

Evaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit

Paris, mai-septembre 2002

Membres du Comité de pilotage (ordre alphabétique)

A. Alexandre	Sneg
M-V. Assous	Hôpital Cochin-Tarnier
A-L. Basse-Guérineau	Hôpital Cochin-Tarnier
F. Boudinet	Aides
A. Catrou	DGS
J-P. Coulaud	IMEA
E. Couturier	InVS
A-C. Crémieux	DGS
F. Delatour	DGS
J. Derouineau	Centre médico-social du Figuier
N. Dupin	Hôpital Cochin-Tarnier, Société française de dermatologie
C. Gerhart	Dass-75
B. Halioua	Institut A. Fournier
A. Houette	Dases/Ville de Paris
M. Janier	Hôpital Saint-Louis, Société française de dermatologie
M. Kreplak	Centre de biologie du Chemin vert
A. Laporte	InVS
F. Lert	DGS
A. Michel	InVS
H. Monard	Inpes
F. Moreau	Syndicat des biologistes
M. Paris	Inpes
M. Rauturier	Dass-75
P. Sednaoui	Institut A. Fournier
J-C. Tete	Aides
T. Troussier	DGS
C. Walfard	Sida-Info-Service
J. Warszawski	Inserm U569

Gestion de l'enquête, analyse et rapport

E. Couturier	InVS
A. Michel	InVS
A-L. Basse-Guérineau	Hôpital Cochin-Tarnier
J. Warszawski	Inserm U569
S. Couturier	InVS
A. Laporte	InVS

Citation suggérée

E. Couturier, A. Michel, A-L. Basse-Guérineau, J. Warszawski, S. Couturier, A. Laporte. Evaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit, Paris, mai-septembre 2002. InVS, collection Enquêtes-études, janvier 2005.

Remerciements

Le personnel des CDAG et les biologistes volontaires sont chaleureusement remerciés pour leur participation à cette enquête.

Structures ayant participé à l'enquête

1. CDAG

Dispensaire Croix-Rouge	43, rue de Valois	75001
Centre médico-social	2, rue du Figuier	75004
CDAG Hôpital Tarnier-Cochin	89, rue d'Assas	75006
CDAG Hôpital Fernand Widal	200, rue du Fg Saint-Denis	75010
CDAG Hôpital Saint-Louis	42, rue Bichat	75010
CDAG Hôpital Saint-Antoine	184, rue du Fg Saint-Antoine	75012
CDAG Hôpital de la Pitié-Salpêtrière	47, bd de l'Hôpital	75013
Centre médico-social	3, rue de Ridder	75014
Institut A. Fournier	25, bd Saint-Jacques	75014
CDAG Hôpital Bichat-Claude Bernard	46, rue Henri Huchard	75018
Centre médico-social	218, rue de Belleville	75020

2. Laboratoires d'analyses de biologie médicale

LABM du CMETE	10, rue du Colonel Driant	75001
LABM Biocell - SELARL	97, rue Saint-Honoré	75001
LABM SCP Champion	31, bd Henri IV	75004
LABM Claude Bernard	39, rue Claude Bernard	75005
LABM Immuno Allergologie SELAFA	5, bd du Montparnasse	75006
LABM Gendrault-Mancy-Tallobre	70, rue du Bac	75007
LABM Dupont des Loges	14, rue Dupont Des Loges	75007
LABM COSEM	63, rue de Miromesnil	75008
LABM Biocell	59, rue ND de Lorette	75009
LABM du Centre médical Europe	44, rue d'Amsterdam	75009
LABM Drouot	19, rue Drouot	75009
LABM Magenta	41, bd de Magenta	75010
LABM Benassaya	207, rue Fg Saint-Martin	75010
LABM Audouze-Aressy-Do-Ngoc	182, bd Voltaire	75011
Centre Biologique du Chemin vert	6, rue du Chemin Vert	75011
LABM Fitte	167, avenue Ledru Rollin	75011
LABM Ben Ayed Smida	7/9, Passage Courtois	75011
Bactériologie - Hôpital Trousseau	26, avenue du Dr A.Netter	75012
LABM Badré	245, avenue Daumesnil	75012
LABM Dublineau Berlioux	28/30, rue de Picpus	75012
LABM - Hôpital des Quinze-vingts	28, rue de Charenton	75012
LABM Marrache	203, bd Vincent Auriol	75013
LABM Creplet	17, rue Bobillot	75013
LABM Emar	70, avenue des Gobelins	75013
Centre biologique Tolbiac	226, rue de Tolbiac	75013
LABM - Hôpital Saint-Joseph	185, rue R. Losserand	75014
LABM - Hôpital Léopold Bellan	19/21, rue Vercingétorix	75014
LABM - Hôpital N.D. du Bon Secours	66, rue des Plantes	75014
Institut mutualiste Montsouris	42, bd Jourdan	75014
Institut Alfred Fournier	25, bd St Jacques	75014
LABM Said-Samama	134 bis, rue de Vaugirard	75015
LABM Maublanc	6, rue Maublanc	75015
LABM Centre médical MGEN	178, rue de Vaugirard	75015
LABM Félix Faure - Lourmel	118, avenue Félix Faure	75015
LABM - Hôpital Saint-Michel	33, rue Olivier de Serres	75015
LABM La Scala	137, rue de Vaugirard	75015
LABM SCP Demaison	12, rue Charles Tellier	75016
LABM Le Metais & Pernot Marcon	59, avenue Grande Armée	75016
LABM Zamaria	49, avenue de Versailles	75016
LABM Blein - Le Cat	22, place du Général Catroux	75017
LABM Crimée Curial	83, rue de l'Ourcq	75019
LABM des Fêtes	9, place des Fêtes	75019
LABM Cramif	19, avenue de Flandre	75019
Bactériologie - Hôpital Tenon	4, rue de la Chine	75020
LABM J.P. Dubreuil	85, rue Pelleport	75020
LAM - Hôpital Croix Saint-Simon	125, rue d'Avron	75020

Sommaire

Résumé	7
Points essentiels	8
1. Introduction	9
2. Description des actions	9
3. Evaluation des actions	10
3.1. Méthodes	10
3.1.1. Dépistage de la syphilis dans les CDAG parisiennes	10
3.1.2. Dépistage de la syphilis dans les laboratoires parisiens d'analyses de biologie médicale	11
3.1.3. Transmission de la syphilis dans le système de surveillance	12
3.1.4. Prise en charge des cas de syphilis : ventes d'Extencilline® 2,4 MUI	12
3.2. Résultats	12
3.2.1. Dans les CDAG parisiennes.....	12
3.2.2. Dans les laboratoires parisiens d'analyses de biologie médicale	16
3.2.3. Dans le système de surveillance	17
3.2.4. Ventes d'Extencilline® 2,4 MUI	18
4. Discussion	18
5. Références	20
6. Annexes	21
Annexe 1. Questionnaire pour les CDAG	21
Annexe 2. Questionnaire pour les laboratoires d'analyses de biologie médicale	23

Résumé

A Paris, dans les dispensaires antivénéériens, le nombre de cas de syphilis a diminué régulièrement depuis les années quatre-vingt. En 2000, l'augmentation du nombre de cas a révélé une épidémie parmi les homosexuels. Pour répondre à cette épidémie, des actions de santé publique ciblées sur les professionnels de santé et les homosexuels ont été menées (mai à septembre 2002). L'impact de ces actions a été évalué sur le dépistage de la syphilis, sur la transmission de la syphilis et sur la prise en charge des patients.

L'activité de dépistage de la syphilis a été évaluée dans les 11 CDAG parisiens (Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH) (mai à septembre 2002) et dans un réseau de laboratoires parisiens d'analyses de biologie médicale (2001-2002). L'impact sur la transmission de la syphilis a été évalué à partir des données de surveillance de la syphilis (2000-2002). Les ventes d'Extencilline® 2,4 millions unités (MUI) dans les pharmacies parisiennes ont été choisies comme indicateur pour estimer la prise en charge des personnes atteintes de syphilis par les médecins du secteur privé (2001-2002).

Dans les 11 CDAG, 23 756 questionnaires ont été collectés et 6 841 ont été échantillonnés pour l'analyse. La prévalence globale de la syphilis parmi les personnes dépistées était de 1,10 % [IC₉₅ % 0,96-1,24]. Parmi les consultants des CDAG, les facteurs indépendamment associés à un test syphilis positif étaient d'être âgé de plus de 30 ans, d'être homosexuel et d'être VIH positif. Dans les 40 laboratoires parisiens volontaires, le nombre de TPHA/VDRL réalisés a augmenté de 23 % entre 2001 et 2002. Le nombre de cas de syphilis primaire et secondaire diagnostiqués dans le système de surveillance a doublé entre le premier et le deuxième trimestre 2002. Les ventes d'Extencilline® 2,4 MUI, relativement stables de janvier 2001 à mai 2002, ont augmenté brutalement dès le début des actions.

