moyenne en SA [Min - Max]	17,6 (7,3 - 36,0)	14,7 (9,0 - 23,4)	16,4 (7,3 - 36,0)	0,2
Trimestre 1 [1,14]	44 % (17/39)	63 % (17/27)	52 % (34/66)	0,14
Trimestre 2 [15,27]	46 % (18/39)	37 % (10/27)	42 % (28/66)	
Trimestre 3 [28,42]	10 % (4/39)	0 % (0/27)	6 % (4/66)	
Manquant	12	21	33	
Nombre de consultations				
Moyenne [Min - Max]	5,0 (1,0 - 14,0)	7,0 (2,0 - 15,0)	6,0 (1,0 - 15,0)	0,12
[1,6]	72 % (29/40)	62 % (16/26)	68 % (45/66)	0,4
[6,12]	28 % (11/40)	38 % (10/26)	32 % (21/66)	
Manquant	11	22	33	
Nombre d'échographies				
Moyenne [Min - Max]	3,0 (1,0 - 9,0)	4,0 (1,0 - 9,0)	4,0 (1,0 - 9,0)	0,4
[1,2]	35 % (13/37)	22 % (6/27)	30 % (19/64)	0,3
[2,9]	65 % (24/37)	78 % (21/27)	70 % (45/64)	
Manquant	14	21	35	
Nombre de sérologies syphilis				
Moyenne [Min - Max]	2,0 (1,0 - 6,0)	NA (NA - NA)	2,0 (1,0 - 6,0)	
[1,2]	73 % (37/51)	NA % (0/0)	73 % (37/51)	
[2,6]	27 % (14/51)	NA % (0/0)	27 % (14/51)	
Manquant	0	48	48	

¹ % (n/N)

² Test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables continues. Test exact de Fisher et du khi-deux pour les variables catégorielles.

**Différence statistique significative

3.2.4 Diagnostic de la syphilis

Chez les femmes enceintes suivies au CHOG en 2021 et 2022 ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de leur grossesse, en moyenne, le test sérologique syphilis dont le résultat était positif a été réalisé au cours de la 22e semaine d'aménorrhée c'est-à-dire au milieu du deuxième trimestre et au cours du troisième trimestre pour 36 % de ces femmes (tab. 7).

Tableau 7. Stade de syphilis et terme au diagnostic des femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse et suivies au CHOG en 2021 et 2022

	2021, N = 51 ¹	2022, N = 48 ¹	Total, N = 99 ¹	p ²
Stade de la syphilis lors du diagnostic				
Primaire	5 % (3/51)	19 % (9/47)	12 % (12/98)	< 0,001**
Secondaire	12 % (6/51)	23 % (11/47)	17 % (17/98)	
Latente	69 % (35/51)	28 % (13/47)	49 % (48/98)	
Cicatricielle	14 % (7/51)	30 % (14/47)	21 % (21/98)	
Manquant	0	1	1	
Trimestre de diagnostic de la syphilis				
Moyenne en SA [Min - Max]	22,0 [7,0 - 40,0]	23,0 [12,0 - 34,0]	22,0 [7,0 - 40,0]	0,8
Trimestre 1 [1,14]	25 % (10/40)	20 % (2/10)	24 % (12/50)	> 0,9
Trimestre 2 [14,27]	40 % (16/40)	40 % (4/10)	40 % (20/50)	
Trimestre 3 [27,42]	35 % (14/40)	40 % (4/10)	36 % (18/50)	
Manquant	11	38	49	

¹ % (n/N)

² Test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables continues. Test exact de Fisher et du khi-deux pour les variables catégorielles.

3.2.4 Traitement de la syphilis

Le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes diagnostiquées et suivies au CHOG a suivi les recommandations du CDC (15), en lien avec le Centre National de Référence des IST bactériennes. Pour deux des femmes traitées, un traitement par Rocéphine pendant 10 jours a été nécessaire du fait d'une rupture d'approvisionnement d'Extencilline. Le traitement a été administré en moyenne lors de la 25^e semaine d'aménorrhée c'est-à-dire à la fin du deuxième trimestre, trois semaines après la moyenne du diagnostic de syphilis (tab. 8). Parmi ces femmes, 40 % ont reçu un traitement lors de leur troisième trimestre. En 2021, la quasi-totalité (97 %) des femmes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de leur grossesse ont reçu un traitement ; en 2022 la totalité de ces femmes pour lesquelles l'information était disponible ont reçu un traitement (52 % de données manquantes).

Tableau 8. Caractéristiques du traitement contre la syphilis administré aux femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse suivies au CHOG en 2021 et 2022

	2021, N = 51 ¹	2022, N = 48 ¹	Total, N = 99 ¹	p ²
Traitement administré				> 0,9
Non	3 % (1/39)	0 % (0/23)	2 % (1/62)	
Oui	97 % (38/39)	100 % (23/23)	98 % (61/62)	
Manquant	12	25	37	
Date du traitement en SA				> 0,9
Moyenne [Min - Max]	25,0 (8,0 – 39,0)	NA (NA - NA)	25,0 (8,0 – 39,0)	
Trimestre 1 [1,14]	15 % (3/20)	NA % (0/0)	15 % (3/20)	
Trimestre 2 (14,27]	45 % (9/20)	NA % (0/0)	45 % (9/20)	
Trimestre 3 (27,42]	40 % (8/20)	NA % (0/0)	40 % (8/20)	
Manquant	31	48	79	
Type de traitement administré				0,088
Extencilline	82 % (15/17)	100 % (20/20)	90 % (35/37)	
Rocephine	12 % (2/17)	0 % (0/20)	10 % (2/37)	
Manquant	34	28	62	

