

# LA SYPHILIS CHEZ LES HOMMES GAIS, BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AUTRES HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC D'AUTRES HOMMES

RESSOURCE POUR LA PRÉVENTION ADAPTÉE  
À CETTE POPULATION



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,  
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:  
SYPHILIS AMONG GAY, BISEXUAL, TWO-SPIRIT AND OTHER MEN WHO HAVE SEX WITH MEN:  
A RESOURCE FOR POPULATION-SPECIFIC PREVENTION

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : [publications@hc-sc.gc.ca](mailto:publications@hc-sc.gc.ca)

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Date de publication : mars 2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP40-134/2015F-PDF

ISBN : 978-0-660-23335-2

Pub. : 140484

LA SYPHILIS CHEZ LES HOMMES GAIS,  
BISEXUELS, BISPIRITUELS ET AUTRES  
HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES  
AVEC D'AUTRES HOMMES  
RESSOURCE POUR LA PRÉVENTION ADAPTÉE  
À CETTE POPULATION

## REMERCIEMENTS

L'Agence de la santé publique du Canada tient à remercier les personnes, les représentants des communautés, les chercheurs et les représentants gouvernementaux d'avoir bien voulu consacrer leur temps, leur expertise et leur expérience à l'élaboration du présent document. Elle désire également mentionner les personnes qui ont fourni des conseils et des suggestions au cours du processus d'examen externe :

**Barbara Beattie**, ministère de la Santé, gouvernement du Nunavut (Iqaluit, Nunavut)

**Riyas Fadel**, ministère de la Santé et des Services sociaux (Montréal, Québec)

**Ed Jackson**, CATIE (Toronto, Ontario)

**Jody Jollimore**, Health Initiative for Men (Vancouver, Colombie-Britannique)

**Marc-André LeBlanc**, consultant (Gatineau, Québec)

**Michael Riecker**, Bureau de santé publique de Toronto (Toronto, Ontario)

# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS . . . . .	II
INTRODUCTION . . . . .	1
<b>1. QU'EST-CE QUE LA SYPHILIS?</b> . . . . .	<b>1</b>
1.1 ÉVOLUTION NATURELLE . . . . .	1
1.2 TRANSMISSION . . . . .	1
1.3 DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT . . . . .	2
1.4 SYPHILIS ET CO-INFECTION AU VIH . . . . .	2
1.5 PRÉVENTION . . . . .	3
1.6 ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA SYPHILIS INFECTIEUSE AU CANADA . . . . .	4
1.7 VIGUEUR DE L'ÉPIDÉMIE DE SYPHILIS CHEZ LES HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH . . . . .	4
<b>2. FACTEURS DE RISQUE ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ.</b> . . . . .	<b>6</b>
2.1 HOMOPHOBIE ET HÉTÉROSEXISME, STIGMATISATION ET DISCRIMINATION CONNEXES. . . . .	6
2.2 NORMES SEXUELLES . . . . .	6
2.3 CULTURE . . . . .	7
2.4 RÉSEAUX DE SOUTIEN SOCIAL. . . . .	7
2.5 ENVIRONNEMENTS SOCIAUX ET PHYSIQUES . . . . .	8
2.6 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ . . . . .	8
<b>3. THÉORIE DE LA PRÉVENTION DES ITSS . . . . .</b>	<b>9</b>
3.1 PRÉVENTION EN AMONT, PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE DES ITSS . . . . .	9
3.2 MODÈLE D'ORIENTATION POUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE DE LA SYPHILIS . . . . .	9
<b>4. PRATIQUES PROMETTEUSES CONCERNANT LA PRÉVENTION DE LA SYPHILIS     CHEZ LES HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH . . . . .</b>	<b>11</b>
4.1 INTENSIFICATION DU DÉPISTAGE AXÉ SUR LES GROUPES PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉ . . . . .	11
4.2 APPROCHES NOVATRICES EN MATIÈRE DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES. . . . .	12
4.3 PLUS GRANDE SENSIBILISATION AU MOYEN DE CAMPAGNES DE MARKETING SOCIAL CIBLÉES . . . . .	13
<b>5. LEÇONS TIRÉES . . . . .</b>	<b>17</b>
5.1 PRÉVENTION DU VIH ET DES ITSS : SURVOL DE LA PERTINENCE DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DE LA SYPHILIS . . . . .	17
5.2 LEÇONS TIRÉES DES INITIATIVES D'AUTRES PAYS . . . . .	17
CONCLUSION . . . . .	21
NOTES DE FIN DE DOCUMENT . . . . .	22



## INTRODUCTION

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) demeurent un problème de santé publique important au Canada. Partout au Canada, les taux de syphilis infectieuse sont à la hausse. La majorité des infections sont diagnostiquées chez les hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH), dont une proportion est co-infectée par le VIH. Les personnes infectées par la syphilis sont aussi plus à risque de contracter le VIH; chez les personnes vivant avec le VIH, la syphilis peut progresser plus rapidement, être plus difficile à traiter et accroître le risque de transmission du VIH.

La présente ressource a été créée pour aider les professionnels de la santé et les organismes communautaires dans l'élaboration de stratégies fondées sur des données probantes visant la prévention de la syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH. Un examen exhaustif des données probantes existantes sur les interventions de prévention de la syphilis et d'autres ITSS a été réalisé afin d'orienter l'élaboration de cette ressource.

Les sections suivantes présentent un résumé des grandes questions touchant la prévention, le diagnostic, le traitement et la prise en charge de la syphilis. Pour obtenir des renseignements détaillés et les lignes directrices concernant l'évolution naturelle, la transmission, la prévention, le dépistage, les tests de détection et le traitement de la syphilis, consulter les *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*<sup>1</sup>.

## 1. QU'EST-CE QUE LA SYPHILIS?

### 1.1 ÉVOLUTION NATURELLE

La syphilis est une infection causée par la bactérie *Treponema pallidum*. La syphilis est généralement infectieuse pendant la première année, soit aux stades primaire et secondaire ainsi qu'au début du stade latent. Une syphilis non traitée peut évoluer vers le stade latent tardif non infectieux ou tertiaire de l'infection, qui peut entraîner de graves complications, dont des atteintes du système nerveux central et du système cardiovasculaire, des lésions oculaires et cutanées ainsi que des dommages à d'autres organes internes. La syphilis évolue sur une période allant de 10 à 30 ans. Toutefois, son évolution naturelle chez les hommes gais et autres HARSAH qui sont infectés par le VIH peut différer grandement : la syphilis peut progresser plus rapidement d'un stade à l'autre.

### 1.2 TRANSMISSION

La syphilis se transmet principalement lors de relations sexuelles orales, vaginales ou anales avec une personne porteuse de l'infection en évolution. Elle peut être transmise d'une personne à une autre par contact direct avec un chancre (stade primaire) ou une éruption cutanée (stade secondaire). Les chancres sont indolores et ne sont pas nécessairement visibles à l'œil nu. L'éruption cutanée n'est habituellement pas associée à une démangeaison et peut également être difficile à détecter. En général, les symptômes de la syphilis sont légers, voire inexistant, et disparaissent avec le temps. Il se peut qu'une personne soit infectée sans même savoir qu'elle a la syphilis. Quoique moins fréquemment, la syphilis peut aussi se transmettre par l'usage de drogues injectables, par des éraflures de la peau, et de la mère à l'enfant au cours de la grossesse.

La syphilis est infectieuse, c'est-à-dire qu'elle peut être transmise d'une personne à une autre au cours de la première année qui suit l'infection. Après deux ans, elle entre dans un stade de dormance ou non infectieux et ne peut plus être transmise, mais elle peut endommager sérieusement les organes et les tissus organiques<sup>2</sup>.

### 1.3 DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

La syphilis est diagnostiquée par une simple analyse sanguine. Dans certains cas, on peut examiner l'échantillon d'un chancre. Dans toutes les provinces et tous les territoires, les cas de syphilis infectieuse doivent être signalés aux autorités de santé publique locales. Les hommes qui sont actifs sexuellement ou qui présentent des facteurs de risque de la syphilis devraient subir des tests de dépistage de façon périodique. Le dépistage d'autres ITSS, comme la chlamydia, la gonorrhée et le VIH, devrait être effectué au même moment.

La syphilis se traite par la pénicilline ou d'autres antibiotiques. Les doses recommandées varient selon le stade de la syphilis et peuvent être différentes chez les personnes infectées par le VIH. Chez les hommes séropositifs pour le VIH, un traitement de plus longue durée peut s'avérer nécessaire. Il est important d'effectuer un suivi auprès d'un professionnel de la santé afin de s'assurer que le traitement a été efficace<sup>3</sup>.

### 1.4 SYPHILIS ET CO-INFECTION AU VIH

Les hommes gais et autres HARSAH infectés par la syphilis présentent un risque accru de contracter et de transmettre le VIH en raison de la présence de plaies, qui constituent des points d'entrée du VIH dans l'organisme. Par exemple, un homme séronégatif pour le VIH qui a la syphilis peut être de trois à cinq fois plus susceptible de contracter le VIH. Dans le cas d'un homme séropositif pour le VIH, le fait d'avoir la syphilis peut augmenter sa charge virale du VIH et donc accroître le risque de transmettre le VIH à une autre personne<sup>4</sup>.