Pour répondre à l'épidémie de syphilis, des actions de santé publique incluaient une information sur la syphilis vers les professionnels de santé et une incitation au dépistage de la syphilis vers les personnes à risque. L'évaluation proche de la fin des actions a montré un impact positif sur le dépistage. Au cours du temps, d'autres actions seront nécessaires pour contrôler l'épidémie.

Points essentiels

- A Paris, depuis la résurgence de la syphilis en 2000, augmentation rapide du nombre de cas.
- Actions de santé publique de mai à septembre 2002 comprenant une information sur la syphilis, une incitation au dépistage pour les personnes à risque, une offre ciblée de dépistage anonyme et gratuit de la syphilis dans les 11 CDAG parisiennes.
- Populations cibles : professionnels de santé, acteurs de prévention associatifs, population homosexuelle.
- Evaluation de l'impact des actions sur le dépistage de la syphilis dans les CDAG parisiennes et dans un réseau de laboratoires parisiens d'analyses de biologie médicale, sur la transmission de la syphilis dans le système de surveillance et sur les ventes d'Extencilline® dans les pharmacies parisiennes.
- Parmi les consultants des CDAG, la prévalence de la syphilis était de 2,62 % [IC_{95%} 2,18-3,06] parmi les homosexuels masculins et de 0,29 % [0,15-0,43] parmi les hétérosexuels multipartenaires.
- Parmi les consultants des CDAG, les facteurs indépendamment associés à une syphilis étaient d'être homosexuel et d'être séropositif pour le VIH.
- De 2001 à 2002, augmentation (+23 %) de l'activité de dépistage de la syphilis dans le réseau de laboratoires, augmentation des ventes d'Extencilline® dans les pharmacies (+27 %) et doublement du nombre de cas diagnostiqués dans les sites participant au réseau de surveillance.
- Impact positif, à court terme, des actions menées mais les pratiques à risque facilitant la transmission de la syphilis, en particulier la fellation non protégée, n'ont probablement pas diminué pour entraîner une diminution du nombre de cas.

1. Introduction

En juillet 2000, une modification du code de santé publique a levé l'obligation de déclarer les maladies vénériennes (ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000) en raison, d'une part, du petit nombre de cas et d'autre part, de la sous-déclaration importante.

À Paris, dans les dispensaires antivénériens (DAV), les cas de syphilis ont diminué régulièrement entre 1980 et 1990, moins de 40 cas de syphilis étaient déclarés [1] par an, à la fin des années quatre-vingt-dix. En novembre 2000, un nombre inhabituel de syphilis infectieuses a été diagnostiqué dans un DAV en l'espace de 6 semaines, suggérant une augmentation de la transmission de la syphilis. En raison de l'abandon de la déclaration, un système de surveillance [2] a été organisé en 2001, d'abord à Paris, puis celui-ci a été étendu progressivement à toute la France. Les sites participants étaient volontaires et incluaient les DAV, les consultations hospitalières de dermatologie, de maladies infectieuses, de médecine interne et un réseau parisien de médecins de ville. Le nombre de cas de syphilis est passé de 37 cas en 2000 à 207 en 2001. Les cas étaient principalement des hommes homo/bisexuels (82 %) et parmi eux, 66 % étaient infectés par le VIH.

En raison de l'augmentation rapide du nombre de cas de syphilis à Paris (x 5 entre 2000 et 2001) observée dans le système de surveillance, une campagne d'incitation au dépistage de la syphilis a été mise en place à Paris, de mai à septembre 2002, à l'initiative de la DGS, de la Dases et de la Dass-75. Cette campagne ciblait les professionnels de santé, les acteurs de prévention associatifs et le public homosexuel. Elle consistait en une information sur la syphilis, une incitation au dépistage pour les personnes à risque, une offre ciblée de dépistage anonyme et gratuit dans les 11 CDAG parisiennes et une information aux professionnels de santé et acteurs de prévention associatifs.

Les objectifs de ce rapport sont de :

- décrire les différentes actions de santé publique ;
- évaluer l'impact de ces actions sur le dépistage de la syphilis dans des lieux définis (CDAG, réseau de laboratoires d'analyses de biologie médicale), sur la transmission de la syphilis dans le système de surveillance et sur les ventes d'Extencilline® indicateur estimant la prise en charge des cas de syphilis par les médecins du secteur privé.

2. Description des actions

Professionnels de santé

Une lettre d'information a été envoyée par la DGS à tous les médecins généralistes et spécialistes de Paris avant le début de l'action (avril 2002). Elle contenait un rappel des signes de la syphilis et rappelait la résurgence de cette maladie. Des séances de formation pour les biologistes, en particulier sur l'interprétation des sérologies syphilis, et pour le personnel des CDAG ont été organisées (avril-mai 2002). Un CD-ROM sur la syphilis (diagnostic et traitement), réalisé par la Société française de dermato-vénérologie (section MST/Sida), était disponible gratuitement. Une information sur la syphilis a aussi été organisée pour les écoutants de Sida-Info-Service (mai 2002).

Public homosexuel

L'information sur la syphilis, avec la possibilité d'un dépistage anonyme et gratuit dans les CDAG parisiennes, a été faite dans la presse gay et auprès des gérants d'établissements gay (Sneg) et des volontaires d'associations de prévention travaillant avec les gay (Aides) (mai 2002).

En mai 2002, les associations et les établissements gay, via le Sneg, ont reçu des documents incitant au dépistage de la syphilis, sous forme de cartes de la taille d'une carte de crédit (340 000), de dépliants (155 000) et d'affichettes (2 500). La carte était remise systématiquement à l'entrée avec le préservatif dans les 38 établissements parisiens avec possibilité d'échanges sexuels sur place. Cartes et dépliants ont aussi été distribués sur les lieux extérieurs de drague par des volontaires de l'association Aides.

Les différents supports décrivaient les signes de la syphilis ou leur absence et incitaient à un dépistage. Il était conseillé de consulter un médecin ou d'appeler Sida Info Service pour obtenir la liste des CDAG parisiennes. En effet, dans le cadre de la campagne un dépistage anonyme et gratuit de la syphilis était proposé dans les 11 CDAG qui proposent habituellement un dépistage anonyme et gratuit pour le VIH (1988), le VHC (1998) et le VHB (2000). En cas de test syphilis positif, la personne était invitée à consulter un médecin de son choix (privé ou DAV) pour être traitée.

3. Evaluation des actions

3.1. Méthodes

L'évaluation des actions de santé publique a été faite sur le dépistage de la syphilis dans les CDAG et dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale (LABM), sur la transmission de la syphilis dans le système de surveillance et sur les ventes d'Extencilline®.

3.1.1. Dépistage de la syphilis dans les CDAG parisiennes

De mai à septembre 2002, pour tout consultant, un questionnaire a été complété par les cliniciens.

Les variables collectées étaient :

- date de consultation, sexe, année de naissance ;
- motif de consultation : demande de dépistage VIH/VHB/VHC ; demande de dépistage syphilis en raison d'information (médias, cartes, brochures), de signes cliniques évoquant une syphilis, d'un partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois, autres raisons (à préciser) ;
- critère(s) de risque de syphilis : rapport homosexuel masculin occasionnel ou régulier ; rapport hétérosexuel avec 3 partenaires ou plus dans les 3 derniers mois ou avec un(e) prostitué(e) ; prostitution occasionnelle ou régulière ; signes cliniques évocateurs d'une syphilis (ulcère/chancres génital, éruption cutanéomuqueuse) ou d'une autre infection sexuellement transmissible (IST) ; antécédents de syphilis ; partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois, doute sur le risque du partenaire.

Un test de dépistage anonyme et gratuit était proposé à tout consultant ayant au moins un des critères de risque définis précédemment ou à la demande du consultant s'il n'avait aucun critère.

Etaient aussi collectés :

- accord ou refus du consultant d'être prélevé pour une sérologie syphilis ;
- titres des sérologies TPHA et VDRL ;
- accord ou refus du consultant d'être prélevé pour une sérologie VIH ;
- raison(s) d'une non proposition par le clinicien d'une sérologie VIH ;
- résultat de la sérologie VIH ;
- remise ou non remise des résultats.

En France, la sérologie syphilis comprend l'association de deux tests, un test non tréponémique ou VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) et un test tréponémique ou TPHA (*Treponema pallidum* haemagglutination assay).