¹ % (n/N)

²Test exact de Fisher

3.2.6 Co-infections associées à la syphilis

Moins de 5 % des femmes enceintes suivies au CHOG en 2021 et 2022 ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de leur grossesse présentaient un test positif pour le VIH ou l'HTLV1 ou l'hépatite B ou C (tab. 9). Ces proportions étaient équivalentes en 2021 et en 2022. Toutefois, 36 % de ces femmes étaient positives à une infection au streptocoque B lors de l'accouchement (30 % en 2021 et 42 % en 2022).

Tableau 9. Co-infections associées à la syphilis chez les femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse, suivies au CHOG en 2021 et 2022

	2021, N = 51 ¹	2022, N = 48 ¹	Total, N = 99 ¹	p ²
VIH (Ac anti-VIH)				0,5
Négatif	95 % (38/40)	100 % (23/23)	97 % (61/63)	
Positif	5 % (2/40)	0 % (0/23)	3 % (2/63)	
Manquant	11	25	36	
HTLV1				0,4
Négatif	100 % (37/37)	95 % (20/21)	98 % (57/58)	
Positif	0 % (0/37)	5 % (1/21)	2 % (1/58)	
Manquant	14	27	41	
VHB				0,2
Négatif	68 % (26/38)	50 % (11/22)	62 % (37/60)	
Positif (Ag HBs)	0 % (0/38)	0 % (0/22)	0 % (0/60)	
Vaccinée (Ac anti-HBs)	29 % (11/38)	36 % (8/22)	32 % (19/60)	
Infection ancienne	3 % (1/38)	14 % (3/22)	6 % (4/60)	
Manquant	13	26	39	
VHC (Ac anti-VHC)				> 0,9
Négatif	97 % (37/38)	96 % (22/23)	97 % (59/61)	
Positif	3 % (1/38)	4 % (1/23)	3 % (2/61)	
Manquant	13	25	38	
Streptocoque B				0,4
Négatif	70 % (16/23)	58 % (11/19)	64 % (27/42)	
Positif	30 % (7/23)	42 % (8/19)	36 % (15/42)	
Manquant	28	29	57	

¹ % (n/N)

² Test exact de Fisher et du khi-deux d'indépendance

3.3 Facteurs associés au diagnostic de syphilis congénitale chez les enfants des femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse et suivies au CHOG en 2021

Même si la différence n'est pas significative entre les deux groupes, l'âge moyen des mères dont le nourrisson présentait une syphilis congénitale à la naissance en 2021 est de 21 ans contre 24 ans chez les mères dont le nourrisson ne présentait pas une syphilis congénitale. Aucune association significative n'a été mise en évidence entre le fait d'avoir un diagnostic positif de syphilis congénitale, la gestité et la parité (tab. 10).

En ce qui concerne le suivi de grossesse, la durée moyenne de grossesse des mères dont le nourrisson présentait une syphilis congénitale à la naissance était significativement moins longue (35,8 semaines d'aménorrhée) que celle des mères dont le nourrisson ne présentait pas une syphilis congénitale à la naissance (38,4 semaines d'aménorrhée) (p=0,019) (tab. 10). Ainsi, 38 % des mères dont le nourrisson présentait une syphilis congénitale à la naissance ont accouché prématurément versus 11 % chez les mères dont le nourrisson ne présentait pas de syphilis congénitale à la naissance. Parmi les autres indicateurs de suivi de grossesse, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les nourrissons présentant une syphilis congénitale et les autres nourrissons. Cependant, il est à noter que le nombre de consultations chez les mères

d'enfant avec un diagnostic de syphilis congénitale est en moyenne égal à 4 contre 6 chez les autres mères avec une p-value proche du seuil de significativité (p=0,085).

En ce qui concerne le diagnostic, les mères dont le nourrisson présentait une syphilis congénitale à la naissance étaient significativement plus nombreuses à être atteintes d'une forme primaire et secondaire de syphilis (23 %) lors de leur grossesse que les mères dont le nourrisson ne présentait pas une syphilis congénitale à la naissance (8 %) (p=0,022). De plus, les mères dont le nourrisson ne présentait pas une syphilis congénitale ont été diagnostiquées en moyenne à la 21e semaine d'aménorrhée versus la 27e semaine d'aménorrhée chez les autres, sans que cette différence soit significative (p=0,092).

Par ailleurs, 4 des mères dont le nourrisson présentait une syphilis congénitale à la naissance ont été contaminées pendant leur grossesse versus aucune mère dont l'enfant ne présentait pas une syphilis congénitale à la naissance.

En ce qui concerne le traitement, les mères dont le nourrisson présentait une syphilis congénitale à la naissance étaient traitées significativement plus tard (à 31 SA en moyenne, soit au 3e trimestre) que les mères dont le nourrisson ne présentait pas une syphilis congénitale à la naissance (21 SA en moyenne, soit au 2nd trimestre, p=0,018).