Chez les personnes séropositives pour le VIH, la syphilis peut atteindre des stades plus avancés (p. ex. tertiaire) à tout moment pendant l'évolution de l'infection, et celle-ci peut s'avérer plus difficile à traiter<sup>5</sup>. Par conséquent, dans certains cas, un traitement plus énergique peut être utilisé chez les patients séropositifs. Voici certaines des complications observées chez les hommes gais et autres HARSAH co-infectés par le VIH :

- système immunitaire affaibli et diminution de la capacité à traiter la syphilis;
- multiples chancres, qui peuvent apparaître pendant le stade primaire infectieux, plutôt qu'un seul chancre, comme c'est habituellement le cas chez les personnes séronégatives pour le VIH;
- progression rapide vers le stade tertiaire de la syphilis chez les personnes séropositives pour le VIH, observée dans certains cas sur une très courte période (six mois après l'infection par la syphilis, comparativement à une période de 10 à 30 ans);
- risque plus élevé de neurosyphilis au cours des stades infectieux<sup>6</sup>.

## 1.5 PRÉVENTION

Les stratégies de réduction du risque pour la prévention et le contrôle de la syphilis sont les mêmes que celles utilisées pour les autres ITSS, notamment :

- utiliser le condom de façon systématique et adéquate;
- réduire le nombre de partenaires sexuels;
- éviter de partager le matériel d'injection;
- dépister les populations à risque;
- traiter les personnes infectées et s'assurer que leurs partenaires sont avertis, examinés et traités.

Une utilisation systématique et adéquate du condom pour toute forme de relations sexuelles, y compris le sexe oral, peut réduire la transmission de la syphilis<sup>7</sup>. Toutefois, ces mesures n'éliminent pas complètement le risque de transmission, car une plaie de syphilis peut se trouver à un endroit qui n'est pas couvert par le condom ou la digue dentaire<sup>8</sup>.

Bien que la prévention du VIH auprès des hommes gais et autres HARSAH soit une priorité de la santé publique depuis plus de trois décennies, l'application des stratégies de prévention du VIH pour la prévention de la syphilis pose problème au sein de cette population.

Tout d'abord, les profils de risque du VIH et de la syphilis ne sont pas les mêmes en ce qui a trait au sexe oral. Les messages de prévention du VIH sont rarement axés sur l'utilisation du condom pour le sexe oral, car ce type de relation est considéré comme à faible risque de transmission du VIH<sup>9</sup>. L'utilisation du condom pour les relations sexuelles anales est déjà relativement répandue chez les hommes gais et autres HARSAH, et le sexe oral demeure une stratégie de réduction du risque courante chez les hommes gais et autres HARSAH dans le contexte de l'épidémie persistante du VIH<sup>10</sup>. Par contre, la syphilis se transmet facilement par le sexe oral<sup>11</sup>. Le faible risque perçu de transmission de la syphilis et la perception selon laquelle le sexe oral est « plus sûr » peuvent contribuer à la vulnérabilité des hommes gais et autres HARSAH à l'infection par la syphilis<sup>12</sup>.

Ensuite, s'il est vrai que l'utilisation du condom peut réduire le risque de transmission de la syphilis, il n'en demeure pas moins que l'infection peut se transmettre par contact cutané<sup>13</sup>. Dans l'ensemble, ces restrictions laissent croire que l'utilisation du condom est peu susceptible d'offrir une protection contre la syphilis qui soit aussi efficace que celle contre le VIH. Qui plus est, il serait difficile d'atteindre des taux encore plus élevés d'utilisation du condom que ceux observés à l'heure actuelle et d'adopter la pratique de l'utilisation du condom pour le sexe oral, car il est peu probable que ces stratégies soient acceptées au sein des communautés qui présentent le risque le plus élevé de contracter la syphilis<sup>14</sup>.

Enfin, contrairement au VIH, il est possible de guérir la syphilis. Or, il est également possible de contracter l'infection de nouveau après un traitement. De ce fait, un dépistage périodique doit être effectué chez les personnes qui ont déjà reçu un diagnostic de syphilis (et qui ont été traitées et qui en sont guéries)<sup>15</sup>.

## 1.6 ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA SYPHILIS INFECTIEUSE AU CANADA

Au Canada, les taux de syphilis infectieuse sont à la hausse. Pendant des années, le nombre de nouveaux cas de syphilis infectieuse déclarés annuellement était inférieur à 200 (moins de 1 pour 100 000 personnes). Depuis 2002, on observe une montée en flèche constante du nombre de cas déclarés annuellement, soit plus de 1 750 cas en 2011 (5,1 pour 100 000 personnes). Il s'agit d'une augmentation de 232 % par rapport au nombre de cas recensés en 2002<sup>16</sup>.

Le taux d'infection est plus faible que celui d'autres ITSS. À titre d'exemple, en 2010, le taux de cas déclarés était de 277,6 pour 100 000 personnes pour la chlamydia et de 33,4 pour 100 000 personnes pour la gonorrhée<sup>17</sup>. Cependant, pour certaines ITSS, les taux signalés sont plus élevés chez des populations en particulier. Par exemple, en ce qui concerne la chlamydia, le taux le plus élevé est recensé chez les jeunes femmes hétérosexuelles, qui représentent une population beaucoup plus nombreuse que les hommes gais et autres HARSAH. Par conséquent, le taux d'infection de syphilis constitue un fardeau beaucoup plus important chez les hommes gais et autres HARSAS que celui de la chlamydia chez les femmes hétérosexuelles.

## 1.7 VIGUEUR DE L'ÉPIDÉMIE DE SYPHILIS CHEZ LES HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAS

Comme c'est le cas dans de nombreux autres pays industrialisés, l'épidémie de syphilis qui se manifeste dans les centres urbains au Canada depuis le début des années 2000 touche les hommes de façon disproportionnée. La grande majorité de ces hommes sont gais ou ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et, parmi ceux-ci, on compte de cas séropositifs pour le VIH.

Au Canada, l'épidémie de syphilis semble progresser en raison, du moins, d'un « groupe central » d'hommes gais et autres HARSAS qui présente les caractéristiques suivantes<sup>18</sup> :

- Bon nombre d'entre eux sont séropositifs pour le VIH (jusqu'à la moitié des cas de syphilis dans certains centres urbains).
- Bon nombre d'entre eux (aussi bien des hommes séropositifs que des hommes séronégatifs) comptent un grand nombre de partenaires sexuels.
- Parmi ces partenaires, un grand nombre sont anonymes (p. ex. partenaires rencontrés dans des endroits comme des saunas) ou des partenaires « pseudonymes » (c.-à-d. partenaires rencontrés par l'intermédiaire des médias sociaux).

Certains ont avancé que cette hausse du taux de syphilis au sein de la communauté des hommes gais/HARSAH des centres urbains était attribuable à des taux d'utilisation du condom plus faibles en raison de la « lassitude face à la prévention » ou de la « lassitude quant à l'utilisation du condom » ou encore de l'idée qu'on se fait selon laquelle le VIH est maintenant devenu une maladie gérable. Cependant, dans de nombreux contextes, y compris les centres urbains du pays, on n'a pas noté d'augmentation de nouveaux cas d'infection au VIH suivant la tendance à la hausse des infections par la syphilis. En outre, des rapports indiquent que les taux d'utilisation du condom en Colombie-Britannique sont demeurés stables ou ont augmenté au cours de la période d'endémie de syphilis, ce qui signifie que d'autres facteurs pourraient être en cause<sup>19</sup>.

Certaines stratégies de réduction du risque, telles que le sérotriage (le choix d'un partenaire sexuel ayant la même sérologie VIH) et les positions stratégiques (le partenaire réceptif est celui séropositif pour le VIH ou qui ne connaît pas son état sérologique et son partenaire, séronégatif, assume le rôle actif lors des relations sexuelles anales), qui sont souvent utilisées lors de relations sexuelles non protégées, peuvent contribuer à l'augmentation du taux de syphilis chez les hommes gais séropositifs pour le VIH. Cette hypothèse pourrait expliquer en partie les cas de réinfection par la syphilis après un traitement réussi.

La sensibilisation auprès de ce « groupe principal » d'hommes gais et autres HARSAH qui présente le plus grand risque d'infection par la syphilis représente un défi réel. Les hommes de ce groupe sont souvent les plus marginalisés et leurs partenaires sexuels sont difficiles à retrouver, car il peut s'agir de partenaires « pseudonymes ». Il se peut que nous ayons à recourir à des interventions plus novatrices et intensives pour effectuer une sensibilisation efficace auprès de ces groupes.

## 2. FACTEURS DE RISQUE ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Outre le comportement à risque, nombreux sont les facteurs qui influent sur la vulnérabilité des hommes gais et autres HARSAH aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), dont la syphilis. Parmi ceux-ci, notons un large éventail de conditions sociales, économiques et structurelles qui contribuent aux expériences liées à la santé et à la maladie des hommes gais et autres HARSAH, aux choix qui s'offrent à eux et à leur capacité à prendre des décisions concernant l'atteinte de résultats positifs en matière de santé et à les appliquer concrètement. Il est important de comprendre les causes sous-jacentes et les déterminants de la santé qui ont une incidence sur la santé des hommes gais et autres HARSAH pour effectuer des interventions efficaces contre la syphilis dans cette population. Pour obtenir des renseignements détaillés sur les facteurs qui ont une incidence sur la résilience et la vulnérabilité aux ITSS chez les hommes gais et les autres HARSAH, consulter le *Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes*<sup>20</sup>.