Un échantillonnage aléatoire des questionnaires a été fait une première fois en août 2002 pour les questionnaires reçus entre les mois de mai et juillet et une deuxième fois en octobre 2002, à la fin de l'action, pour les questionnaires reçus après juillet.

Un échantillonnage systématique a été effectué par CDAG avec trois pas de sondage différents. Ces pas de sondage associaient le critère de risque de syphilis et les résultats des tests syphilis. Tous les questionnaires étaient inclus si les tests syphilis étaient positifs (TPHA(+)/VDRL(+), TPHA(+)/VDRL(-) TPHA(-)/VDRL(+)). Un questionnaire sur trois était tiré au sort si le consultant déclarait au moins un critère de risque et si les tests syphilis étaient négatifs et un questionnaire sur cinq était tiré au sort pour les consultants sans facteurs de risque et si les tests syphilis étaient négatifs ou non faits.

Pour l'analyse, les consultants ont été classés en groupe à risque de syphilis :

- consultant homosexuel masculin (groupe I) ;
- consultant hétérosexuel multipartenaire (rapport hétérosexuel avec trois partenaires ou plus dans les trois derniers mois ou avec un(e) prostitué(e) ; prostitution occasionnelle ou régulière) (groupe II) ;
- consultants avec autre(s) critère(s) de risque de syphilis (signes cliniques évocateurs d'une syphilis avec ulcère/chancres génital, avec éruption cutanéomuqueuse, évocateurs d'une autre MST ; antécédents de syphilis ; partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois, doute sur le risque du partenaire) (groupe III) ;
- consultant sans critère de risque de syphilis (groupe IV) ;
- consultant avec critère de risque non documenté (groupe V).

Les tests syphilis positifs ont été classés en fonction de la présence de critères de risque de syphilis (chancres, éruption, antécédents de syphilis, partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois) et des résultats des titres des sérologies TPHA et VDRL.

La présence d'un chancre (syphilis primaire), d'une éruption (syphilis secondaire) associé à un TPHA(+) et un VDRL > 4 étaient en faveur d'une syphilis infectieuse.

Un consultant sans signe clinique de syphilis et/ou avec un partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois avec TPHA(+) et un VDRL > 4 était aussi défini comme ayant une syphilis active (syphilis latente précoce).

Un consultant avec un TPHA(+) et un VDRL < 4 et en l'absence de signe clinique et avec un antécédent de syphilis était en faveur d'une syphilis résiduelle.

Une réaction faussement positive était définie par un TPHA(-) et un VDRL(+).

En raison de l'absence de sérologies TPHA et VDRL séquentielles, des consultants n'ont pas pu être classés comme ayant une syphilis infectieuse ou résiduelle et ont donc été définis comme ayant une syphilis « indéterminée ».

La prévalence de la syphilis a été calculée en incluant les tests syphilis positifs en faveur d'une syphilis infectieuse et « indéterminée ». L'analyse univariée et multivariée (régression logistique) a été faite en utilisant le logiciel Stata (option svy) pour prendre en compte les différentes fractions d'échantillonnage. Les tableaux sont présentés avec des pourcentages pondérés.

3.1.2. Dépistage de la syphilis dans les laboratoires parisiens d'analyses de biologie médicale (LABM)

Tous les LABM de Paris publics et privés (210) ont été contactés et 19 % (40) ont été volontaires pour documenter le nombre mensuel de TPHA/VDRL effectués rétrospectivement de janvier 2001 à avril 2002 et prospectivement de mai à décembre 2002. De plus, de juin à décembre 2002, l'âge, le sexe et le département de domicile ont été recueillis pour les personnes ayant des sérologies syphilis positives.

3.1.3. Transmission de la syphilis dans le système de surveillance

Les cas de syphilis infectieuse (syphilis primaire, secondaire, latente précoce) sont déclarés par les sites volontaires parisiens, principalement les DAV et un réseau de médecins de ville, participant au système de surveillance² mis en place en 2001. Les données collectées pour chaque cas sont l'âge, le sexe, le département de domicile, l'orientation sexuelle, le stade de syphilis et le statut VIH.

3.1.4. Prise en charge des cas de syphilis : ventes d'Extencilline® 2,4 MUI

Les ventes mensuelles d'Extencilline® 2,4 MUI de 2001 à 2002 ont été obtenues par le répartiteur fournissant toutes les pharmacies privées parisiennes, l'Extencilline® étant le traitement quasi exclusif de la syphilis.

3.2. Résultats

3.2.1. Dans les CDAG parisiennes

- Nombre de questionnaires reçus et échantillonnés

Du 15 mai au 30 septembre 2002 (20 semaines), dans les 11 CDAG parisiennes, 23 756 questionnaires ont été collectés (1 188/semaine) et 6 841 ont été échantillonnés et analysés.

- Distribution par groupe à risque

Globalement, 19,3 % des consultants étaient homosexuels masculins (groupe I), 26,9 % étaient hétérosexuels multipartenaires (groupe II), 16,7 % avaient d'autre(s) critère(s) de risque de syphilis (groupe III), 31,8 % n'avaient pas déclaré de risque (groupe IV) et pour 5,3 % des consultants, le risque de syphilis n'était pas documenté (groupe V). Parmi les consultants du groupe III, 90 % déclaraient comme critère de risque, doute sur le risque du partenaire.

Par mois d'enquête, la proportion de consultants du groupe I (population cible de la campagne) dans les CDAG était respectivement de 18,9 %, 22,6 %, 19,5 %, 19,2 % et 16,2 %.

Tableau 1. Distribution des consultants^a des CDAG par groupe à risque et par mois, mai-septembre 2002, Paris, France

Mois	Groupe I ^b	Groupe II ^c	Groupe III ^d	Groupe IV ^e	Groupe V ^f	Total
mai	18,9 %	28,4 %	15,2 %	32,6 %	4,9 %	898 (100 %)
juin	22,6 %	28,7 %	18,2 %	25,8 %	4,6 %	1 487 (100 %)
juillet	19,5 %	26,9 %	16,3 %	32,5 %	4,9 %	1 717 (100 %)
août	19,2 %	25,9 %	17,2 %	33,3 %	4,4 %	1 326 (100 %)
septembre	16,2 %	25,6 %	16,1 %	35,0 %	7,1 %	1 382 (100 %)
non documenté	12,0 %	9,6 %	14,4 %	44,0 %	20,0 %	31 (100 %)

^a pourcentages pondérés prenant en compte les probabilités inégales d'inclusion en raison des fractions différentes ; ^b homosexuel masculin ; ^c hétérosexuel multipartenaire (rapport hétérosexuel avec 3 partenaires ou plus dans les 3 derniers mois, avec un(e) prostitué(e) ; prostitution occasionnelle ou régulière) ; ^d avec autre(s) critère(s) de risque de syphilis (signes cliniques évocateurs d'une syphilis avec ulcère/chancres génital, avec éruption cutanéomuqueuse atypique, évocateurs d'une autre MST ; antécédents de syphilis ; partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois, doute sur le risque du partenaire) ; ^e sans critère de risque de syphilis ; ^f avec critère de risque non documenté.

• Motifs de consultation et demande de dépistage

Globalement, 4,3 % des consultants ont fait une demande de dépistage de la syphilis, 41,2 % une demande de dépistage de la syphilis associée à une demande VIH/VHB/VHC, 43,2 % une demande de dépistage VIH/VHB/VHC et pour 11,3 % d'entre eux, le motif de consultation n'était pas documenté. La distribution mensuelle des motifs de consultation est présentée dans le tableau 2.

Tableau 2. Distribution des consultants^a des CDAG par demande de dépistage et par mois, mai-septembre 2002, Paris, France

Mois	Demande de dépistage			
	Syphilis N = 353	Syphilis et VIH/VHC/VHB N = 3 007	VIH/VHC/VHB N = 2 740	Non documentée N = 741
mai	14,6 %	13,9 %	12,7 %	12,1 %
juin	22,4 %	20,4 %	21,9 %	19,5 %
juillet	25,5 %	25,2 %	24,2 %	26,6 %
août	18,1 %	20,0 %	18,9 %	18,7 %
septembre	19,1 %	19,9 %	22,1 %	21,5 %
non documenté	0,3 %	0,6 %	0,2 %	1,6 %

^a pourcentages pondérés prenant en compte les probabilités inégales d'inclusion en raison des fractions différentes d'échantillonnage.

Les demandes de sérologie syphilis étaient les plus fréquentes parmi les consultants du groupe I, population cible (36,7 %) comparées à celles du groupe IV (23,8 %) (tableau 3).