En ce qui concerne les co-infections (VIH, HTLV1, hépatites B et C et streptocoque B) associées à la syphilis, aucune association significative n'a été mise en évidence entre les mères d'un enfant atteint d'une syphilis congénitale et le fait d'avoir une des co-infections étudiées. Cependant, 57 % des mères dont le nourrisson présentait une syphilis congénitale à la naissance étaient positives pour le streptocoque B versus 15 % des mères dont le nourrisson ne présentait pas une syphilis congénitale à la naissance.

Tableau 10. Caractéristiques des femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse, suivies au CHOG en 2021 selon le statut vis-à-vis de la syphilis congénitale de leur enfant

	Non, N = 18 % (n/N)	Oui, N = 22 % (n/N)	Total, N = 40 % (n/N)	p ²
Âge				0,2
Moyenne [Min - Max]	24,0 [16,0 – 38,0]	21,0 [16,0 – 36,0]	23,0 [16,0 – 38,0]	
Manquant	0	0	0	
Gestité¹				0,3
Moyenne [Min - Max]	3,0 [1,0 – 9,0]	3,0 [1,0 – 8,0]	3,0 [1,0 – 9,0]	
Manquant	0	1	1	
Parité¹				0,4
Moyenne [Min - Max]	2,0 [1,0 – 6,0]	2,0 [1,0 – 7,0]	2,0 [1,0 – 7,0]	
Manquant	0	1	1	
Durée de grossesse en SA				
Moyenne [Min - Max]	38,4 [33,5 - 41,3]	35,8 [25,4 - 40,5]	37,0 [25,4 - 41,3]	0,019**
Prématurité [0,36]	11 % (2/18)	38 % (8/21)	26 % (10/39)	0,074
Non prématuré (36,42]	89 % (16/18)	62 % (13/21)	74 % (29/39)	
Manquant	0	1	1	
Première consultation en trimestre et [en SA]				
Moyenne [Min - Max]	17,0 [7,0 – 30,0]	19,0 [8,0 – 36,0]	18,0 [7,0 – 36,0]	0,9
Trimestre 1 [1,14]	41 % (7/17)	42 % (8/19)	42 % (15/36)	>0,9
Trimestre 2 (14,27]	47 % (8/17)	47 % (9/19)	47 % (17/36)	
Trimestre 3 (27,42]	12 % (2/17)	11 % (2/19)	11 % (4/36)	
Manquant	1	3	4	
Nombre de consultations				
Moyenne [Min - Max]	6,0 [2,0 – 14,0]	4,0 [1,0 – 12,0]	5,0 [1,0 – 14,0]	0,085
[1,6]	69 % (11/16)	80 % (16/20)	75 % (27/36)	0,5
(6,12]	31 % (5/16)	20 % (4/20)	25 % (9/36)	
Manquant	2	2	4	

Nombre d'échographies				
Moyenne [Min - Max]	3,0 [1,0 – 6,0]	4,0 [1,0 – 9,0]	3,0 [1,0 – 9,0]	0,6
[1,2]	38 % (6/16)	29 % (5/17)	33 % (11/33)	0,7
(2,9)	62 % (10/16)	71 % (12/17)	67 % (22/33)	
Manquant	2	5	7	
Nombre de sérologies syphilis				
Moyenne [Min - Max]	2,0 [1,0 – 4,0]	2,0 [1,0 – 6,0]	2,0 [1,0 – 6,0]	>0,9
[1,2]	67 % (12/18)	77 % (17/22)	72 % (29/40)	0,5
(2,6)	33 % (6/18)	23 % (5/22)	28 % (11/40)	
Manquant	0	0	0	
Stade de la syphilis lors du diagnostic				0,018**
Primaire et secondaire	5 % (1/18)	23 % (5/22)	15 % (6/40)	
Latente	67 % (12/18)	77 % (17/22)	72 % (29/40)	
Cicatricielle	28 % (5/18)	0 % (0/22)	12 % (5/40)	
Manquant	0	0	0	
Terme lors du diagnostic de la syphilis				
Moyenne en SA [Min - Max]	21,0 [10,0 – 40,0]	27,0 [12,0 – 39,0]	25,0 [10,0 – 40,0]	0,092
Trimestre 1 [1,14]	23 % (3/13)	5,3 % (1/19)	12 % (4/32)	0,4
Trimestre 2 (14,27]	46 % (6/13)	42 % (8/19)	44 % (14/32)	
Trimestre 3 (27,42]	31 % (4/13)	53 % (10/19)	44 % (14/32)	
Manquant	5	3	8	
Séroconversion pendant la grossesse				0,11
Non	100 % (18/18)	82 % (18/22)	90 % (36/40)	
Oui	0 % (0/18)	18 % (4/22)	10 % (4/40)	
Manquant	0	0	0	
Issue de la grossesse				
Naissance	100 % (18/18)	100 % (22/22)	100 % (40/40)	
Interruption volontaire de grossesse	0 % (0/18)	0 % (0/22)	0 % (0/40)	
Mort fœtale in utero	0 % (0/18)	0 % (0/22)	0 % (0/40)	
Manquant	0	0	0	
Traitement administré				0,4
Non	7,1 % (1/14)	0 % (0/20)	2,9 % (1/34)	
Oui	93 % (13/14)	100 % (20/20)	97 % (33/34)	
Manquant	4	2	6	
Date de début du traitement en SA				
Moyenne [Min - Max]	21,0 [11,0 – 31,0]	31,0 [20,0 – 39,0]	27,0 [11,0 – 39,0]	0,018**
[1,14]	29 % (2/7)	0 % (0/11)	11 % (2/18)	0,057
(14,27]	57 % (4/7)	36 % (4/11)	44 % (8/18)	
(27,42]	14 % (1/7)	64 % (7/11)	44 % (8/18)	
Manquant	11	11	22	
VIH (Ac anti-VIH)				0,5
Négatif	89 % (16/18)	100 % (18/18)	94 % (34/36)	
Positif	11 % (2/18)	0 % (0/18)	5,6 % (2/36)	
Manquant	0	4	4	
HTLV1				
Négatif	100 % (17/17)	100 % (17/17)	100 % (34/34)	
Manquant	1	5	6	
VHB				0,8
Négatif	72 % (13/18)	65 % (11/17)	69 % (24/35)	
Positif (Ag HBs)	0 % (0/18)	0 % (0/17)	0 % (0/35)	
Vaccinée (Ac anti-HbS)	28 % (5/18)	29 % (5/17)	29 % (10/35)	
Infection ancienne	0 % (0/18)	5,9 % (1/17)	2,9 % (1/35)	
Manquant	0	5	5	
VHC (Ac anti-VHC)				
Négatif	100 % (18/18)	100 % (17/17)	100 % (35/35)	
Positif	0 % (0/18)	0 % (0/17)	0 % (0/35)	
Manquant	0	5	5	
Streptocoque B				0,12
Négatif	85 % (11/13)	43 % (3/7)	70 % (14/20)	
Positif	15 % (2/13)	57 % (4/7)	30 % (6/20)	
Manquant	5	15	20	