### 2.1 HOMOPHOBIE ET HÉTÉROSEXISME, STIGMATISATION ET DISCRIMINATION CONNEXES

La stigmatisation et la discrimination, notamment l'homophobie et l'hétérosexisme, sont des facteurs clés de la vulnérabilité à la syphilis chez les hommes gais et les autres HARSAH. Les effets de la stigmatisation et de la discrimination liées à l'orientation sexuelle et à l'homophobie internalisée contribuent largement aux problèmes de santé mentale et à la maladie mentale chez les hommes gais et les autres HARSAH<sup>21</sup>. Plus particulièrement, les taux de dépression, d'anxiété, de faible estime de soi, de solitude, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide sont plus élevés chez les hommes gais et bisexuels que chez les autres hommes<sup>22</sup>. Les problèmes de santé mentale, tels que la dépression et l'anxiété, ont une incidence sur les comportements sexuels à risque (p. ex. relations sexuelles sans condom et consommation de substances) chez les hommes gais et autres HARSAH, ce qui peut mener à une ITSS comme la syphilis<sup>23</sup>. L'homophobie et l'hétérosexisme peuvent créer un milieu social où les hommes gais et autres HARSAH sont moins susceptibles de se déclarer gais ou d'accepter leur sexualité et où ils hésitent à accéder au dépistage et au traitement des ITSS<sup>24</sup>.

### 2.2 NORMES SEXUELLES

Les hommes sont influencés par les attentes à l'égard de leur sexe qui peuvent définir leur rôle au sein d'une relation, les encourager à adopter des comportements à risque ou les dissuader de demander des services de santé ou d'y accéder<sup>25</sup>. De surcroît, une image corporelle négative ainsi que les pressions à se conformer aux idéaux dominants de l'image corporelle sont associées à une augmentation de la consommation de substances, de la prise de stéroïdes, des régimes extrêmes, de la faible estime de soi et de la dépression<sup>26</sup>. Les normes et les rôles

sexuels concernant la masculinité peuvent également accroître le risque d'ITSS chez l'homme transgenre (personne qui, biologiquement, était une femme à la naissance, mais qui s'identifie comme un homme) qui a des relations sexuelles avec des hommes<sup>27</sup>. Par exemple, le partage de matériel servant à l'injection de drogues, comme les aiguilles pour l'injection d'hormones ou de silicone, augmente le risque de transmission de la syphilis, du virus de l'hépatite C et du VIH chez les hommes transgenres<sup>28</sup>. Les hommes transgenres perçoivent un faible risque d'ITSS et font face à de multiples obstacles en ce qui a trait à l'accès aux services de santé, y compris les examens physiques et le dépistage des ITSS, en raison de la stigmatisation et du manque de sensibilisation et de connaissances concernant leurs besoins uniques en matière de santé<sup>29</sup>.

## 2.3 CULTURE

La culture est un élément clé de l'identité d'une personne et peut influencer ses connaissances, ses compétences ainsi que son attitude à l'égard de la sexualité, du comportement sexuel individuel et des résultats sur la santé. Les personnes qui s'identifient à la fois comme appartenant à un groupe ethnoculturel ou racial et comme minorité sexuelle peuvent faire face à différents niveaux de stigmatisation et de discrimination qui se superposent et augmentent le risque de problèmes de santé physique et mentale<sup>30</sup>. Par exemple, les hommes gais et autres HARSAH peuvent être victimes de racisme au sein de la communauté gaie et être victimes d'homophobie au sein de leur communauté ethnique et de la part de la population en général<sup>31</sup>. Les effets multigénérationnels de la colonisation, la discrimination et les séquelles des pensionnats ont également des répercussions sur les comportements liés à la santé ainsi que les expériences d'homophobie et de racisme chez les Autochtones gais, bispirituels et autres HARSAH<sup>32</sup>. Même si la culture peut constituer un obstacle à des discussions ouvertes sur la sexualité et à l'accès aux services, elle peut également s'avérer une source de force et de résilience<sup>33</sup>.

## 2.4 RÉSEAUX DE SOUTIEN SOCIAL

Le soutien offert par les membres de la famille, les amis et les communautés est associé à un sentiment d'appartenance et à la capacité de gérer le stress et les effets négatifs de la stigmatisation et de la discrimination<sup>34</sup>. Chez les hommes gais et autres HARSAH, un tel soutien peut jouer un rôle crucial en ce qui a trait à la divulgation, à l'observance thérapeutique et à la poursuite des soins<sup>35</sup>. Pour de nombreux hommes gais et autres HARSAH, Internet et les médias sociaux constituent également des sources importantes de soutien social et ont changé la façon dont les hommes gais accèdent à l'information sur la santé et rencontrent leurs partenaires sexuels<sup>36</sup>. Parallèlement, Internet et les médias sociaux peuvent contribuer au risque d'ITSS, car ils facilitent les relations sexuelles occasionnelles et anonymes, qui peuvent parfois mener à des relations sexuelles sans condom, ce qui peut augmenter les possibilités de multiples partenaires et le risque de contracter la syphilis et d'autres ITSS.

## 2.5 ENVIRONNEMENTS SOCIAUX ET PHYSIQUES

Divers lieux sociaux, tels que les bars gais, Internet et les saunas, offrent l'occasion d'entretenir des relations sociales et de trouver des partenaires sexuels au sein de la communauté gaie, ce qui a une incidence aussi bien sur les profils de fréquentation sociale que la vulnérabilité aux ITSS chez les hommes gais et autres HARSAH<sup>37</sup>. De plus, les pratiques sociales comme les relations sexuelles anonymes, la consommation d'alcool et de drogues à usage récréatif ainsi que la communication non verbale qui caractérise les activités sexuelles dans les saunas gais, peuvent constituer des obstacles aux relations sexuelles protégées<sup>38</sup>. L'accès à des milieux sécuritaires et positifs où les hommes gais et autres HARSAH peuvent se fréquenter et accéder à des services où ils ne seront pas victimes d'homophobie ou de violence joue également un rôle essentiel pour la santé des hommes gais.

## 2.6 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ

Les obstacles à l'accès aux services de santé, dont l'homophobie, la discrimination, le lieu géographique et la proximité des services, de même que le manque de confidentialité ou d'anonymat, ont une incidence sur la fréquence et la qualité des soins que reçoivent les hommes gais et autres HARSAH<sup>39</sup>. En particulier, les connaissances et l'attitude des fournisseurs de soins de santé peuvent freiner l'accès aux services de santé sexuelle pour les hommes gais et les autres HARSAH<sup>40</sup>. La stigmatisation, la discrimination et l'ignorance perçues à l'égard des besoins en matière de santé des hommes gais et autres HARSAH ont des conséquences sur la décision de ces derniers d'accéder ou non à l'information sur la santé et aux services ainsi que sur la façon d'y accéder, de même que sur la qualité des services qu'ils reçoivent.

## 3. THÉORIE DE LA PRÉVENTION DES ITSS

### 3.1 PRÉVENTION EN AMONT, PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE DES ITSS

Les activités de prévention des ITSS peuvent prendre plusieurs formes. Ces activités de prévention sont généralement définies comme en amont, primaires, secondaires ou tertiaires. Afin de permettre de réduire substantiellement les impacts des ITSS, une approche globale en prévention des ITSS doit comprendre la majorité ou la totalité de ces quatre catégories.

La prévention en amont s'attaque aux déterminants de la santé (p. ex. l'homophobie, la discrimination, les normes sexuelles et le statut socioéconomique) qui influencent la vulnérabilité et la résilience à l'égard des ITSS. La prévention primaire est axée sur la réduction de la transmission des ITSS en assurant la protection des personnes non infectées contre les ITSS par les voies de transmission comme les relations sexuelles sans condom et le partage du matériel de consommation de drogues. La prévention secondaire désigne les efforts mis en branle pour diagnostiquer et traiter les ITSS le plus rapidement possible afin de guérir ou de ralentir la progression de chaque maladie, de prévenir la progression de toute co-infection latente et de réduire le risque de transmission. Les activités de prévention tertiaire mettent l'accent sur le soutien et la prestation de services de soins aux personnes vivant avec une ITSS. Leur objectif est de limiter la progression de la maladie et d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec ces maladies.

### 3.2 MODÈLE D'ORIENTATION POUR LA PRÉVENTION PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE DE LA SYPHILIS

Le modèle information, motivation et habiletés comportementales (IMHC) est une approche qui s'est avérée efficace pour les professionnels de la santé afin de modifier les comportements sexuels à risque élevé au sein de plusieurs populations<sup>41</sup>. Comme son nom l'indique, le modèle IMHC rappelle que les interventions efficaces de prévention des ITSS sont fondées sur trois éléments essentiels. L'application de ces trois éléments spécifiquement à la prévention de la syphilis est présentée ci-dessous.

#### Information

La composante de l'information d'une intervention efficace pour la prévention de la syphilis basée sur le modèle IMHC fournit aux participants des connaissances et des renseignements pertinents concernant la transmission de la syphilis et les moyens de la prévenir (p. ex. l'utilisation du condom ou la réduction du nombre de partenaires sexuels). Ces moyens sont présentés comme des conditions préalables à la réduction des comportements à risque. Il est important que les renseignements fournis soient adaptés à l'âge et au niveau d'alphabétisation des bénéficiaires<sup>42</sup>.

### Motivation

Les renseignements seuls ne suffisent pas à engendrer un changement de comportement. Les participants doivent aussi être motivés à adapter leurs comportements en fonction des renseignements qu'ils ont appris. En ce qui concerne la réduction des comportements sexuels à risque et le dépistage de la syphilis, il est important que les interventions tiennent compte des besoins et motivations des publics cibles et qu'elles prennent en considération les obstacles à la prévention (p. ex. faible risque perçu, attitudes à l'égard de l'utilisation du condom, soutien social perçu) ainsi que de l'intention d'adopter des comportements de prévention de la syphilis (p. ex. dépistage des ITSS, notification aux partenaires)<sup>43</sup>.

