

Note d'information sur la syphilis

Double dépistage VIH/syphilis et pénicilline G benzathine

Le problème

- La syphilis entraîne chaque année **plus de 390 000** conséquences néfastes liées à la syphilis congénitale, dont **150 000** mort-nés et **70 000** décès néonataux.¹
- Le taux mondial de cas de syphilis congénitale est passé de **473 à 523 pour 100 000** naissances vivantes entre 2016 et 2022.²
- **53 %** des issues défavorables liées à la syphilis congénitale surviennent chez des femmes qui ont suivi un suivi prénatal mais n'ont jamais subi de test de dépistage de la syphilis.³
- Les femmes vivant avec le VIH qui sont également atteintes de syphilis courent un risque environ **2,7 fois plus élevé** de transmettre le VIH à leur enfant que les femmes séropositives non atteintes de syphilis.⁴

La solution

Test combiné VIH/syphilis

- Une simple piqûre au doigt, résultat en 20 minutes
- Même consultation prénatale, même professionnel de santé
- 0,84 \$ par test – soit 0,04 \$ de plus qu'un test VIH seul
- Plusieurs marques préqualifiées par l'OMS

Pénicilline G benzathine

- Une seule injection intramusculaire, traitement le jour même
 - 0,39–3,19 \$/dose (catalogue d'approvisionnement de l'UNICEF)
- Blencowe et al., 2011 :
- Réduction de 82 % des mortinaissances
 - Réduction de 97 % de la syphilis congénitale
 - Réduction de 80 % des décès néonataux
 - Réduction de 64 % des naissances prématurées

Preuves d'efficacité

Étude	Principales conclusions
Betrán et al., 2018 <i>Essai contrôlé randomisé en escalier, Mozambique</i>	Dépistage de la syphilis : 65,7 % → 95,5 % (OR ajusté : 23,50, IC à 99 % : 20,56–26,86, p < 0,0001). Traitement : 60,8 % → 86,2 % (OR ajusté : 2,49, IC à 99 % : 1,38–4,51, p < 0,024).
Althabe et al., 2019 <i>Essai contrôlé randomisé en grappes, RDC et Zambie</i>	Dépistage : 99,9 % avec un accompagnement comportemental contre 93,8 % avec la distribution de matériel uniquement (différence absolue de 6,1 %, IC à 95 % : 1,1–14,1, p = 0,00092). Traitement : 100 % contre 43,2 % dans les cliniques témoins (différence absolue de 56,8 %, IC à 95 % : 12,8–99,0, p = 0,0028).
Bahemuka et al., 2025 <i>Étude avant-après, Ouganda</i>	Dépistage de la syphilis : 49,1 % → 84,0 % après l'introduction du double test (RR 1,71, IC à 95 % 1,64–1,78, p < 0,001).
MedAccess/CHAI, 2026 <i>Données sur le marché mondial</i>	Plus de 31 millions de femmes enceintes testées dans plus de 60 pays à revenu faible ou intermédiaire d'ici fin 2024. Plus de 90 000 mortinaissances évitées.

Rentabilité

Étude	Principales conclusions
Silke et al., 2024	ICER le plus bas parmi les 14 interventions éligibles au Fonds mondial dans 81 des 128 pays (63 %).
Kuznik et al., 2013	2 à 48 \$ par DALY évité (moyenne de 11 \$) dans 43 pays d'Afrique subsaharienne. Un dépistage universel en Afrique subsaharienne (~20,8 millions de dollars par an) permettrait d'éviter environ 64 000 mortinaissances par an.
Rodriguez et al., 2021	Économies réalisées dans les 4 pays étudiés : Kenya –26 \$, Afrique du Sud –559 \$, Colombie –844 \$, Ukraine –454 \$ par grossesse.
Bristow et al., 2016	Le double dépistage présentait le coût le plus bas et le plus faible nombre d'AVCI parmi les 4 algorithmes de soins prénatals au Malawi. Économies par rapport au dépistage du VIH seul dans presque toutes les simulations de Monte Carlo.
Kahn et al., 2014	Retour sur investissement d'environ 15 pour 1 : le dépistage universel en Afrique subsaharienne coûte environ 20,8 millions de dollars par an, contre environ 309 millions de dollars de coûts médicaux mondiaux annuels liés à la syphilis maternelle non traitée.

Adéquation stratégique avec le GC8

L'**initiative de triple élimination de l'OMS** prévoit une couverture de 95 % pour le dépistage de la syphilis et le traitement chez les femmes enceintes d'ici 2030, ainsi que des objectifs équivalents pour le VIH et l'hépatite B. Le cycle GC8 est le dernier cycle de financement complet avant l'évaluation de validation de l'OMS en 2030. Les pays qui déploient le double dépistage dans le cadre du cycle GC8 établissent la trajectoire de couverture nécessaire à la certification d'élimination.

La **note d'information sur le VIH du GC8** recommande explicitement le test de diagnostic rapide combiné VIH/syphilis comme test de première intention dans les structures de soins prénatals.

Note sur les tests triples

Les tests de diagnostic rapide triples VIH/syphilis/hépatite B commencent à faire leur apparition sur le marché⁵ au prix unitaire de 2,60 \$. Les pays présentant d'importantes lacunes en matière de dépistage prénatal de l'hépatite B pourraient trouver ce test triple particulièrement adapté à leur contexte. Les tests doubles et triples ne s'excluent pas mutuellement. Une approche d'approvisionnement mixte est envisageable et devrait être évaluée en fonction de la situation épidémiologique du pays, des produits disponibles et du budget. Les pays devraient surveiller la disponibilité du test triple via la base de données de préqualification de l'OMS et le catalogue d'approvisionnement de l'UNICEF à mesure que le marché se développe.

¹ OMS. Transmission de la syphilis de la mère à l'enfant. Genève : OMS ; 2024.

² OMS. Mise en œuvre des stratégies mondiales du secteur de la santé sur le VIH, l'hépatite virale et les IST, 2022-2030 : rapport sur les progrès et les lacunes. Genève : OMS ; 2024.

³ OMS. Transmission mère-enfant de la syphilis. Genève : OMS ; 2024.

⁴ Mwapasa V, et al. AIDS. 2006 ; 20(14) : 1869–77.

⁵ Voir la note de marché de CHAI à l'adresse <https://www.clintonhealthaccess.org/wp-content/uploads/2026/03/CHAI-Integrated-Screening-Market-Memo-March-2026.pdf>