Tableau 3. Distribution des consultants^a des CDAG par demande de dépistage et par groupe à risque de syphilis, mai-septembre 2002, Paris, France

Groupe	Demande de dépistage			
	Syphilis N = 353	Syphilis et VIH/VHC/VHB N = 3 007	VIH/VHC/VHB N = 2 740	Non documentée N = 741
Groupe I ^b	36,7 %	25,2 %	11,9 %	18,7 %
Groupe II ^c	19,6 %	28,4 %	27,1 %	23,4 %
Groupe III ^d	18,5 %	21,1 %	13,6 %	11,6 %
Groupe IV ^e	23,8 %	23,0 %	41,6 %	29,9 %
Groupe V ^f	1,4 %	2,2 %	5,7 %	16,3 %

^a pourcentages pondérés prenant en compte les probabilités inégales d'inclusion en raison des fractions différentes ; ^b homosexuel masculin ; ^c hétérosexuel multipartenaire (rapport hétérosexuel avec 3 partenaires ou plus dans les 3 derniers mois, avec un(e) prostitué(e) ; prostitution occasionnelle ou régulière) ; ^d avec autre(s) critère(s) de risque de syphilis (signes cliniques évocateurs d'une syphilis avec ulcère/chancres génital, avec éruption cutanéomuqueuse atypique, évocateurs d'une autre MST ; antécédents de syphilis ; partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois, doute sur le risque du partenaire) ; ^e sans critère de risque de syphilis ; ^f avec critère de risque non documenté.

Parmi les consultants ayant fait une demande de dépistage syphilis (353), les raisons motivant cette demande sont présentées dans le tableau 4. Il faut souligner que ces raisons ont été peu documentées par les cliniciens, de 17,3 % à 62,6 %. Un peu plus de la moitié des consultants a demandé un dépistage syphilis en raison de la campagne d'information.

Tableau 4. Parmi les consultants ayant demandé un dépistage de la syphilis, distribution des raisons de cette demande, mai-septembre 2002, Paris, France

Raisons de demande de dépistage syphilis	Oui	Non	Non documentées
information (média, cartes, brochures)	54,1 %	28,7 %	17,3 %
signes cliniques évoquant une syphilis	5,6 %	58,8 %	35,5 %
partenaire atteint de syphilis dans les 12 mois	4,8 %	57,2 %	37,9 %
autre(s)	12,4 %	25,0 %	62,6 %

Parmi les 51 consultants ayant déclaré des raisons « autre(s) » à leur demande de dépistage, les plus fréquemment citées étaient : antécédents de syphilis/surveillance sérologique syphilis/VIH (test positif/signes cliniques d'IST autres que la syphilis (27), « proposition » du médecin (9), pour savoir/pour être rassuré (6), partenaire à risque/pratique à risque (5) et inconnu (4). Il est surprenant de trouver dans les raisons de demande de dépistage de la syphilis par le consultant, la proposition de dépistage faite par le médecin.

- Proposition d'un dépistage de la syphilis, acceptation/refus des consultants

Globalement, une sérologie syphilis a été proposée par le clinicien et acceptée par 68,7 % des consultants, proposée et refusée par 2,2 %, non proposée à 27,9 % des consultants et la proposition n'était pas documentée pour 1,2 % d'entre eux.

Plus de 92 % des consultants à risque de syphilis appartenant aux groupes I à III ont eu une proposition de tests syphilis et peu l'ont refusée (tableau 5). Une proposition de test a été faite à 22,9 % des consultants n'ayant pas déclaré de critère de risque de syphilis (groupe IV).

Tableau 5. Parmi les consultants des CDAG, proposition^a d'un test syphilis par groupe à risque, mai-septembre 2002, Paris, France

Dépistage syphilis	Groupe I ^b	Groupe II ^c	Groupe III ^d	Groupe IV ^e	Groupe V ^f
	N = 1 674	N = 2 103	N = 1 325	N = 1 480	N = 259
proposé					
accepté	96,0 %	93,8 %	92,3 %	22,9 %	43,7 %
refusé	1,0 %	2,6 %	1,8 %	2,8 %	1,3 %
non proposé	2,6 %	3,3 %	5,7 %	72,8 %	44,8 %
non documenté	0,4 %	0,3 %	0,2 %	1,5 %	10,2 %

^a pourcentages pondérés prenant en compte les probabilités inégales d'inclusion en raison des fractions différentes d'échantillonnage ; ^b homosexuel masculin ; ^c hétérosexuel multipartenaire (rapport hétérosexuel avec 3 partenaires ou plus dans les 3 derniers mois, avec un(e) prostitué(e) ; prostitution occasionnelle ou régulière) ; ^d avec autre(s) critère(s) de risque de syphilis (signes cliniques évocateurs d'une syphilis avec ulcère/chancres génitaux, avec éruption cutanéomuqueuse atypique, évocateurs d'une autre MST ; antécédents de syphilis ; partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois, doute sur le risque du partenaire) ; ^e sans critère de risque de syphilis ; ^f avec critère de risque non documenté

- Caractéristiques des consultants (ayant accepté la proposition de dépistage de syphilis et dont les résultats des titres TPHA et VDRL sont documentés)

Parmi les consultants ayant accepté la proposition de dépistage de la syphilis, les résultats des titres TPHA et VDRL étaient documentés pour 96,7 %. Les caractéristiques des consultants sont présentées dans le tableau 6. Les consultants du groupe I étaient plus âgés comparés aux consultants des autres groupes. A l'exception des consultants du groupe II, le sexe ratio homme/femme était proche de 1.

La prévalence globale de la syphilis infectieuse était de 1,10 % [IC₉₅ % 0,96-1,24]. La prévalence était la plus élevée parmi les consultants du groupe I (2,62 % [IC₉₅ % 2,18-3,06]) comparée à celle du groupe III (0,80 % [IC₉₅ % 0,51-1,10]) et à celle du groupe II (0,29 % [IC₉₅ % 0,15-0,43]). La prévalence de la syphilis résiduelle était aussi la plus élevée parmi les consultants du groupe I (tableau 6).

La prévalence globale VIH était de 1,01 % [IC₉₅ % 0,73-1,30] et la plus élevée parmi les consultants du groupe I comparée à celles des consultants des groupes II et III (tableau 6).

La prévalence de la syphilis était la plus élevée parmi les consultants âgés de 30 ans et plus (1,73 % [IC₉₅ % 1,45-2,01] comparée à celle des moins de 30 ans (0,56 % [IC₉₅ % 0,40-0,71] et la plus élevée parmi les consultants infectés par le VIH (8,97 % [IC₉₅ % 3,92-14,01] comparée à celle des consultants négatifs pour le VIH (0,75 % [IC₉₅ % 0,62-0,88]).

Tableau 6. Parmi les consultants des CDAG avec des titres documentés de sérologie syphilis, caractéristiques^a par groupe à risque de syphilis, mai-septembre 2002, Paris, France

	Groupe I^b N = 1 582	Groupe II^c N = 1 905	Groupe III^d N = 1 177	Groupe IV^e N = 348	Groupe V^f N = 121
Tranche d'âge					
< 20	2,0 %	4,9 %	4,5 %	7,4 %	7,6 %
20-24	12,8 %	28,3 %	23,5 %	29,6 %	30,9 %
25-29	23,5 %	28,8 %	22,7 %	25,1 %	24,6 %
30-34	22,4 %	16,7 %	17,2 %	13,4 %	10,2 %
35-39	15,8 %	8,4 %	12,3 %	10,0 %	9,3 %
≥ 40	23,5 %	12,9 %	19,8 %	14,5 %	17,4 %
Age moyen					
	33,9	29,4	31,7	29,2	30,0
[IC ₉₅ %]	[33,4-34,4]	[29,0-29,8]	[31,1-32,4]	[28,2-30,2]	[27,8-32,1]
Sexe ratio H/F					
	-	1,8	1,1	1,0	1,1
Syphilis (+)					
[IC ₉₅ %]					
infectieuse	2,62 % [2,18-3,06]	0,29 % [0,15-0,43]	0,80 % [0,51-1,10]	0,43 % [0,11-0,75]	1,74 % [0,59-2,89]
résiduelle	4,94 % [4,42-5,47]	1,08 % [0,82-1,34]	1,93 % [1,50-2,37]	1,24 % [0,71-1,77]	2,32 % [0,99-3,65]
VIH (+)					
[IC ₉₅ %]	[1,46-3,01]	[0,13-0,65]	[0,12-0,81]	[0,09-2,64]	[0-3,13]
oui, est venu chercher le(s) résultats^g					
	88,1 %	90,7 %	92,7 %	90,8 %	84,3 %

^a pourcentages pondérés prenant en compte les probabilités inégales d'inclusion en raison des fractions différentes d'échantillonnage ; ^b homosexuel masculin ; ^c hétérosexuel multipartenaire (rapport hétérosexuel avec 3 partenaires ou plus dans les 3 derniers mois, avec un(e) prostitué(e) ; prostitution occasionnelle ou régulière) ; ^d avec autre(s) critère(s) de risque de syphilis (signes cliniques évocateurs d'une syphilis avec ulcère/chancres génital, avec éruption cutanéomuqueuse atypique, évocateurs d'une autre MST ; antécédents de syphilis ; partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois, doute sur le risque du partenaire) ; ^e sans critère de risque de syphilis ; ^f avec critère de risque non documenté ; ^g pas de distinction entre les résultats des sérologies syphilis, VIH, VHB, VHC.