### Compétences comportementales

Les programmes de prévention des ITSS sont beaucoup moins susceptibles d'atteindre leurs objectifs s'ils n'intègrent pas les habiletés comportementales (p. ex. efficacité personnelle perçue) qui permettront d'adopter le changement de comportement visé<sup>44</sup>. La troisième composante essentielle d'une intervention efficace en matière de prévention de la syphilis porte sur les compétences comportementales nécessaires pour réduire le comportement sexuel à risque et pour accéder au dépistage et au traitement. Les interventions efficaces de prévention de la syphilis ne comportent pas seulement la définition des compétences comportementales (p. ex. négociation de l'utilisation du condom, communication du risque), mais aussi la possibilité pour les participants les mettre en pratique.

## 4. PRATIQUES PROMETTEUSES CONCERNANT LA PRÉVENTION DE LA SYPHILIS CHEZ LES HOMMES GAIS ET AUTRES HARSAH

L'un des points de mire des activités de prévention du VIH chez les hommes gais et autres HARSAH est le recours à des interventions comportementales qui encouragent l'utilisation du condom pour les relations sexuelles anales. L'utilisation systématique et adéquate du condom pour toutes les activités sexuelles demeure l'un des principaux moyens pour prévenir la transmission des ITSS, dont la syphilis<sup>45</sup>. Cependant, étant donné que la syphilis se transmet facilement par le sexe oral et qu'elle peut tout de même être transmise pendant des relations sexuelles anales malgré l'utilisation du condom, il se peut que cette approche ne soit pas suffisante en soi pour la prévention de la syphilis.

Le développement de nouvelles connaissances, l'amélioration de la portée et de la compréhension de nouvelles données sur la santé publique ainsi que des pratiques prometteuses sont importants pour répondre efficacement à long terme à l'infection à la syphilis. Cela comprend le recours systématique aux connaissances et une évaluation rigoureuse des programmes, ce qui permettra de reconnaître les lacunes dans les connaissances et les communiquer aux chercheurs, ainsi que d'orienter les cycles d'élaboration de programmes futurs afin d'améliorer les résultats en matière de santé publique.

### 4.1 INTENSIFICATION DU DÉPISTAGE AXÉ SUR LES GROUPES PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIÈREMENT ÉLEVÉ

Les données probantes canadiennes et mondiales montrent la nécessité d'intensifier le dépistage de la syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH les plus à risque. Selon la documentation, il faut augmenter la fréquence du dépistage (pouvant aller jusqu'à tous les trois mois) chez les hommes gais et autres HARSAH séronégatifs pour le VIH qui présentent un risque élevé et ajouter le dépistage de la syphilis aux examens sanguins de routine chez les hommes gais et autres HARSAH séropositifs pour le VIH en raison des taux importants de co-infection par la syphilis<sup>46</sup>.

Les autorités de la santé publique et les partenaires communautaires ont adopté des stratégies visant à accroître le dépistage dans la plupart des régions touchées par une épidémie de syphilis. En général, le dépistage de la syphilis est offert dans les cliniques de santé sexuelle et par l'entremise des fournisseurs de soins de santé. D'autres points d'accès ont été créés, dont des stations de dépistage dans des lieux fréquentés par des hommes gais et autres HARSAH (p. ex. bars, saunas) et des endroits offrant des services communautaires (encadré 1). Plusieurs provinces et territoires ont également recommandé l'ajout du dépistage de la syphilis à l'examen sanguin de routine dans le cadre des soins cliniques habituels que reçoivent les hommes gais et autres HARSAH séropositifs pour le VIH<sup>47</sup>.

**ENCADRÉ 1** : Exemple de service satellite communautaire de dépistage sans rendez-vous<sup>48</sup>

À Toronto, Hassle Free Clinic a offert un service satellite de dépistage sans rendez-vous au local du AIDS Committee of Toronto (ACT), de 6 h à 21 h tous les jeudis du 14 février au 18 avril 2013. On pouvait y subir un dépistage rapide anonyme du VIH ainsi qu'un dépistage standard de la syphilis. Au total, 231 hommes ont bénéficié de ce service pour le dépistage rapide du VIH, dont 60 ont également demandé le dépistage de la syphilis. Ce service a permis de détecter un cas confirmé de séropositivité pour le VIH et quatre cas confirmés de syphilis. Une grande diversité d'hommes se sont présentés et ont formulé des commentaires très positifs dans les formulaires d'évaluation, notamment concernant l'emplacement du service, les heures et le fait qu'il s'agissait d'un service sans rendez-vous. L'AIDS Committee of Toronto a accepté de se charger de la promotion de ce service satellite spécial et des activités d'information; les coûts engagés pour le matériel publicitaire ont été partagés également entre l'AIDS Committee of Toronto et Hassle Free Clinic. Ces activités comprenaient des publicités imprimées et pour des applications mobiles, des activités d'information dans les médias sociaux et sur place ainsi que des cartes postales et des affiches.

Or, même lorsque les « bonnes » personnes (hommes gais et autres HARSAH séropositifs ou séronégatifs pour le VIH présentant un risque élevé) subissent un dépistage à la « bonne » fréquence (jusqu'à tous les trois mois) par les « bons » moyens (examen sanguin de routine dans le cas des hommes séropositifs pour le VIH; à un centre de dépistage ordinaire ou à un centre d'intervention dans le cas des hommes séronégatifs et des hommes séropositifs pour le VIH), il n'en demeure pas moins qu'il reste des défis à relever en ce qui a trait au dépistage et au traitement. Par exemple, après avoir reçu le diagnostic de syphilis, puis être traités pour l'infection et en guérir, ces hommes redeviennent susceptibles à une réinfection. Un cycle de prévalence continu s'ensuit alors au sein d'un bassin d'hommes présentant un risque élevé, soit un effet pervers de la pratique fructueuse du dépistage fréquent et du traitement, comme l'indique une modélisation mathématique. Des taux de réinfection élevés ont été signalés dans plusieurs grands centres urbains<sup>49</sup>. Ces chiffres montrent que, pour atténuer cet effet, il importe d'adopter une approche globale, qui comprend notamment la notification aux partenaires et une sensibilisation accrue.

## 4.2 APPROCHES NOVATRICES EN MATIÈRE DE NOTIFICATION AUX PARTENAIRES

La notification aux partenaires est un élément normalisé de l'intervention de la santé publique à l'égard des ITSS. Ce processus consiste généralement à identifier les partenaires sexuels d'une personne ayant reçu un diagnostic d'ITSS (souvent appelée « patient de référence »). Il est alors possible que le patient de référence ou un représentant de la santé publique communique avec ces partenaires sexuels, et ce, en vue d'encourager ces derniers à se soumettre à un dépistage et à recevoir un traitement, au besoin<sup>50</sup>.

Toutefois, compte tenu des caractéristiques de l'épidémie de syphilis récente, il s'avère difficile d'appliquer les stratégies habituelles de notification aux partenaires et il est peu probable qu'elles jouent un rôle important dans l'intervention contre l'épidémie de syphilis actuelle chez les hommes gais et autres HARSAH<sup>51</sup>. Dans ce contexte, des stratégies novatrices se sont révélées complémentaires aux approches habituelles de notification aux partenaires utilisées par la santé publique, sans toutefois avoir pour but de les remplacer. Les stratégies de notification aux partenaires en ligne reposent sur l'utilisation du courrier électronique et d'Internet pour aviser les contacts sexuels potentiels des patients de référence. Ces stratégies en ligne se sont avérées efficaces pour communiquer avec un plus grand nombre de contacts sexuels; elles sont plus rapides, nécessitent moins de ressources et sont plus acceptées par la collectivité. Par ailleurs, ces stratégies ont permis de retrouver et de traiter un plus grand nombre de contacts sexuels qui, autrement, n'auraient pu être avisés<sup>52</sup>.

### 4.3 PLUS GRANDE SENSIBILISATION AU MOYEN DE CAMPAGNES DE MARKETING SOCIAL CIBLÉES

Un certain nombre d'administrations au Canada et ailleurs ont lancé des campagnes de marketing social visant à accroître la sensibilisation à la syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH. Ces campagnes n'ont pas toutes été évaluées. Bien que certaines campagnes aient connu un certain succès sur une période limitée, aucune n'est parvenue à faire baisser les taux de syphilis de façon soutenue. Toutefois, on a observé que les campagnes les plus efficaces présentaient toutes ces caractéristiques :

- elles sont soigneusement planifiées;
- elles sont strictement fondées sur les principes de marketing social;
- elles ciblent les communautés qui présentent le risque le plus élevé (c.-à-d. hommes gais et autres HARSAH, et mettent l'accent sur les membres de la communauté séropositifs pour le VIH);
- elles visent à accroître la sensibilisation au dépistage de la syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH<sup>53</sup>.

Certains ont avancé que la réussite de ces campagnes s'explique par l'objectif comportemental simple et direct établi pour les hommes gais et les autres HARSAH : se soumettre à un test de dépistage de la syphilis. Ils soulignent que les campagnes fructueuses ne se sont pas engagées sur la voie d'incitation au changement du comportement sexuel, changement que les hommes gais et autres HARSAH trouveraient sans doute difficile et non souhaitable (p. ex. utiliser le condom pour le sexe oral). Il est relativement facile de subir un test de dépistage, alors qu'il est relativement difficile de modifier des comportements sexuels par le marketing social. Plutôt que de demander aux hommes gais de modifier leurs comportements sexuels, ces campagnes les encourageaient à adopter un nouveau comportement facile axé sur la santé<sup>54</sup>.