¹ Moyenne [Min – Max]

² Test de Wilcoxon-Mann-Whitney pour les variables continues. Test exact de Fisher utilisé pour les variables catégorielles

**Différence statistique significative

4. DISCUSSION ET CONCLUSION

4.1 Principaux résultats

Validation du signal

Suite à l'alerte lancée en mars 2022 par les médecins du CHOG d'une augmentation importante du nombre de cas de syphilis congénitale, des analyses préliminaires ont permis de rapidement valider le signal.

En effet, une nette augmentation du nombre de séjours pour syphilis congénitale chez les enfants de moins de 2 ans est constatée en 2020 et 2021 dans les données du PMSI, avec un total de 44 séjours sur la période 2018-2022 au CHOG. Le nombre de séjours concernant des femmes enceintes codés syphilis est également en augmentation depuis 2020 au CHOG. Bien que ces augmentations ne soient pas observées dans les deux autres centres hospitaliers de Guyane, ce qui permet de penser que ce signal est circonscrit dans l'ouest guyanais et le long du fleuve Maroni, le nombre de séjours pour syphilis congénitale observés au CHC en 2021 et 2022 est élevé (respectivement 5 en 2021 et 2022) et l'origine de ces cas serait à préciser car cet établissement draine le Haut-Maroni (Maripasoula) et dispose du seul service de réanimation néonatale de Guyane.

Tendance des taux de dépistage et de positivité au CHOG

Entre 7 895 et 10 046 personnes par an, selon les années, ont été testées pour la syphilis par le laboratoire du CHOG entre 2020 et 2022 ; le taux de positivité a été multiplié par 17 pendant cette période. Par ailleurs, la part d'hommes dépistés reste stable autour de 30 % et les dépistés sont plus jeunes en 2022 versus 2020. Le profil des personnes ayant une sérologie positive pour la syphilis évolue sur la période avec une part de femmes enceintes qui augmente (33 % en 2022 vers 18 % en 2020) et un âge qui diminue.

Profil des femmes enceintes positives à la syphilis

En 2021, 51 femmes enceintes suivies au CHOG ont eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse, parmi elles, 22 (55 %) ont accouché d'un enfant avec une syphilis congénitale confirmée ou probable. En 2022, ce sont 48 femmes enceintes qui ont eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse. Alors qu'en 2021, la plupart des infections étaient asymptomatiques (69% étaient des syphilis latentes), en 2022 la part de syphilis symptomatiques est passé à 42 % (19 % de syphilis primaires et 23 % de secondaires), ce qui laisse à penser que les soignants suivant les femmes enceintes étaient plus attentifs au repérage des signes cliniques de la maladie, grande simulatrice, à la suite du constat de l'augmentation des cas dès la fin de l'année 2021.

En 2021, seules 44 % des femmes enceintes avaient initié leur suivi au cours du premier trimestre versus 63 % en 2022.

En moyenne, les femmes enceintes suivies au CHOG entre 2021 et 2022 ayant eu une sérologie positive pour la syphilis ont été dépistées lors de leur 22e semaine d'aménorrhée c'est-à-dire au milieu du deuxième trimestre et 36 % ont été diagnostiquées au cours du troisième trimestre de grossesse. La grande majorité des femmes ont reçu un traitement spécifique pour la syphilis, en moyenne trois semaines après le diagnostic.