Parmi les consultants avec des titres documentés de sérologie syphilis, 1,1 % [0,8-1,3] ont déclaré être positifs pour le VIH et n'ont donc pas eu de sérologie VIH dans le cadre de cette étude. Ces proportions variaient par groupe à risque, respectivement pour les groupes I à V, 3,7 %, 0,05 %, 0,1 %, 0,3 % et 0,2 %.

Parmi les 544 questionnaires avec des résultats positifs de tests syphilis (TPHA et/ou VDRL), 361 ont été classés en faveur d'une syphilis résiduelle, 167 en faveur d'une syphilis infectieuse (119 « infectieuse » et 48 « douteuse ») et 16 étaient des faux positifs.

Parmi les 167 consultants avec une sérologie syphilis en faveur d'une syphilis infectieuse, 25 (15 %) avaient un chancre ou une éruption, 120 (71,8 %) aucun de ces 2 signes et pour 22 (13,2 %), ces données étaient manquantes. Le sexe ratio homme/femme était de 10,8 et l'âge moyen était de 37 ans (médian 34,5 ans ; étendue 19-79 ans). Parmi ces 167 consultants, 13 (7,8 %) étaient séropositifs pour

le VIH, 106 (63,5 %) étaient séronégatifs et pour 48 d'entre eux (28,7 %), la sérologie VIH n'avait pas été faite. Ces derniers n'avaient pas eu de sérologie VIH car 27 d'entre eux connaissaient leur statut VIH positif avant la consultation dans le CDAG, 6 avaient un test VIH négatif récent et pour les 15 derniers, les raisons de non réalisation du test VIH n'étaient pas documentées.

- Facteurs associés à un test syphilis positif en faveur d'une syphilis infectieuse

La prévalence de la syphilis était la plus élevée parmi les hommes (odds ratio (OR) 4,85 ; IC_{95 %}, 2,79-8,41), parmi les consultants âgés de 30 ans et plus comparés à ceux de moins de 30 ans (OR 3,16 ; IC_{95 %}, 2,22-4,50), parmi les consultants du groupe I comparés à ceux du groupe III (OR 9,30 ; IC_{95 %}, 5,50-15,74) et parmi les VIH(+) comparés aux VIH(-) (OR 13,08 ; IC_{95 %}, 6,81-25,12) (tableau 7).

Lors de l'analyse multivariée par régression logistique (tableau 7), un test syphilis positif en faveur d'une syphilis infectieuse restait, à l'exception du sexe, significativement associé aux facteurs précédents (être âgé de 30 ans et plus, appartenir au groupe I, être VIH positif). En excluant les 48 résultats syphilis positifs classés « indéterminés », être un consultant du groupe I et être séropositif pour le VIH restaient associés à un test syphilis positif.

Tableau 7. Facteurs associés à un test syphilis positif en faveur d'une syphilis infectieuse parmi les consultants des CDAG, mai-septembre 2002, Paris, France.

	N	Test syphilis positif ^a	OR ^e [IC _{95 %}]	OR ajusté [IC _{95 %}]
Sexe				
féminin	1 430	0,31 %	1	1
masculin	3 617	1,46 %	4,85 [2,79-8,41]	2,05 [0,96-4,40]
Age				
< 30	2 469	0,56 %	1	1
≥ 30	2 480	1,73 %	3,16 [2,22-4,50]	1,64 [1,06-2,52]
A risque de syphilis				
groupe II ^c	1 905	0,29 %	1	1
groupe III ^d	1 177	0,80 %	2,80 [1,51-5,20]	2,14 [1,10-4,13]
groupe I ^b	1 582	2,62 %	9,30 [5,50-15,74]	4,29 [2,39-7,72]
VIH				
négatif	4 723	0,75 %	1	1
positif	65	8,97 %	13,08 [6,81-25,12]	8,45 [3,95-18,09]

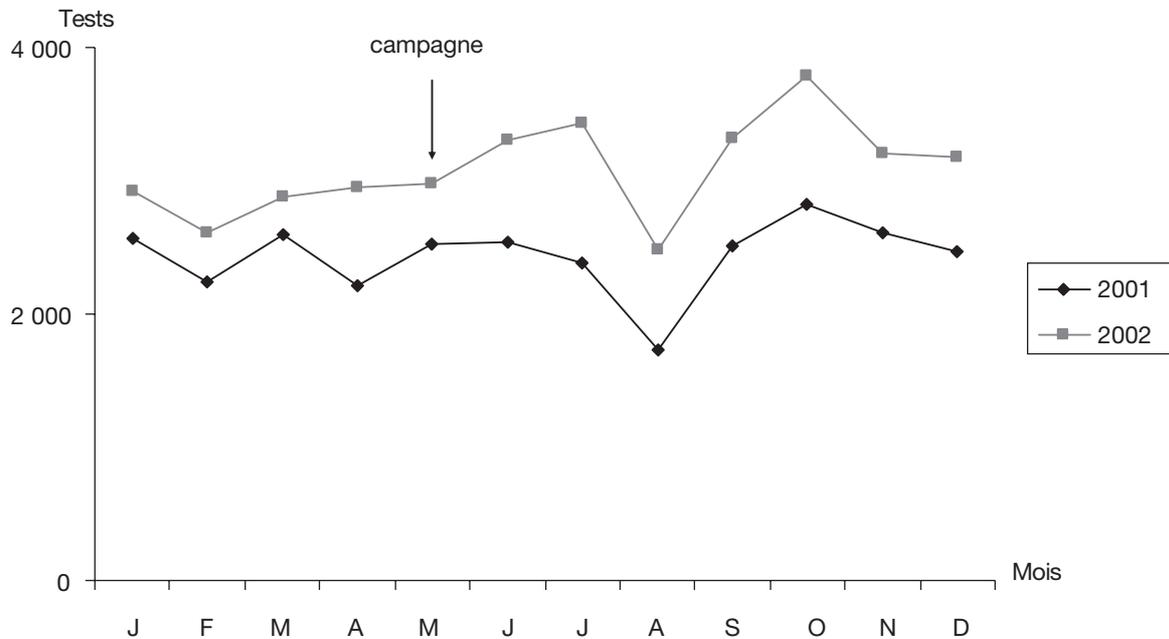
^a pourcentages pondérés prenant en compte les probabilités inégales d'inclusion en raison des fractions différentes d'échantillonnage ; ^b homosexuel masculin ; ^c hétérosexuel multipartenaire (rapport hétérosexuel avec 3 partenaires ou plus dans les 3 derniers mois, avec un(e) prostitué(e) ; prostitution occasionnelle ou régulière) ; ^d avec autre(s) critère(s) de risque de syphilis (signes cliniques évocateurs d'une syphilis avec ulcère/chancres génital, avec éruption cutanéomuqueuse atypique, évocateurs d'une autre MST ; antécédents de syphilis ; partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois, doute sur le risque du partenaire) ; ^e odds ratio.

3.2.2. Dans les laboratoires parisiens d'analyses de biologie médicale

Parmi les 40 LABM parisiens volontaires, le nombre de tests TPHA/VDRL effectués a augmenté de 23 % entre 2001 et 2002 (29 214 vs. 35 929) (figure 1). L'activité de dépistage de la syphilis a augmenté de mars à juillet 2002 comparée à la même période en 2001 et de façon plus importante entre mai et juillet 2002. A l'exception du pic d'octobre 2002, l'activité a été stable de juillet à décembre 2002.

De juin à décembre 2002, parmi les 22 720 TPHA/VDRL effectués, 558 étaient positifs (2,5%). Le sexe ratio homme/femme des personnes ayant eu un TPHA/VDRL positif était de 6,6. L'âge moyen était de 40,9 ans pour les hommes, de 37,5 ans pour les femmes ; 87,3 % des personnes ayant un test positif étaient domiciliées en Ile-de-France.