Au Canada, plus d'une douzaine de campagnes de marketing social ont été créées en collaboration avec un large éventail de partenaires, dont la plupart ciblaient les hommes gais et autres HARSAH :

- La syphilis est de retour (Ottawa/Toronto/Montréal, 2004)
- Je suis Phil (Québec, 2004-2005)
- Mieux vaut y voir (Québec, 2007-2008)
- Syphilis, toujours à l'attaque, en trois temps (Toronto, 2010, puis lancée à l'échelle provinciale [Ontario] et nationale)
- Look What's Back, campagne en deux phases (Calgary, 2010)
- Don't you Get It/Plenty of Syph, campagne en deux phases (Alberta, 2011)
- Respecte-toi (Territoires du Nord-Ouest, 2011)
- Get on it (Toronto/Ottawa, 2011-2012)
- Syphilis – Qui sait? (Nouveau-Brunswick, 2011-2013)
- Thehardfacts.ca (Nouvelle-Écosse, 2013)
- What's Trending in Vancouver? (Colombie-Britannique, 2013-2014)

Voici certains des objectifs visés généralement par ces campagnes :

- Réduire la prévalence de la syphilis infectieuse chez les hommes gais et autres HARSAH.
- Accroître la sensibilisation à l'épidémie de syphilis et aux autres ITSS.
- Accroître la sensibilisation à la transmission, aux symptômes, au traitement ainsi qu'aux complications.
- Accroître la sensibilisation aux effets de la syphilis sur la transmission du VIH et sur la santé chez les personnes séropositives pour le VIH.
- Accroître la sensibilisation aux endroits où subir un test de dépistage de la syphilis.
- Promouvoir le dépistage périodique de la syphilis.
- Encourager la notification aux partenaires.
- Promouvoir l'utilisation du condom.

---

### ÉTUDE DE CAS 1 : Campagne *Syphilis, toujours à l'attaque* (Toronto)<sup>55</sup>

La campagne *Syphilis, toujours à l'attaque* a été conçue en 2010 par l'AIDS Committee of Toronto (ACT), puis l'Alliance pour la santé sexuelle des hommes gais et Due North Communications y ont ajouté des éléments. Elle a ensuite été développée davantage et distribuée à l'échelle provinciale par l'Alliance et à la grandeur du pays par CATIE.

#### **BUT**

Accroître la sensibilisation aux taux élevés constants de l'infection par la syphilis chez les hommes gais et bisexuels, donner plus d'information sur la syphilis, le dépistage de la syphilis et les effets de la syphilis sur la santé des hommes séropositifs pour le VIH et encourager les hommes à subir un test de dépistage de la syphilis.

#### **ÉLÉMENTS CLÉS**

Le concept de la campagne consistait à utiliser l'humour comme moyen d'aborder un sujet qui rend beaucoup d'hommes gais mal à l'aise. Cette campagne comprenait des documents imprimés, un site Web ([www.actoronto.org/syphilis/fr](http://www.actoronto.org/syphilis/fr)), des annonces dans le métro, des encarts dans les emballages de condoms ainsi que des publicités payantes imprimées et en ligne. Certains documents visaient spécifiquement les hommes gais séropositifs. Les images ont été conçues explicitement pour ne pas ressembler aux publicités actuelles sur la santé concernant le VIH et les ITSS. La campagne s'est échelonnée d'avril à octobre 2010.

#### **OBSERVATIONS**

D'après les résultats des sondages menés avant et après la campagne, on conclut que la campagne a eu un impact : elle a permis d'accroître la sensibilisation et les connaissances à l'égard de la syphilis, notamment en ce qui concerne les voies de transmission, les effets sur les personnes séropositives pour le VIH et les endroits où subir des tests de dépistage. Cependant, les taux de dépistage demeuraient sensiblement les mêmes avant et après la campagne chez les répondants du sondage, même si le quart des répondants ont indiqué avoir fait un test de dépistage à la suite de la campagne.

---

On définit généralement le marketing social comme une approche fondée sur la recherche et axée sur le consommateur qui promeut les avantages associés à un changement de comportement volontaire plutôt que de promouvoir simplement le comportement visé. Cette approche utilise les médias, les messages et les images tout comme la publicité commerciale les utilise de façon efficace. Selon la description des campagnes antérieures et la documentation sur le marketing social, un guide en neuf points doit être suivi pour l'élaboration d'une campagne de marketing social efficace visant à accroître le dépistage de la syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH très actifs sexuellement (encadré 2)<sup>56</sup>.

**ENCADRÉ 2 :** Éléments clés des campagnes de marketing social fructueuses visant l'augmentation du dépistage de la syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH très actifs sexuellement<sup>57</sup>.

1. **Objectifs :** Augmenter le dépistage et la sensibilisation. Les objectifs devraient être précis, mesurables, réalisables, réalistes et à délai limité.
2. **Étude de marché et recherche formative :** Des sondages auprès de répondants clés de la communauté et de groupes cibles devraient être menés afin de prendre le pouls des valeurs, des attitudes et des idées du groupe concernant le risque de syphilis et le dépistage de l'infection. Il faut comprendre précisément le comportement que vous souhaitez voir adopter par votre groupe cible et déterminer les obstacles à l'adoption du comportement en question. Les études de marché et la recherche formative devraient être réalisées avant la création du message et du matériel et de nouveau avant la mise en œuvre de la campagne.
3. **Modèle théorique :** Les campagnes devraient être fondées sur un modèle théorique (p. ex. modèle Information, motivation et habiletés comportementales [IMHC]).
4. **Prix :** Les campagnes devraient prendre en compte le « prix » du comportement souhaité ou les conséquences physiques et psychologiques de l'adoption du comportement souhaité. Pour la plupart des hommes gais et autres HARSAH, le « prix » du dépistage de la syphilis est relativement faible.
5. **Segmentation :** Cette étape consiste à diviser un groupe global hétérogène (p. ex. tous les HARSAH) en plus petits segments (p. ex. hommes n'ayant jamais fait de test de dépistage), puis à élaborer les messages et le matériel de la campagne en tenant compte des valeurs, des attitudes et des idées de chaque groupe cible et en mettant l'accent sur le stade actuel du changement de comportement et la probabilité que soit adopté le comportement souhaité.
6. **Signature et stratégie de marque :** Il s'agit du thème de base global axé sur le comportement lié à la santé en question. À titre d'exemple, une signature ou stratégie de marque telle que « Stop the Sores » doit répondre aux besoins et aux valeurs du public cible.
7. **Matériel et mise en œuvre :** Dans la plupart des cas, le matériel utilisé dans les campagnes comprend notamment des annonces dans les journaux hebdomadaires destinés au grand public et au public gai, des messages à la radio, des bannières publicitaires et d'autres annonces en ligne. En plus d'accroître la sensibilisation à la syphilis, les documents présentent un logo, un site Web, un numéro de téléphone ainsi qu'un énoncé encourageant le dépistage de la syphilis.
8. **Placement :** Le matériel de la campagne doit être placé aux endroits où les hommes gais et autres HARSAH sont le plus susceptibles d'aller (p. ex. quartiers gais, sites Web, applications mobiles et lieux commerciaux fréquentés par les hommes gais, tels que les bars, les centres d'entraînement et les cafés).
9. **Évaluation :** Les techniques d'interrogation au passage (p. ex. un intervieweur demande à des répondants de remplir un bref questionnaire dans un quartier cible) sont la méthode de choix pour évaluer les campagnes de marketing social visant le dépistage de la syphilis. On peut mesurer l'impact d'une campagne à mi-parcours (p. ex. six mois après le début de la campagne) et une fois celle-ci terminée (p. ex. un à deux ans après la fin). L'évaluation effectuée à mi-parcours devrait donner lieu à des modifications visant à améliorer les éléments qui ne fonctionnent pas aussi bien que prévu. L'efficacité des campagnes s'évalue en fonction de la notoriété auprès des répondants de la campagne et le dépistage de la syphilis autodéclaré au cours des six mois précédents.

## 5. LEÇONS TIRÉES

### 5.1 PRÉVENTION DU VIH ET DES ITSS : SURVOL DE LA PERTINENCE DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DE LA SYPHILIS

Un examen des données probantes existantes sur l'efficacité des interventions de prévention du VIH et des ITSS a été réalisé afin d'orienter l'élaboration du présent document. Il est toutefois important de tenir compte des difficultés et des limites qui se dressent toujours lorsqu'on tente d'appliquer ces données probantes aux interventions de prévention de la syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH.

### 5.2 LEÇONS TIRÉES DES INITIATIVES D'AUTRES PAYS

Des intervenants d'autres pays ont également lancé des initiatives de prévention de la syphilis. On a ainsi pu tirer de précieuses leçons sur les points forts et les points faibles de ces activités. Deux études de cas, l'une portant sur l'Australie et l'autre, sur les États-Unis, fournissent des données utiles.

#### Australie

Dans le cadre des activités ayant mené à la création du National Gay Men's Syphilis Action Plan (NGMSAP, plan d'action national contre la syphilis chez les hommes gais), les chercheurs australiens ont mené des études de recherches sociales et de modélisation mathématique complémentaires pour étudier l'impact potentiel à long terme des différentes interventions sur la prévalence de la syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH au pays. La modélisation mathématique a servi à comparer les différentes interventions, dont les réductions à court terme et à long terme du nombre de partenaires sexuels des hommes gais ainsi que les augmentations à court terme et à long terme de l'utilisation du condom. Les chercheurs ont constaté que l'augmentation de l'utilisation du condom et la réduction du nombre de partenaires à court terme avaient eu des répercussions négligeables sur les tendances de la syphilis à long terme. Seule une augmentation significative de l'utilisation du condom (80 %) combinée à une diminution du nombre de partenaires soutenue indéfiniment pourrait avoir une incidence sur les taux de syphilis à long terme<sup>58</sup>.