En comparaison des femmes dont l'enfant est né indemne de l'infection, les 22 femmes ayant accouché d'un nouveau-né souffrant de syphilis congénitale en 2021 :

- Étaient plus jeunes : 21 ans contre 24 ans en moyenne ;
- Ont donné naissance à un enfant prématuré dans 38 % des cas contre 11 % ;
- Ont bénéficié de moins de consultations au cours de leur grossesse ;
- Ont été contaminées par la syphilis au cours de la grossesse pour 18 % des cas ;
- Ont été diagnostiquées puis traitées plus tardivement au cours de la grossesse : au cours du troisième trimestre contre deuxième trimestre.

4.2 Discussion

Situation épidémiologique dans l'Ouest guyanais

Bien que les données du laboratoire du CHOG étaient les seules données biologiques disponibles pour cette investigation, elles viennent renforcer les constatations faites dans la région d'une augmentation de la circulation de syphilis et plus particulièrement dans le bassin de l'Ouest guyanais. En effet, dans l'ensemble des CeGIDD de Guyane, on observe en 2020 et 2021 une baisse du nombre de dépistages pour les infections à gonocoque et à Chlamydia trachomatis et pour la syphilis ce qui est probablement lié à l'épidémie de COVID-19. Cependant, contrairement aux deux autres infections dont le nombre de cas diminue également sur la période, le nombre de cas de syphilis diagnostiqués augmente en 2021 ce qui traduit une hausse de la circulation de la syphilis sur le territoire (6). L'épidémie de COVID-19 a fortement impacté le recours au dépistage et à la prise en charge des IST le long du Maroni, se traduisant par un moins bon contrôle virologique des infections à VIH, une baisse des dépistages des IST et notamment des infections par le virus de l'hépatite B et une altération du suivi des grossesses, marqué par des recours tardifs au système de santé, le jour de l'accouchement. La crise économique exacerbée par l'épidémie de COVID-19 serait responsable d'une augmentation de la vulnérabilité sociale et sexuelle en particulier des rapports sexuels transactionnels.(12).

Contrairement à ce qui est constaté dans l'ensemble des CeGIDD de Guyane en 2021 où la part d'hommes dépistés augmente, elle reste stable au CHOG autour de 30 % malgré l'orientation systématique des partenaires des femmes enceintes ayant une sérologie syphilis positive vers le CeGIDD du CHOG par les soignants, ce qui peut refléter la difficulté de les dépister et de les traiter (6).

L'absence de données issues des deux laboratoires de biologie médicale privés, qui font également des dépistages à Saint-Laurent-du-Maroni, limite l'interprétation de la situation épidémiologique dans l'Ouest guyanais qui est tronquée. De la même façon, les données biologiques issues des laboratoires des deux autres centres hospitaliers du territoire auraient permis de mieux caractériser la situation dans la région. Malgré plusieurs sollicitations, nous n'avons pas pu obtenir ces informations. Enfin, les acteurs médico-sociaux représentent une offre de soins importante dans l'ouest guyanais et l'activité de dépistage par les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TRODs) qu'ils apportent n'est pas comptabilisée dans notre analyse.

Caractéristiques sociodémographiques et suivi de grossesse des femmes

Les données issues des dossiers médicaux des femmes enceintes ayant une sérologie syphilis positive au cours de leur grossesse au CHOG ont permis de mieux les caractériser et de mettre en évidence un profil de femmes plus à risque d'avoir un enfant souffrant de syphilis congénitale. Ainsi, en 2021 et 2022, les femmes enceintes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de leur grossesse sont plus jeunes de 4 ans que l'ensemble des femmes qui

ont accouché en Guyane en 2021 (24 ans versus 28 ans en moyenne en Guyane) (16) et ont été dépistées au cours de leur deuxième grossesse.

Pour 90 % de ces femmes, le suivi de grossesse n'était pas conforme aux recommandations que ce soit par le nombre de consultations (7 consultations), le nombre d'échographies (3 échographies), le trimestre de première consultation (premier trimestre) ou le nombre de sérologies syphilis (minimum 3 sérologies en Guyane). D'après le Registre d'Issue de Grossesse Informatisé (RIGI) de la région Guyane, qui couvre de façon exhaustive l'ensemble des naissances du territoire, seules 30 % des naissances étaient dites « bien suivies » en 2019, c'est-à-dire que le suivi remplissait les trois critères suivants: 3 échographies (réalisées respectivement au 1er, 2e et 3e trimestre) ou plus, 7 visites (mensuelles) ou plus et première consultation lors du 1er trimestre ; la proportion de suivis de grossesse non optimale était plus élevée dans le bassin Ouest guyanais où 40 % des femmes avaient initié leur suivi de grossesse au deuxième ou troisième trimestre en 2019 (17). Cette proportion était encore plus élevée dans notre étude (48 %). Le début de suivi tardif des grossesses dans l'Ouest guyanais constitue donc une problématique déjà identifiée et liée à plusieurs facteurs, notamment culturels, mais qui tend à s'améliorer avec la mise en place d'actions de médiation par le Réseau de santé périnatale de Guyane.

De façon cohérente avec les données de la littérature, les nouveau-nés souffrant de syphilis congénitale sont plus souvent prématurés qu'en population générale : 38 % versus 12 % en 2019 en Guyane (17).