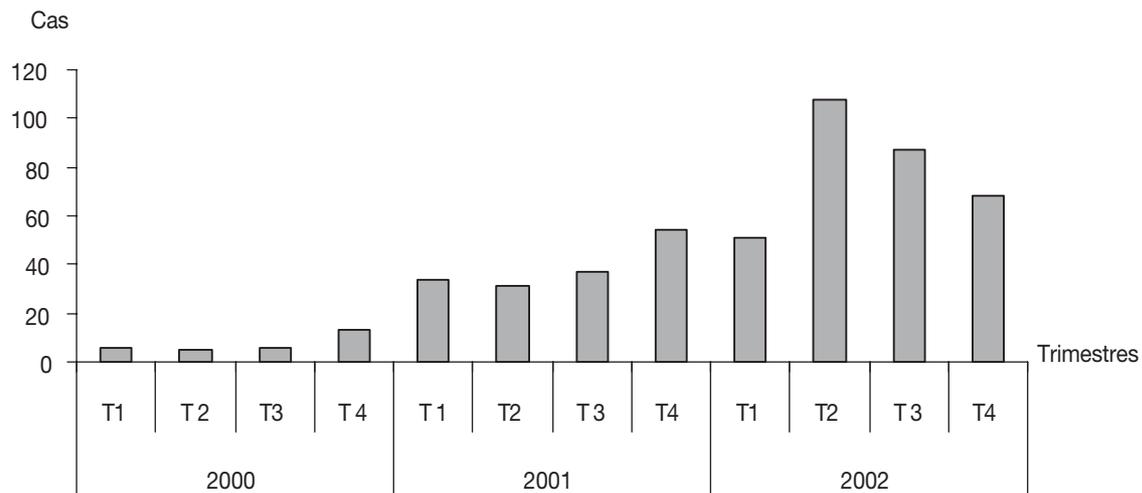
Figure 1. Nombre de tests TPHA/VDRL par mois dans un réseau de laboratoires, Paris, 2001–2002



3.2.3. Dans le système de surveillance

A Paris, de 2000 à 2002, le nombre de cas de syphilis diagnostiqués dans les sites participant au système de surveillance était de 500 soit, respectivement par an, 30, 156 et 314. Entre le 1^{er} et le 2^{ème} trimestre 2002, début de la campagne, le nombre total de cas a doublé (51 cas vs.108) (figure 2). Ensuite, le nombre de cas a diminué au cours des deux derniers trimestres 2002 (87, 68) mais est resté supérieur à celui du 1^{er} trimestre, c'est-à-dire avant la campagne (51).

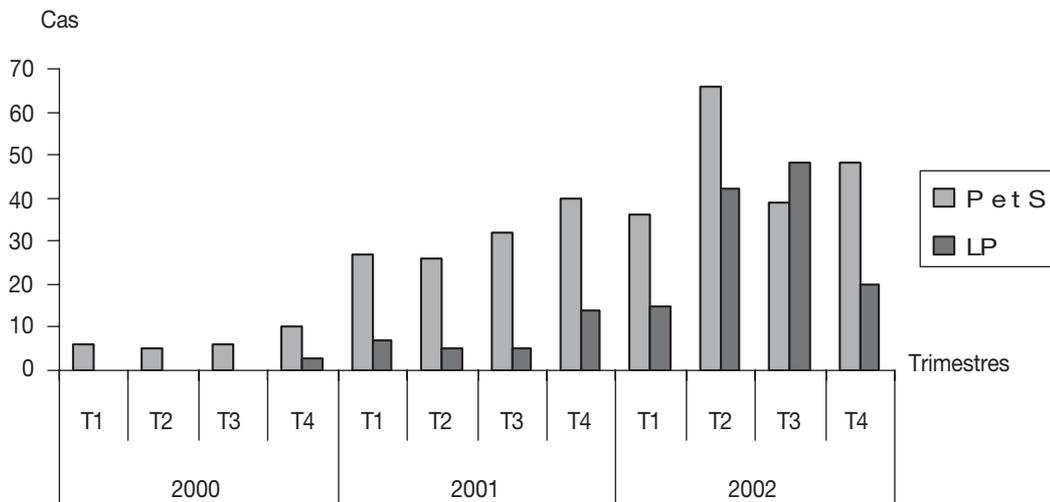
Figure 2. Nombre de cas de syphilis par trimestre, Paris, 2000-2002



Entre le 1^{er} et le 2^{ème} trimestre 2002, début de la campagne, le nombre de cas de syphilis primaire et secondaire a presque doublé (36 à 66) et celui de latente précoce a presque triplé (15 à 42) (figure 3). Le 3^{ème} trimestre 2002 (incluant la campagne) est le seul trimestre où le nombre de cas de syphilis latente précoce (48) excédait le nombre de cas de syphilis primaire et secondaire (39).

Globalement, 87 % des cas étaient des hommes homosexuels ou bisexuels dont plus de la moitié (56 %) étaient séropositifs pour le VIH. L'âge moyen était de 36,7 ans (âge médian : 36 ans) et 83 % des cas résidaient à Paris.

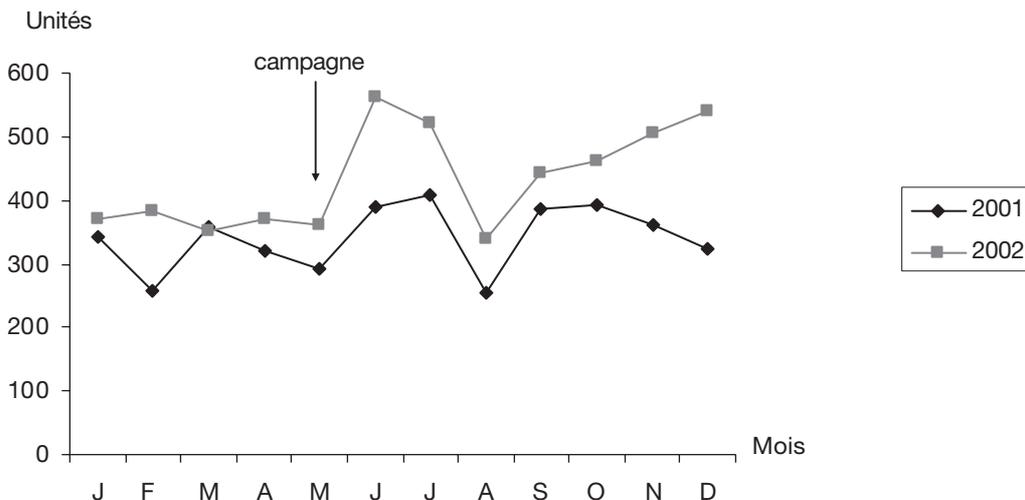
Figure 3. Nombre de cas de syphilis par stade de syphilis et par trimestre, Paris, 2000-2002



3.2.4. Ventes d'Extencilline® 2,4 MUI

Les ventes d'Extencilline® 2,4 MUI dans les pharmacies parisiennes ont augmenté de 27 % entre 2001 et 2002. Elles ont été stables de janvier 2002 à mai 2002 et ont augmenté brutalement entre mai et juin 2002 (figure 4). Après la décroissance observée en août, décroissance attendue en raison des vacances, les ventes ont augmenté régulièrement de septembre à décembre 2002.

Figure 4. Ventes d'Extencilline® 2,4 dans les pharmacies privées par mois, Paris, 2001-2002



4. Discussion

En raison de l'augmentation rapide, à partir de 2001, du nombre de cas de syphilis observée dans le système de surveillance à Paris, des actions de santé publique ont été mises en place de mai à septembre 2002 dans cette ville. Ces actions ciblaient les professionnels de santé et les groupes à risque, en particulier les hommes homosexuels. Elles rappelaient les signes de la syphilis et incitaient les personnes à risque à se faire dépister. Un test anonyme et gratuit était offert à toute personne à risque de syphilis consultant dans l'une des 11 CDAG parisiennes.

Pendant la période d'étude (mai-septembre 2002), le nombre de consultants dans les CDAG parisiennes (1 188/semaine) a été supérieur à celui observé lors d'une enquête transversale (847/semaine) faite dans les CDAG parisiennes en 2000, soit une augmentation de 41 % (InVS, données non publiées). La proportion globale de consultants homosexuels était aussi supérieure à celle observée lors de cette enquête transversale (19,3 % vs. 17 %). Cependant, la proportion plus importante d'homosexuels consultant dans les CDAG ne s'est pas maintenue au cours du temps et a été beaucoup plus importante en juin (22,2 %).