Cependant, la recherche sociale complémentaire indique que de tels changements du comportement à long terme sont peu susceptibles de se produire. Ces constatations se sont avérées, particulièrement chez les hommes que l'on jugeait comme présentant le plus grand risque (ceux ayant le nombre de partenaires sexuels le plus élevé et le plus faible taux d'utilisation du condom). Plus précisément, l'idée de la réduction du nombre de partenaires n'a pas été bien accueillie. Selon cette recherche, beaucoup d'hommes, surtout ceux qui présentent le risque le plus élevé, étaient réfractaires aux interventions demandant des changements importants du comportement sexuel des hommes gais ou les percevaient comme non réalisables. Ils ne voyaient guère de raisons de réduire davantage leur plaisir sexuel pour éviter la syphilis outre ce qu'ils faisaient déjà pour la prévention du VIH<sup>59</sup>.

La recherche montre que, si on ne parvient pas à accroître l'utilisation du condom et à diminuer le taux de changement de partenaires dans une mesure nettement invraisemblable, la prévalence ne changera que de façon infime<sup>60</sup>. Les auteurs ont donc proposé de recourir à d'autres interventions, telles que l'augmentation du nombre et de la fréquence de dépistage et de traitement, l'amélioration de la notification aux partenaires et la chimioprophylaxie (utilisation de médicaments à titre préventif contre l'infection) contre la syphilis; les participants à l'étude de recherche sociale ont jugé que toutes ces interventions étaient plus acceptables. À la lumière des résultats de cette recherche, le plan d'action NGMSAP de l'Australie accordait une plus faible priorité au changement de comportement et prévoyait l'élaboration de stratégies visant à augmenter le dépistage de la syphilis et à tenter la chimioprophylaxie auprès des hommes gais présentant un risque élevé. Les auteurs ont insisté sur la nécessité de rehausser les taux actuels d'utilisation du condom, dans l'éventualité où l'épidémie de syphilis prendrait davantage d'ampleur<sup>61</sup>.

---

### ÉTUDE DE CAS 2 : Plan d'action national de l'Australie contre la syphilis chez les hommes gais (National Gay Men's Syphilis Action Plan [NGMSAP])<sup>62</sup>

Le plan d'action national de l'Australie contre la syphilis chez les hommes gais (NGMSAP) a été élaboré en 2009 en réponse à une augmentation des taux de dépistage et des relations sexuelles protégées, qui ne se traduisaient toutefois pas par une baisse de la prévalence de la syphilis. En fait, les auteurs du plan d'action NGMSAP ont noté qu'actuellement, rien n'indiquait, aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale, qu'il y avait eu une baisse soutenue des cas déclarés à la suite des mesures de prévention de la syphilis mises en œuvre dans les communautés métropolitaines d'hommes gais au cours des dix dernières années. Ils ont conclu que ces mesures seraient peu susceptibles de prévenir la syphilis, et ce, même si elles étaient mises en œuvre à plus grande échelle.

#### BUT DU PLAN D'ACTION NGMSAP

Parvenir à une réduction soutenue de la prévalence de la syphilis infectieuse chez les hommes gais et autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes en Australie d'ici 2013.

#### CIBLES DU PLAN D'ACTION NGMSAP

- D'ici 2011, au moins 90 % des hommes gais très actifs sexuellement (plus de 20 partenaires sur une période de six mois) subissent un test de dépistage de la syphilis et du VIH au moins une fois tous les six mois.
- D'ici 2011, au moins 90 % des hommes gais séropositifs pour le VIH et actifs sexuellement subissent périodiquement un test de dépistage de la syphilis et font l'objet d'un suivi trimestriel pour le VIH.
- D'ici 2011, le dépistage combiné du VIH et la syphilis fait partie des examens habituels lorsque des hommes gais non diagnostiqués se présentent pour un dépistage.
- D'ici 2011, on notera une réduction de 5 % de la proportion des hommes gais n'ayant jamais subi de test de dépistage des ITSS.
- D'ici 2011, on notera une augmentation du nombre de contacts sexuels ayant subi un test de dépistage et un traitement.

**Priorité no 1 :** Dépistage. Parmi les mesures, notons la révision des lignes directrices actuelles en matière de dépistage, la détermination et l'élimination des obstacles à un dépistage plus fréquent, l'application dans les cliniques des procédures visant à reconnaître les hommes gais et autres HARSAH séronégatifs pour le VIH et très actifs sexuellement et à leur faire subir un dépistage, et l'évaluation de l'utilisation des tests de dépistage rapide de la syphilis.

**Priorité no 2 :** Notification aux partenaires. Les mesures comprennent l'intégration de systèmes de notification aux partenaires en ligne et la diffusion de messages de promotion de la santé axés sur l'amélioration des taux de notification aux partenaires.

**Priorités en matière de soutien :** Chimio prophylaxie (utilisation de médicaments à titre préventif contre une infection) et promotion de la santé. Les mesures sont notamment la mise en œuvre d'un essai de chimio prophylaxie dès que possible, l'élaboration d'une approche uniforme à l'échelle nationale concernant l'information sur la syphilis et la diffusion de messages à l'intention des hommes gais et autres HARSAH, et la garanti qu'il n'y aura aucune érosion des taux actuels de l'utilisation du condom.

---

## États-Unis

En 1999, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis ont lancé le *National Plan to Eliminate Syphilis from the United States*<sup>63</sup> (plan national pour l'élimination de la syphilis aux États-Unis). Ce plan définissait des stratégies clés, dont : intensification des activités de surveillance et d'intervention contre l'éclosion, dépistage et traitement rapides dans le milieu médical et hors du contexte médical, élargissement des services de laboratoire, rehaussement de la participation communautaire et des partenariats avec les organismes, et augmentation de la promotion de la santé. Les CDC ont par la suite publié un plan mis à jour visant à s'attaquer aux nouvelles difficultés et à les surmonter.

---

### ÉTUDE DE CAS 3 : Leçons tirées du plan national pour l'élimination de la syphilis aux États-Unis<sup>64</sup>

Bien qu'aucune évaluation globale du plan national de 1999 n'ait été menée, le plan national de 2006 indiquait les principales leçons tirées des efforts déployés pendant cinq ans pour l'élimination de la syphilis aux États-Unis.

#### PRINCIPALES LEÇONS TIRÉES :

- Intégrer les activités d'élimination de la syphilis aux autres programmes de prévention et de contrôle du VIH et des ITSS, dans la mesure du possible.
  - Utiliser les données de recherche et de surveillance accessibles à l'échelle locale dans le cadre de l'élaboration de stratégies fondées sur des données probantes.
  - Veiller à ce que les activités locales d'élimination de la syphilis soient suffisamment souples pour être mises en œuvre en cas d'épidémie à progression rapide.
  - Adopter une approche globale concernant l'élimination de la syphilis, qui tient compte des déterminants sociaux de la transmission de la maladie.
  - Fournir des services de haute qualité en matière de lutte contre les ITSS.
  - Demander la participation des collectivités et des fournisseurs de services privés locaux et collaborer avec ceux-ci.
  - Comprendre les stratégies en ligne et en élaborer.
-

## CONCLUSION

Une approche globale visant la prévention de la syphilis prend en compte les facteurs sociaux, structurels et économiques qui influent sur la vulnérabilité des hommes gais et autres HARSAH aux ITSS et comprend une combinaison des interventions de prévention en amont, primaire, secondaire et tertiaire. Compte tenu de la vigueur de l'épidémie de syphilis chez les hommes gais et autres HARSAH dans de nombreuses régions du Canada et à la lumière des données probantes existantes, cette approche comprendrait les éléments suivants :

- augmentation de la fréquence de dépistage chez les hommes gais et autres HARSAH actifs sexuellement, particulièrement chez ceux présentant le risque le plus élevé (p. ex. ceux ayant un grand nombre de partenaires sexuels, personnes séropositives pour le VIH);
- stratégies novatrices pour la notification aux partenaires en vue d'assurer la surveillance de la progression de l'épidémie;
- plus grande sensibilisation à la syphilis grâce à des campagnes de marketing social.

Le programme de prévention de la syphilis auprès des hommes gais et autres HARSAH pourrait intégrer des éléments du modèle Information, motivation et habiletés comportementales (IMHC). Le recours systématique aux connaissances et une évaluation rigoureuse des programmes sont également importants afin de reconnaître les lacunes dans les connaissances et les communiquer aux chercheurs, ainsi que pour orienter les cycles d'élaboration de programmes futurs et, ce faisant, améliorer les résultats en matière de santé publique.