Facteurs sociaux, culturels et comportementaux

Cette investigation a permis de dresser une description des femmes ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de leur grossesse, de leur suivi et des facteurs associés à la survenue d'une syphilis congénitale chez leur nouveau-né. Cependant un certain nombre d'informations permettant de mieux caractériser la population la plus vulnérable sont manquantes et limitent nos résultats : une localisation géographique plus précise du lieu de résidence et une description du parcours de soins de ces femmes ainsi qu'une description de leurs caractéristiques socioculturelles et comportementales. En effet, des données de la littérature suggèrent que même lorsque le suivi de grossesse est idéal et suit les recommandations, certains facteurs sociaux et comportementaux (conditions de logement instables, antécédents d'incarcération et conduites addictives notamment) augmentent le risque de survenue de syphilis congénitale (18).

En Guyane, plusieurs facteurs favorisant la diffusion des IST le long du Maroni ont été identifiés (multipartenariat, sexe transactionnel, implants péniers, retard au diagnostic et au traitement en lien avec des facteurs géographiques et socioculturels) (12). Le facteur financier est un facteur de renoncement aux soins qui n'a pu être exploré en raison de la non-disponibilité des données. En 2019, 18 % des Guyanais ont renoncé à des soins pour des raisons financières (19). À Saint-Laurent-du-Maroni, les femmes enceintes n'ayant pas de couverture sociale suivies en centre de protection maternelle et infantile (PMI) peuvent bénéficier du bilan de dépistage de début de grossesse grâce à une convention existant entre la PMI et les laboratoires de biologie médicale privés. Par contre, pour celles suivies dans le secteur libéral, le premier bilan peut être retardé en raison du délai nécessaire à la régularisation de la situation administrative. Ce délai retarde le diagnostic et peut expliquer la différence entre le trimestre de la première consultation et le trimestre de diagnostic des femmes enceintes atteintes de syphilis en 2021.

D'autres facteurs plus spécifiquement associés à cette augmentation des cas de syphilis congénitale seraient à identifier pour mettre en place une stratégie adaptée de prévention.

Validité interne

Certaines limites nécessitent d'interpréter ce travail avec prudence : le nombre de femmes enceintes suivies au CHOG en 2022 ayant eu une sérologie syphilis positive au cours de la grossesse n'est pas exhaustif ; les analyses incluent les syphilis cicatricielles qui reflètent la circulation de la maladie, mais n'entraînent pas de risque de survenue de syphilis congénitale et enfin certaines analyses spécifiques (recherche d'IgM spécifiques, immuno-blot) ne sont pas réalisées par le laboratoire du CHOG, elles sont sous-traitées à un autre laboratoire et leur résultat n'est pas systématiquement enregistré, le nombre de cas positifs diagnostiqués par le laboratoire du CHOG est donc ainsi probablement sous-estimé.

4.3 Préconisations

Au niveau mondial, l'OMS considère que l'élimination mondiale de la syphilis congénitale est une priorité de santé publique et définit un seuil cible mondial de moins de 50 cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes à atteindre d'ici 2030 (20). Pour les pays européens, le seuil cible à atteindre est de moins d'1 cas de syphilis congénitale pour 100 000 naissances vivantes (20,21). La stratégie d'élimination repose sur le dépistage et le traitement précoce des femmes enceintes et des enfants, ainsi que sur la recherche active des partenaires et leur traitement. L'OMS recommande l'utilisation de TRODs combinés VIH-syphilis qui sont validés (22). L'OMS définit également la surveillance comme un enjeu primordial de la lutte contre la syphilis congénitale : un réseau de surveillance efficace adossé sur les systèmes d'information médicaux existants est nécessaire pour suivre les tendances et lutter efficacement contre cette maladie (20).

Ainsi la lutte contre la syphilis congénitale repose sur 4 axes : dépistage précoce des femmes enceintes traitement précoce des femmes enceintes et des nouveau-nés, dépistage et traitement des partenaires et surveillance.

Le groupe de professionnels ayant contribué à l'investigation (gynécologue-obstétricien du CHOG, PMI, Réseau de santé périnatale de Guyane et Croix-Rouge française) a dressé un état des lieux de la situation et élaboré collectivement les préconisations suivantes.

4.3.1 Traitement précoce des femmes enceintes et des nouveau-nés

État des lieux

Dès la constatation de l'augmentation des cas de syphilis congénitale plusieurs mesures ont été mises en place par les soignants de l'Ouest guyanais :

- Un protocole de prise en charge de la syphilis chez les femmes enceintes a été élaboré par le service de gynécologie-obstétrique du CHOG en collaboration avec le CHC ;
- Un protocole de prise en charge de la syphilis congénitale en néonatalogie a été élaboré par le service de néonatalogie du CHOG ;
- Plusieurs sessions d'Enseignement Post-universitaire (EPU) ont été réalisées à Saint-Laurent-du-Maroni et à Cayenne et des présentations scientifiques ont été faites à l'occasion de congrès régionaux pour informer les soignants ;
- Un circuit d'orientation par adressage direct aux urgences obstétricales du CHOG, le jour du résultat, avec traitement administré immédiatement aux femmes enceintes ayant une syphilis a été mis en place en lien avec les autres acteurs intervenant dans le suivi des grossesses dans l'Ouest guyanais (PMI, secteur libéral, Croix-Rouge française).

Dans l'Ouest guyanais, toutes les femmes enceintes ayant une syphilis active sont donc prises en charge par le CHOG très rapidement après le diagnostic. Les soignants font part d'une bonne adhésion au traitement et ainsi 100 % des femmes diagnostiquées en 2022 ont été traitées. L'augmentation des séjours pour syphilis chez les femmes enceintes s'accompagnant d'une baisse des séjours pour syphilis congénitale chez les nouveau-nés en 2022 au CHOG reflète l'efficacité de la prise en charge de la syphilis chez les femmes enceintes.