Les facteurs, indépendamment associés à une syphilis infectieuse étaient d'être homosexuel et d'être séropositif pour le VIH. Comme dans les autres pays européens [3-8] et en Amérique du Nord [9,10], les patients atteints de syphilis sont majoritairement des hommes, souvent infectés par le VIH. La prévalence de la syphilis a pu être surestimée car les résultats des tests sérologiques « indéterminés » ont été inclus, mais lorsqu'ils sont exclus, être à risque de syphilis reste associé à ces deux facteurs, être homosexuel et être séropositif pour le VIH. La prévalence de la syphilis parmi les consultants du groupe II (hétérosexuels multipartenaires) (0,29 %) n'était pas différente de celle des consultants du groupe IV (sans critère de risque de syphilis) (0,43 %). Pour ces derniers, le test ne devait pas être proposé mais fait à la demande du consultant. Cependant, presque un tiers d'entre eux a été inclus par une seule des CDAG, probablement parce que le test était systématiquement proposé par les cliniciens. L'évaluation du dépistage dans les CDAG a révélé que les homosexuels, la population cible, sont venus dans les CDAG, mais plutôt au cours du premier mois de la campagne. Le nombre plus important qu'habituellement de consultants peut être expliqué par le fait que l'action d'incitation au dépistage de la syphilis a atteint d'autres populations que les homosexuels.

Les actions de santé publique ont aussi concerné les professionnels de santé. L'activité de dépistage de la syphilis dans le réseau de laboratoires volontaires parisiens reflétait les prescriptions de test par les médecins, principalement des médecins de ville. La campagne a eu un impact positif sur les professionnels, les prescriptions ont augmenté les deux premiers mois de la campagne et sont ensuite restées stables. De plus, il semble que les médecins aient prescrit les tests à la population cible, les homosexuels. La proportion de tests syphilis positifs (2,5 %) dans les LABM était proche de la prévalence estimée parmi les homosexuels consultants dans les CDAG. De plus, un sexe ratio homme/femme élevé (6,6) a été documenté.

Les ventes d'Extencilline® 2,4 MUI, traitement quasi exclusif de la syphilis, reflétaient la prise en charge des patients atteints de syphilis par les médecins de ville. Les autres indications de l'Extencilline® sont rares (rhumatisme articulaire aigu, infections à streptocoque, syphilis endémique). Les personnes à risque ont consulté, ont eu un diagnostic de syphilis et ont été traitées suggérant que les actions menées lors de la campagne ont contribué à une meilleure prise en charge et au ralentissement de la transmission. Après la fin de la campagne, les ventes d'Extencilline® ont progressivement augmenté, de septembre à décembre 2002, suggérant un impact durable de la campagne. Par contre, une légère tendance à la baisse des ventes d'Extencilline® à Paris en 2003 a été observée.

Les médecins participant au réseau de surveillance de la syphilis étaient probablement mieux informés sur la syphilis que la majorité des médecins de ville. Le nombre croissant de consultants, principalement des homosexuels, ayant eu un diagnostic de syphilis dans les sites du système de surveillance suggère qu'ils ont consulté spécifiquement dans ces lieux en raison de la campagne. Comme pour les consultants des CDAG, l'association syphilis et infection par le VIH a été retrouvée pour plus de la moitié des cas diagnostiqués dans le système de surveillance. Pendant et après la campagne, la proportion importante de syphilis latente précoce peut être due au fait qu'un des « message-clé » était que la syphilis pouvait être une maladie sans signe clinique. Ainsi, parmi les consultants des CDAG avec des tests syphilis positifs, près de 3 consultants sur 4 (72 %) n'avaient pas de signe clinique.

Les stratégies pour contrôler l'épidémie comme la notification de partenaires, l'analyse des réseaux sexuels [11,12] ne sont pas possibles en France, en raison de l'absence de recommandations concernant la prise en charge des partenaires d'une personne ayant une IST. En 2002, une analyse préliminaire d'une étude [13] française décrivant les pratiques des médecins, lors de la prise en charge de patients atteints d'IST, suggérait que la majorité des cliniciens se sentait concernée par le partenaire principal, mais 72 % n'abordaient pas la question des partenaires occasionnels, sauf pour des recommandations générales. Une autre stratégie a été envisagée pour contrôler l'épidémie, un traitement de masse avec de l'azithromycine dans les lieux de rencontres gay. Cette stratégie a été réfutée en raison de l'efficacité controversée de ce médicament pour traiter la syphilis et son acceptabilité dans la population cible [14,15]. Chen et collaborateurs [10] ont décrit, à Los Angeles, des actions de santé publique proches de celles de Paris. En effet, l'épidémie de syphilis touchait les homosexuels, certaines actions étaient semblables, en particulier l'information sur la syphilis aux personnels de santé, la participation de la communauté homosexuelle, la campagne médiatique et les activités de dépistage. Bien que l'efficacité de l'impact ait été difficile à évaluer, les auteurs concluaient que les interventions avaient aidé à limiter l'épidémie. Cependant, après une diminution initiale, le taux de syphilis parmi les homosexuels de Los Angeles a atteint de nouveau un niveau épidémique [16]. A Paris, les données 2003 de surveillance de la syphilis, à distance de la fin de la campagne, suggèrent une légère diminution du nombre de cas (- 15 %) par rapport à ceux diagnostiqués en 2002 [17].

Depuis 2000, des études [18,19] françaises ont observé une augmentation de la pratique des pénétrations anales non protégées parmi les homosexuels, plus particulièrement parmi ceux ayant de nombreux partenaires et ceux infectés par le VIH. Dans le système de surveillance actuel, un auto-questionnaire comportemental est associé à chaque cas déclaré. Parmi les homosexuels, la pratique de la fellation non protégée avec des partenaires anonymes est fréquente [20].

En conclusion, une diminution du nombre de cas de syphilis n'a pas été observée au décours de la campagne, mais elle a eu un impact positif sur l'information concernant la syphilis et sur le dépistage parmi les professionnels de santé et les personnes à risque. L'évaluation a été faite peu de temps après la fin de la campagne et les pratiques à risque des homosexuels facilitant la transmission et alimentant l'épidémie n'ont probablement pas diminué. De nouvelles stratégies de prévention, en particulier le rôle de la fellation non protégée dans la transmission de la syphilis seront nécessaires pour contrôler l'épidémie. Les efforts pour améliorer l'accès au dépistage sont renforcés par le maintien d'un dépistage anonyme et gratuit de la syphilis dans les CDAG de Paris, mais aussi son extension aux principales villes françaises.

5. Références

- [1] Meyer L, Goulet V, Massari V, Lepoutre-Toulemon A. Surveillance of sexually transmitted diseases in France: recent trends and incidence. *Genitourin Med* 1994; 70:15-21.
- [2] Couturier E, Dupin N, Janier M *et al.* Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2001; 35-36:168-9.
- [3] Bellis MA, Cook P, Clark P, Syed Q, Hoskins A. Re-emerging syphilis in gay men: a case-control study of behavioural risk factors and HIV status. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:235-6.
- [4] CDSC. Increased transmission of syphilis in Brighton and Greater Manchester among men who have sex with men. *CDR Wkly* 2000; 10:383-6.
- [5] PHLS, DHSS&PS and the Scottish ISD(D)5 Collaborative Group. Sexually Transmitted Infections in the UK: New Episodes seen at Genitourinary Medicine Clinics, 1991 to 2001. London: Public Health Laboratory Service, 2002.
- [6] Doherty L, Fenton K, O'Flanagan D, Couturier E. Evidence for increased transmission of syphilis among homosexual men and heterosexual men and women in Europe. *Eurosurveillance Weekly* 2000; 4:001214.
- [7] De Schrijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. *Eurosurveillance Weekly* 2001; 5:010510.
- [8] Blystad H, Nilsen O, Aavitsland. An outbreak of syphilis among homosexual men in Oslo, Norway. *Eurosurveillance Weekly* 1999; 3:991118.
- [9] Jayaraman GC, Read RR, Singh A. Characteristics of individuals with male-to-male and heterosexually acquired infectious syphilis during an outbreak in Calgary, Alberta, Canada. *Sex Transm Dis* 2003; 30:315-9.
- [10] Chen JL, Kodagoda D, Lawrence AM, Kerndt PR. Rapid Public Health Interventions in response to an outbreak of syphilis in Los Angeles. *Sex Transm Dis* 2002; 29:277-84.
- [11] Kohl KS, Farley TA, Ewell J, Scioneaux J. Usefulness of partner notification for syphilis control. *Sex Transm Dis* 1999; 26:201-7.
- [12] Wasserheit JN, Aral SO. The dynamic topology of STD epidemics: implications for prevention strategies. *J Infect Dis* 1996; 174(Suppl 2):S201-13.
- [13] Warszawski J, Couturier E, Ribert E *et al.* STI and HIV counseling and partner notification in France. 2003 ISSTD Congress, Ottawa, Canada, July 27-30. Poster 0380.
- [14] Patrick DM, Rekart ML, Jolly A *et al.* Heterosexual outbreak of infectious syphilis: epidemiological and ethnographic analysis and implications for control. *Sex Transm Infect* 2002; 78(Suppl 1):i164-i169.
- [15] Rekart ML, Patrick DM, Chakraborty B *et al.* Targeted mass treatment for syphilis with oral azithromycin. *Lancet* 2003; 361:313-4.
- [16] Kahn RH, Heffelfinger JD, Berman SM. Editorial: Syphilis outbreaks among men who have sex with men. A Public health trend of concern. *Sexually Transmitted Diseases* 2002; 29:285-7.
- [17] Couturier E, Michel A, Dupin N, Janier M, et les médecins participants au Réseau de surveillance de la syphilis. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2003. <http://www.invs.sante.fr>
- [18] Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse gay 2000. Institut de veille sanitaire, mai 2001.
- [19] Adam P. Baromètre gay 2000: résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *BEH* 2002; 18:77-9.
- [20] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau A-L, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France, 2000-2002. Institut de veille sanitaire, octobre 2003.