## NOTES DE FIN DE DOCUMENT

- (1) Agence de la santé publique du Canada. 2010. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Syphilis. Accès : [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-10-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-its/cgsti-ldcits/section-5-10-fra.php)
- (2) Agence de la santé publique du Canada. 2006. Questions fréquemment posées au sujet de la syphilis.
- (3) Agence de la santé publique du Canada, 2010.
- (4) Agence de la santé publique du Canada. 2008. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2008; Sheth, P., Thorndycraft, B. 2009. Les infections transmissibles sexuellement et la transmission du VIH. Accès : [www.catie.ca/fr/feuilletts-info/epidemiologie/les-infections-transmissibles-sexuellement-transmission-vih](http://www.catie.ca/fr/feuilletts-info/epidemiologie/les-infections-transmissibles-sexuellement-transmission-vih)
- (5) Agence de la santé publique du Canada, 2008.
- (6) Zetola, N.M., Klausner, J.D. 2007. Syphilis and HIV Infection: An Update. *Clinical Infectious Diseases*, 44, 1222-28.
- (7) Koss, C.A., Dunne, E.F., Warner, L. 2009. A systematic review of epidemiological studies assessing condom use and risk of syphilis. *Sexually Transmitted Diseases*, 36(7), 401-405.
- (8) Hosein, S.R. 2014. La Syphilis (feuillet d'information). Accès : [www.catie.ca/fr/feuilletts-info/infections/syphilis](http://www.catie.ca/fr/feuilletts-info/infections/syphilis)
- (9) Agence de la santé publique du Canada. 2013a. Risque de transmission du VIH : Sommaire des données scientifiques.
- (10) Hottes, T.W., Lindegger, M., Consolacion, T., Wong, S., Lester, R., Montgomery, C., et al. 2013. Infectious Syphilis among gay, bisexual and other men who have sex with men in British Columbia, 2003 to 2012. *British Columbia Centre for Disease Control*.
- (11) Agence de la santé publique du Canada. 2006. Questions fréquemment posées au sujet de la syphilis.
- (12) Drummond, F., Guy, R., Kaldor, J.M., Donovan, B. 2010. The Intersection Between HIV and Syphilis in Men Who Have Sex with Men: Some Fresh Perspectives. *HIV Therapy*, 4(6), 661-673; Fenton, et al. 2008; Katz, K.A., Raymond, H.F., Bernstein, K.T., Klausner, J.D. 2013. Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Syphilis Screening Among Men Who Have Sex With Men in San Francisco. *Sexually Transmitted Diseases*, 40(4), 318-322; Marcus, U., Bremer, V., Hamouda, O., Kramer, M.H., Freiwald, M., Jessen, H., et al. 2006. Understanding recent increases in the incidence of sexually transmitted infections in men having sex with men: changes in risk behavior from risk avoidance to risk reduction. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(1), 11-17; Page-Shafer, K., Shiboski, C.H., Osmond, D.H., Dilley, J., McFarland, W., Shiboski, S.C., et al. 2002. Risk of HIV infection attributable to oral sex among men who have sex with men and in the population of men who have sex with men. *AIDS*, 16, 2350-2; Zetola et Klausner, 2007.
- (13) Koss, et al. 2009; Agence de la santé publique du Canada, 2006.
- (14) McCann, P.D., Gray, R.T., Hoare, A., Bradley, J., Down, I., Donovan, B., et al. 2011. Would gay men change their sexual behavior to reduce syphilis rates? *Sexually Transmitted Diseases*, 38, 1145-1150.
- (15) Hottes, et al. 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2006.

- (16) Agence de la santé publique du Canada. 2014. Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2011. Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections.
- (17) Ibid.
- (18) Bellis, M.A., Cook, P., Clark, P., Syed, Q., Hoskins, A. 2002. Re-emerging syphilis in gay men: a case-control study of behavioural risk factors and HIV status. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 235-235; Wong, W., Chaw, J.K., Kent, C.K., Klausner, J.D. 2005. Risk factors for early syphilis among gay and bisexual men seen in an STD clinic: San Francisco, 2002-2003. *Sexually Transmitted Diseases*, 32, 458-463.
- (19) Fenton et Wasserheit, 2007; Hottes, et al. 2013; McKay, A. 2010. Strategies To Reduce The Incidence Of Infectious Syphilis Among Men Who Have Sex With Men: A Literature Review And Analysis. Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN). Submitted to Toronto Public Health Planning and Policy. [inédit].
- (20) Agence de la santé publique du Canada. 2013b. Rapport d'étape sur le VIH/sida et les populations distinctes : Hommes gais, bisexuels, bispirituels et ayant des relations sexuelles avec des hommes.
- (21) Burchell, A.N., Calzavara, L.M., Myers, T., Remis, R.S., Raboud, J., Corey, P., et al. 2010. Stress and increased HIV infection among gay and bisexual men. *AIDS*, 24(11), 1757-64; Agence de la santé publique du Canada, 2013b; Ross, L.E., Dobinson, C., Eady, A. 2010. Perceived determinants of mental health for bisexual people: A qualitative examination. *American Journal of Public Health*, 100(3), 496-502.
- (22) Brennan, D.J., Ross, L.E., Dobinson, C., Veldhuizen, S., Steele, L.S. 2010. Men's Sexual Health Orientation and Health in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 101(3), 255-58; Halkitis, P.N., Wolitski, R.J., Millett, G.A. 2013. A Holistic Approach to Addressing HIV Infection Disparities in Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men. *American Psychologist*, 68(4), 261-273; Russell, S.T., Ryan, C., Toomey, R.B., Diaz, R.M., Sanchez, J. 2011. Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: Implications for young adult health and adjustment. *Journal of School Health*, 81, 223-230.
- (23) Calzavara L.M., Burchell, A.N., Lebovic, G., Myers, T., Remis, R.S., Raboud, J., et al. 2012. The impact of stressful life events on unprotected anal intercourse among gay and bisexual men. *AIDS and Behaviour*, 16(3), 633-643; Nakamura, N., Zea, M.C. 2010. Experiences of homonegativity and sexual risk behaviour in a sample of Latino gay and bisexual men. *Culture Health and Sexuality*, 12(1), 73-85; Wong, C.F., Kipke, M.D., Weiss, G., McDavitt, B. 2010. The impact of recent stressful experiences on HIV-risk related behaviors. *Journal of Adolescence*, 33, 463-75.
- (24) Société canadienne du sida. 2006. La santé des hommes gais – feuillet d'information : Les hommes gais et la santé. Accès : [www.cdnaids.ca/files.nsf/pages/SHGFI1/\\$file/SHGFI1.pdf](http://www.cdnaids.ca/files.nsf/pages/SHGFI1/$file/SHGFI1.pdf); Ryan, B., Brotman, S., Rowe B. 2001. Accès aux soins de santé : réflexions sur la santé et le bien-être des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et bispirituelles du Canada. In : Santé Canada (éd.). « Certaines circonstances » Équité et sensibilisation du système de soins de santé quant aux besoins des populations minoritaires et marginalisées. Ottawa : Santé Canada, 145-60.
- (25) PEPFAR. 2013. Addressing Gender and HIV/AIDS. U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief. Accès : [www.pepfar.gov/documents/organization/206633.pdf](http://www.pepfar.gov/documents/organization/206633.pdf); Pulerwitz, J., Michaelis, A., Verma, R., Weiss E. 2010. Addressing gender dynamics and engaging men in HIV programs: Lessons learned from Horizons Research. *Public Health Report*, 125(1), 282-292.

- (26) Brennan, D.J., Craig, S.L., Thompson, D.E. 2012. Factors associated with a drive for muscularity among gay and bisexual men. *Culture, Health and Society*, 14(1), 1-15; Brennan, D.J., Souleymanov, R., Asakura, K., membres de l'équipe de chercheurs de l'Imagine Men's Health Study. 2013. Body Image, Racism, and Well-being among Gay and Bisexual Men of Colour in Toronto: A Report of the Imagine Men's Health Study.
- (27) Rowniak, S., Chesla, C., Rose, C.D., Holzemer, W.L. 2012. Transmen: The HIV risk of gay identity. *AIDS Education & Prevention*, 23, 508-520; Sevelius, J. 2009. "There's no pamphlet for the kind of sex I have": HIV-related risk factors and protective behaviors among transgender men who have sex with non transgender men. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20, 398-410.
- (28) Réseau ontarien de traitement du VIH. 2010. Rapid Response Service. Rapid Review: Transgender Men's Sexual Health and HIV Risk. Ontario HIV Treatment Network, Toronto, ON.
- (29) Kenagy, G.P. 2002. HIV among transgendered people. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 14(1), 127-134; Namaste, V.K. 1999. HIV/AIDS and female to male transsexuals and transvestites: results from a needs assessment in Quebec. *International Journal of Transgenderism*, 31(1-2).
- (30) Ryan, B., Brotman, S., Baradaran, A., Lee, E. 2008. The colour of queer health care: Experiences of multiple oppression in the lives of queer people of colour in Canada. Sous la direction de Brotman, S. et Levy, J.J. *INTERSECTIONS : Cultures, sexualités et genres* (p. 307-336). Québec : Presses de l'Université du Québec; George, C., Alary, M., Hogg, R.S., Otis, J., Remis, R.S., Mâsse, B., *et al.* 2007. HIV and ethnicity in Canada : Is the HIV risk-taking behaviour of young foreign-born MSM similar to Canadian born MSM? *AIDS Care – Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 19(1), 9-16; Halkitis, *et al.* 2013.
- (31) Agence de la santé publique du Canada, 2013b.
- (32) Balsam, K.F., Huang, B., Fieland, K.C., Simoni, J.M., Walters, K.L. 2004. Culture, trauma, and wellness: a comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual, and two-spirit Native Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 10(3), 287-301; Réseau canadien autochtone du sida. 2005. Réagir à l'homophobie en relation avec le VIH/SIDA dans les communautés autochtones : Rapport final de l'analyse de l'environnement 2004-2005. Ottawa : auteur; Evans-Campbell, T., Walters, K.L., Pearson, C.R., Campbell, C.D. 2012. Indian boarding school experience, substance use, and mental health among urban two-spirit American Indian/Alaska Natives. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38(5), 421-7.
- (33) Brennan, *et al.* 2013.
- (34) Agence de la santé publique du Canada, 2013b.
- (35) Réseau ontarien de traitement du VIH. 2013. Rapid Response Service. Rapid Response: HIV Services in Rural and Remote Communities. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network; Agence de la santé publique du Canada, 2013b.
- (36) Chiasson, M.A., Hirshfield, S., Remien, R.H., Humberstone, M., Wong, T., Wolitski, R.J. 2007. A comparison of on-line and off-line sexual risk in men who have sex with men: an event-based on-line survey. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 44(2), 235-43; Ogilvie, G.S., Taylor, D.L., Trussler, T., Marchand, R., Gilbert, M., Moniruzzaman, A., *et al.* 2008. Seeking sexual partners on the internet: A marker for risky sexual behaviour in men who have sex with men. *Canadian Journal of Public Health*, 99(3), 185-188.