Préconisations

Afin de garantir le maintien de la prise en charge précoce et efficace de la syphilis chez les femmes enceintes en Guyane il semble pertinent de/d' :

- Poursuivre et renouveler l'information et la sensibilisation des soignants sur les circuits de prise en charge compte tenu du turn-over important des soignants en Guyane ;
- Étendre cette sensibilisation à l'ensemble du territoire compte tenu de l'existence de cas de syphilis congénitale diagnostiqués au CHC et de la possible extension territoriale de la syphilis congénitale.

4.3.2 Dépistage précoce des femmes enceintes

État des lieux

Plusieurs facteurs contribuent au retard au diagnostic de la syphilis chez les femmes enceintes dans l'Ouest guyanais :

- Face à l'augmentation des cas de syphilis congénitale, une multiplication des tests de dépistage au cours de la grossesse est recommandée pour les femmes enceintes en Guyane. Ainsi trois sérologies sont recommandées au minimum : une au premier trimestre, une au deuxième trimestre et une en salle de naissance. Cependant les gynécologues-obstétriciens du CHOG constatent que cette recommandation n'est pas toujours appliquée, que certaines femmes se contaminent entre le deuxième et le troisième trimestre et que le diagnostic est souvent fait à la naissance ;
- Le début de suivi tardif des grossesses dans l'ouest guyanais, qui constitue une problématique déjà identifiée en lien avec plusieurs facteurs notamment culturels, contribue au diagnostic tardif de la syphilis chez les femmes enceintes ;
- Bien qu'il existe un circuit pour le dépistage des femmes enceintes sans couverture sociale qui est adossé à la PMI, certaines de ces femmes sont suivies dans le secteur libéral (sages-femmes) et retardent le bilan de dépistage le temps de régulariser leur situation administrative ;
- Il existe un frein réglementaire à l'utilisation du TROD mixte VIH-syphilis.

Préconisations

Plusieurs actions pourraient améliorer le dépistage précoce des femmes enceintes :

- Poursuivre et renouveler l'information et la sensibilisation des soignants sur les recommandations de dépistage de la syphilis chez la femme enceinte en Guyane sur l'ensemble du territoire ;
- Poursuivre et appuyer les actions de médiation en santé mise en place par le Réseau de santé périnatale de Guyane pour sensibiliser les femmes à la nécessité d'initier un suivi de grossesse plus précocement ;
- Permettre l'utilisation des TROD mixtes VIH-syphilis par les soignants et les associations comme le recommande l'OMS ;
- Rendre accessible le dépistage en laboratoire de biologie médicale privé des femmes n'ayant pas de couverture sociale suivies dans le secteur libéral ;
- Développer la coopération transfrontalière avec le Suriname pour mettre en place des actions de prévention couvrant l'ensemble du bassin de vie.

4.3.3 Dépistage et traitement des partenaires

État des lieux

Deux situations sont à distinguer :

- À Saint-Laurent-du-Maroni, les partenaires sont adressés systématiquement à l'un des deux CeGIDD (CHOG ou Croix-Rouge française) qui dépistent et traitent les partenaires qui se présentent spontanément ;
- Les soignants rapportent de grandes difficultés pour le dépistage et le traitement des partenaires des femmes habitant le long du fleuve Maroni qui sont quasi-inexistants, alors qu'ils constatent une importante circulation des IST en particulier à Grand-Santi (réinfections de femmes par la syphilis au cours de plusieurs grossesses successives, nombreuses infections à gonocoque et à chlamydia trachomatis diagnostiquées).

Préconisations

Pour améliorer le dépistage et le traitement des partenaires, plusieurs actions peuvent être envisagées :

- Formuler des messages de prévention auprès de la population en tenant compte du contexte socio-culturel (multipartenariat, société matriarcale, freins au traitement par injection) et en s'appuyant sur les moyens efficaces existant : médiation en santé, associations, structures médico-sociales, centres de santé ;
- Mettre en place des actions d'aller-vers pour le dépistage et le traitement en s'appuyant sur les structures existantes (Croix-Rouge française et CHOG à Saint-Laurent-du-Maroni, EMSPEC (Équipe Mobile en Santé Publique en Commune des Centres de Santé) le long du fleuve Maroni) ;
- Développer la coopération transfrontalière avec le Suriname pour mettre en place des actions de prévention couvrant l'ensemble du bassin de vie.

4.3.4 Surveillance

État des lieux

En Guyane, il n'existe pas de réseau spécifique de surveillance des IST et la mobilisation des acteurs de terrain, en particulier des laboratoires de biologie médicale, manque de réactivité. Par ailleurs, les cas de syphilis congénitale diagnostiqués en Guyane n'ont pas tous été enregistrés dans le système de surveillance national existant, en lien avec le Centre National de Référence (CNR) des IST bactériennes, qui permet à la France de faire remonter les cas de syphilis congénitale diagnostiqués sur son territoire au niveau européen (ECDC).

Préconisations

Plusieurs mesures peuvent être mises en place afin d'assurer un suivi épidémiologique plus réactif et de mieux décrire le profil des femmes à risque d'avoir un nouveau-né souffrant de syphilis congénitale (parcours de soins, localisation géographique, caractéristiques socioculturelles) :

- Faire remonter l'ensemble des cas de syphilis congénitale diagnostiqués en Guyane dans le système de surveillance existant ;
- Mettre en place une surveillance prospective de l'ensemble des femmes enceintes suivies au CHOG pour une syphilis à l'aide d'un questionnaire ;
- Mettre en place une surveillance spécifique des IST par une transmission automatisée des résultats biologiques, déjà mise en place dans le cadre de la surveillance d'autres pathologies en Guyane.

BIBLIOGRAPHIE

1. Tudor ME, Al Aboutd AM, Leslie SW, Gossman W. Syphilis. StatPearls; 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534780/>
2. Le Chevalier de Préville M, Alessandri JL, Traversier N, Cuillier F, Robin S, Ramful D. Evaluation of the management of pregnancies and infants at risk for congenital syphilis: La Réunion, 2008 to 2014. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. février 2017;37(2):116-21.
3. Delfosse A, Bouscaren N, Dupin N, Jaubert J, Tran PL, Saint Pastou C, et al. High prevalence of syphilis in women, minors and precarious patients: a cross-sectional study in a Reunion Island sexually transmitted infection clinic, 2017-2020. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. novembre 2021;35(11):2287-92.
4. Etienne A, Devos S, Thore E, Ndeikoudam Ngrango N, Manaquin R, Koumar Y, et al. Increase in early syphilis diagnoses in the young heterosexual population of Reunion Island: surveillance data, 2010-2018. J Eur Acad Dermatol Venereol JEADV. septembre 2021;35(9):e573-5.
5. Organisation mondiale de la Santé. L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie. 2009. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241595858>
6. Santé publique France. Bulletin de santé publique VIH et IST en Guyane. Décembre 2022. 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/bulletin-regional/2022/bulletin-de-sante-publique-vih-et-ist-en-guyane.-decembre-2022>
7. Nacher M, Ouedraogo E, Succo T, Guarmit B, Djossou F, Stettler L, et al. L'infection VIH en Guyane : revue historique et tendances actuelles. Bull Epidemiol Hebd. 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/l-infection-vih-en-guyane-revue-historique-et-tendances-actuelles>
8. Pau-Langevin G. Stratégie de santé pour les Outre-mer. 2019. <https://www.lareunion.ars.sante.fr/strategie-de-sante-pour-les-outre-mer-0>
9. La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République | Cour des comptes. 2014. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-dans-les-outre-mer-une-responsabilite-de-la-republique>
10. Baert X, Charrier R, Kempf N. L'accès aux soins à l'épreuve des grands espaces guyanais - Insee dossier Guyane. Insee; 2017. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3181894?sommaire=3181903>
11. Colombier R, Deluc B, Rachmuhl V, Piantoni C. Relever le défi de l'habitat spontané en Guyane. Territoire En Mouvement. 2017. <https://journals.openedition.org/tem/4307>
12. Nacher M, Koendjibiarie A, Michaud C, Rabier S, Leborgne C, Rousseau C, et al. Sexually transmitted infections on the border between Suriname and French Guiana: A scoping review. Front Med. 2022. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2022.994964>
13. Manca MF, Rochat-Stettler L, Carod JF, Agostini C, Jolivet A. High prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in Western French Guiana. Braz J Infect Dis. 19 mai 2020;24(3):256-60.
14. Santé publique France. Dépistage et diagnostic des IST bactériennes en 202. 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/chlamydiae/documents/communication-congres/depistage-et-diagnostic-des-ist-bacteriennes-en-2021>
15. CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 - Syphilis During Pregnancy. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis-pregnancy.htm>

16. Santé publique France. Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à deux mois et les établissements.
<https://www.santepubliquefrance.fr/import/enquete-nationale-perinatale.-rapport-2021.-les-naissances-le-suivi-a-deux-mois-et-les-etablissements>
17. Bois A. Exploitation annuelle du Registre d'Issue de Grossesse Informatisé (RIGI) de la région Guyane - 2019. Réseau de santé périnatale de Guyane.
<https://www.reseauperinatguyane.fr/wp-content/uploads/2021/11/Rapport-2019-final.pdf>
18. DiOrio D, Kroeger K, Ross A. Social Vulnerability in Congenital Syphilis Case Mothers: Qualitative Assessment of Cases in Indiana, 2014 to 2016. Sex Transm Dis. juillet 2018;45(7):447-51.
19. Glenisson J. Un tiers des Guyanais ont retardé ou renoncé à un soin médical en 2019. Insee; 2021. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5391092>
20. Organisation mondiale de la Santé. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021: toward ending STIs. 2016.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-16.09>
21. ECDC. Surveillance report. Congenital syphilis. Annual Epidemiologic Report for 2021. ECDC; 2023. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/congenital-syphilis-annual-epidemiological-report-2021.pdf>
22. Organisation mondiale de la Santé. New reduced costs of dual HIV/syphilis rapid tests to accelerate progress toward elimination of mother-to-child transmission of HIV and syphilis. 2021. <https://www.who.int/news/item/15-11-2021-new-reduced-costs-of-dual-hiv-syphilis-rapid-tests-to-accelerate-progress-toward-elimination-of-hiv-and-syphilis>