- (37) Fenton, K.A., Breban, R., Vardavas, R., Okano, J.T., Martin, T., Aral, S., *et al.* 2008. Infectious syphilis in high-income settings in the 21<sup>st</sup> century. *Lancet Infectious Diseases*, 8(4), 244-253; Agence de la santé publique du Canada, 2013b.
- (38) Haubrich, D., Ryder, K., Medved, W., Calzavara, L., Myers, T. 2004. Gay and bisexual men's experience of bathhouse culture and sex: 'looking for love in all the wrong places'. *Culture Health and Sexuality*, 6(1), 19-29.
- (39) Réseau ontarien de traitement du VIH, 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2013b.
- (40) Réseau ontarien de traitement du VIH. 2014. Rapid Response Service. Rapid Response: Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people. Toronto, ON:Ontario HIV Treatment Network.
- (41) Anderson, E.S., Wagstaff, D.A., Heckman, T.G., Winett, R.A., Roffman, R.A., Solomon, L.J., *et al.* 2006. Information- motivation-behavioural skills (IMB) model: testing direct and mediated treatment effects on condom use among women in low-income housing. *Annals of Behavioural Medicine*, 31(1), 70-79; Belcher, L., Kalichman, S., Topping, M., Smith, S., Emshoff, J., Norris, F., *et al.* 1998. A randomized trial of a brief HIV risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 856-861; Fisher, J.D., Fisher, W.A., Bryan, A.D., Misovich, S.J. 2002. Information- motivation-behavioural skills model-based HIV risk behavior change intervention for inner-city high school youth. *Health Psychology*, 21, 177-186; Jaworski, B.C., Carey, M.P. 2001. Effects of a brief, theory-based STD prevention program for female college students. *Journal of Adolescent Health*, 29(6), 417-425; Kalichman, S.C., Cain, D., Weinhardt, L., Benotsch, E., Presser, K., Zweben, A., *et al.* 2005. Experimental components analysis of brief theory-based HIV/AIDS risk-reduction counseling for sexually transmitted infection patients. *Health Psychology*, 24(2), 198-208; Kiene, S.M., Barta, W.D. 2006. A brief individualized computer delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 404-410.
- (42) Agence de la santé publique du Canada. 2008. Lignes directrices canadiennes pour l'éducation en matière de santé sexuelle (3<sup>e</sup> éd.).
- (43) Ibid.
- (44) Ibid.
- (45) Koss, *et al.* 2009.
- (46) Bissessor, M., Fairley, C.K., Leslie, D., Howley, K., Chen, M.Y. 2010. Frequent screening for syphilis as part of HIV monitoring increases the detection of early asymptomatic syphilis among HIV-positive homosexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 55(2), 211-6; Branger, J., van der Meer, J.T., van Ketel, R.J., Jurriaans, S., Prins, J.M. 2009. High incidence of asymptomatic syphilis in HIV-infected MSM justifies routine screening. *Sexually Transmitted Diseases*, 36(2), 84-85; Burchell, A.N., Allen, V.G., Moravan, V., Gardner, S., Raboud, J., Tan, D.H.S., *et al.* 2013. Patterns of syphilis testing in a large cohort of HIV patients in Ontario, Canada, 2000-2009. *BMC Infectious Diseases*, 13, 246; Cohen, C.E., Winston, A., Asboe, D., Boag, F., Mandalia, S., Azadian, B., *et al.* 2005. Increasing detection of asymptomatic syphilis in HIV patients. *Sexually Transmitted Infections*, 81(3), 217-219; Gray, R.T., Hoare, A., Prestage, G.P., Donovan, B., Kaldor, J.M., Wilson, D.P. 2010. Frequent testing of highly sexually active gay men is required to control syphilis. *Sexually Transmitted Diseases*, 37(5), 298-305; Guy, R., Wand, H., Holt, M., Mao, L., Wilson, D.P., Bourne, C., *et al.* 2012. High annual syphilis testing rates among gay men in Australia, but insufficient retesting. *Sexually Transmitted Diseases*, 39(4), 268-275; Hottes, *et al.* 2013; Leber, *et al.* 2008; McKay, 2010; Ogilvie, *et al.* 2009; Tuite, A.R., Fisman, D.N., Mishra, S. 2013. Screen more or screen more often? Using mathematical models to inform syphilis control strategies. *BMC Public Health*, 13, 606.

- (47) Arumainayagam, J., Pallan, M.J., Buckley, E., Pugh, R.N., White, D.G., Morrall, I.A., *et al.* 2007. Syphilis outbreak in Walsall, UK: lessons for control and prevention. *International Journal of STD and AIDS*, 18(1), 55-57; Ciesielski, C., Khan, R.H., Taylor, M., Gallagher, K., Prescott, L.J., Arrowsmith, S. 2005. Control of Syphilis Outbreaks in Men Who Have Sex With Men: The Role of Screening in Nonmedical Settings. *Sexually Transmitted Diseases*, 32(10), S37-S42; Hottes, *et al.* 2013; Kerani, R.P., Handsfield, H.H., Stenger, M.S., Shafii, T., Zick, E., Brewer, D., *et al.* 2007. Rising rates of syphilis in the era of syphilis elimination. *Sexually Transmitted Diseases*, 34(3), 154-161; Lambert, N.L., Fisher, M., Imrie, J., Watson, R., Mercer, C.H., Parry, J.V., *et al.* 2005. Community based syphilis screening: feasibility, acceptability, and effectiveness in case finding. *Sexually Transmitted Infections*, 81, 213-216.
- (48) Maxwell, J. 2013. Hassle Free Clinic @ ACT: Satellite HIV and Syphilis testing Clinic at ACT Evaluation Report.
- (49) Garnett, G.P., Aral, S.O., Hoyle, D.V., Cates, W. Jr., Anderson, R.M. 1997. The Natural History of Syphilis: Implications for the Transmission Dynamics and Control of Infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 24(4), 185-200; Hottes, *et al.* 2013; Ogilvie, *et al.* 2009; Tuite, *et al.* 2013; Whelan, M., Raju, S. 2012. Epidemiology of Syphilis in Ontario, Presentation to the 2012 Guelph Sexuality Conference. Surveillance Services, Public Health Ontario.
- (50) Hogben, M., Paffel, J., Broussard, D., Wolf, W., Kenney, K., Rubin, S., *et al.* 2005. Syphilis partner notification with men who have sex with men: a review and commentary. *Sexually Transmitted Diseases*, 32 (10 Suppl), S43-S47.
- (51) Arumainayagam, *et al.* 2007; Ehlman, D.C., Jackson, M., Saenz, G., Novak, D.S., Kachur, R., Heath, J.T., *et al.* 2010. Evaluation of an innovative internet-based partner notification program for early syphilis case management, Washington, DC, January 2007-June 2008. *Sexually Transmitted Diseases*, 37(8), 478-485; Hottes, *et al.* 2013; Hogben, *et al.* 2005; Kerani, *et al.* 2007.
- (52) Ehlman, *et al.* 2010.
- (53) Hottes, *et al.* 2013; McKay, 2010.
- (54) McKay, 2010; Plant, A., Montoya, J.A., Rotblatt, H., Kerndt, P.R., Mall, K.L., Pappas, L.G., *et al.* 2010. Stop the sores: the making and evaluation of a successful social marketing campaign. *Health Promotion Practice*, 11(1), 23-33.
- (55) AIDS Committee of Toronto (ACT). 2011. Attack of the Cursed Syphilis: Syphilis awareness campaign targeting gay men in Toronto. Final Report. Accès : [www.actoronto.org/research.nsf/pages/act.research.0379/\\$file/Syphilis%20campaign%20Report\\_March%202011.pdf](http://www.actoronto.org/research.nsf/pages/act.research.0379/$file/Syphilis%20campaign%20Report_March%202011.pdf)
- (56) McKay, 2010.
- (57) Ibid.
- (58) Gray, R.T., Hoare, A., Prestage, G.P., Donovan, B., Kaldor, J.M., Wilson, D.P. 2011. Frequent testing of highly sexually active gay men is required to control syphilis. *Sexually Transmitted Diseases*, 37(5), 298-305.
- (59) McCann, *et al.* 2011.
- (60) Wohlfeiler, D. 2011. What Difference Can We Make in Reducing Syphilis Among Gay Men? And How? *Sexually Transmitted Diseases*, 38(12), 1159-1160.
- (61) Gray, *et al.* 2011; McCann, *et al.* 2011; Wohlfeiler, 2011.

- (62) Australasian Society for HIV Medicine (ASHM). 2009. Australia's National Gay Men's Syphilis Action Plan (NGMSAP). Accès : [www.ashm.org.au/images/pdfs/email\\_alerts/national\\_gay\\_mens\\_syphilis\\_action\\_plan.pdf](http://www.ashm.org.au/images/pdfs/email_alerts/national_gay_mens_syphilis_action_plan.pdf)
- (63) Centers for Disease Control and Prevention. 1999. The national plan to eliminate syphilis from the United States. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, CDC, National Center for HIV, STD, and TB Prevention, 1–84.
- (64) Centers for Disease Control and Prevention. 2006. Together We Can: Syphilis Elimination Effort (SEE). The National Plan to Eliminate Syphilis from the United States.