Evaluation de l'Action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les CDAG/DAV de Paris

Objectifs :

- Mesurer l'impact de l'Action d'incitation au dépistage de la syphilis **sur le recours à la CDAG** (pour un dépistage de la syphilis) et sur le nombre de diagnostics positifs de syphilis.
- Analyser les facteurs associés à une sérologie positive de syphilis (âge, sexe, orientation sexuelle, statut VIH).

Durée : de mai à septembre 2002

Méthodes :

- 1) **Remplir le questionnaire pour tous les consultants** y compris en l'absence de dépistage de la syphilis.
- 2) **Prescrire** une sérologie syphilis (TPHA et VDRL) à tous les consultants répondant à au moins un des critères suivants :
 - rapport homosexuel masculin occasionnel ou régulier,
 - rapport hétérosexuel avec 3 partenaires ou plus dans les 12 derniers mois ou avec un(e) prostitué(e),
 - prostitution occasionnelle ou régulière,
 - signes cliniques évocateurs d'une syphilis (ulcère/chancres génital, éruption cutanéomuqueuse) ou d'une autre MST,
 - antécédents de syphilis,
 - partenaire atteint de syphilis dans les 12 derniers mois,
 - doute sur le risque du partenaire.

Retour des questionnaires par courrier une fois par semaine dans des enveloppes pré-adressées à :

Institut de Veille Sanitaire DMI 12 rue du Val d'Osne 94 415 Saint-Maurice cedex

Personnes à contacter à l'InVS :

Alice Michel Tél : 01 41 79 67 49

Elisabeth Couturier Tél : 01 41 79 68 27

Annexe 2



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

Activité mensuelle de dépistage de la syphilis

Evaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris

Année 2002 mois : _____

Ce questionnaire concerne les personnes prélevées par votre laboratoire (ou par l'établissement de soins auquel vous êtes rattaché), ou par une CDAG qui vous envoie elle-même le prélèvement, même si les tests sont réalisés ailleurs.

Il ne concerne pas les prélèvements qui vous ont été transmis par un autre laboratoire.

1. Nombre de tests pour la syphilis (TPHA/VDRL)

* prélevés dans votre laboratoire (ou votre établissement de soin) : N = _____

* prélevés dans une CDAG : N = _____

2. Nombre de personnes confirmées positives (TPHA+/VDRL+ voir algorithme au verso)

Ne pas compter plusieurs fois une personne dans le cadre d'un suivi de traitement.

* prélevées dans votre laboratoire : N = _____

* prélevées dans une CDAG : N = _____

Pour chacune des personnes confirmées positives pour la syphilis, indiquer :

(à l'exception des prélèvements provenant d'une CDAG)

	Sexe (H / F)	Année de naissance	ou	Âge	Département de domicile
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12*					

* Si plus de 12 personnes prélevées dans votre laboratoire ont été confirmées positives ce mois, merci de faire une photocopie de cette feuille pour pouvoir compléter le tableau

3. Biologiste déclarant

Nom : _____ Tél : _____ Poste : _____

Nom et adresse du laboratoire (ou cachet) :

Date : | | | | |
jour mois année

A compléter par le **biologiste**, même si aucun prélèvement pour dépistage de la syphilis n'a été effectué au cours du mois, et à adresser à l'Institut de Veille Sanitaire, 12 rue du Val d'Osne, 94416 Saint Maurice Cedex, dans l'enveloppe T jointe ou par fax au 01-47-79-67-66

Droit d'accès et de rectification (loi du 6 janvier 1978) par le biologiste déclarant auprès de l'InVS.

Protocole et Aide pour le remplissage du questionnaire

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis (DGS/DDASS 75/DASES) qui a lieu à Paris, dans le contexte d'une épidémie de syphilis évoluant principalement dans la population homosexuelle masculine. Cette action comprend une distribution de brochures dans des établissements gay et dans des lieux de rencontre ouverts, une sensibilisation des médecins à la prescription d'un dépistage ciblé de la syphilis (TPHA/VDRL) ainsi qu'une offre de formation. La présente étude est transitoire, elle s'arrêtera fin décembre 2002.

Le questionnaire a pour but d'estimer le nombre de dépistages pour la syphilis par mois ainsi que le sexe, l'âge et le département de domicile des personnes dépistées positives.

- ✓ C'est le premier laboratoire qui prend en charge le prélèvement, c'est-à-dire celui qui est en contact direct avec la personne testée, qui comptabilise cette personne, même s'il ne réalise pas concrètement le test.
- ✓ C'est bien un nombre de personnes testées positives, et non un nombre de prélèvements, qui doit être compté.
- Une personne prélevée plusieurs fois dans le cadre d'un suivi de traitement ne doit être comptée qu'une seule fois.

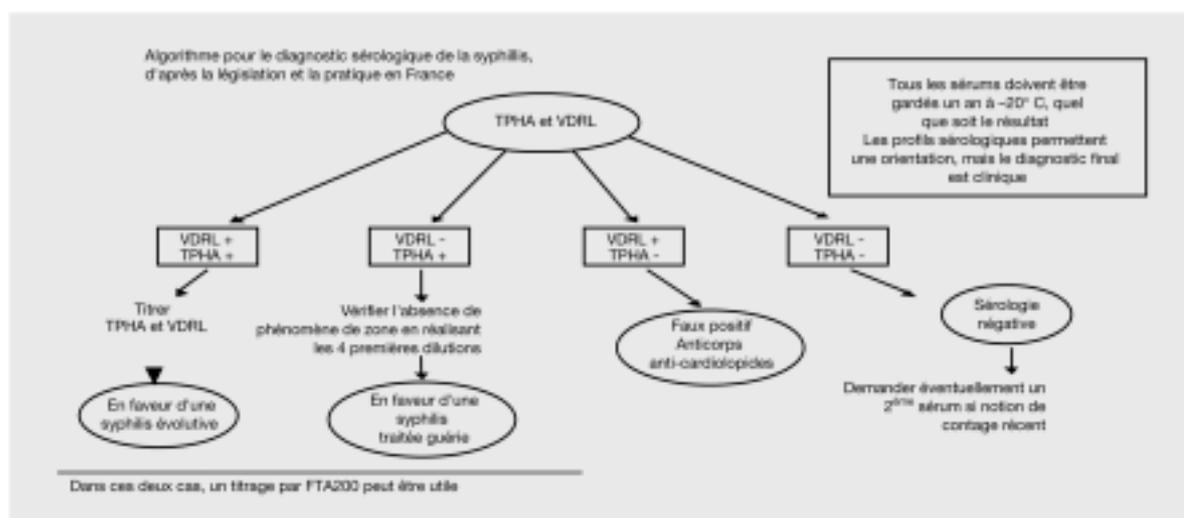
Le questionnaire mensuel comporte 3 rubriques :

Nombre de dépistages de la syphilis

- Cette rubrique recense les tests de dépistage de la syphilis (TPHA/VDRL) au cours du mois.
- Le nombre de prélèvements dans le laboratoire (ou dans l'hôpital ou la clinique auquel le laboratoire est rattaché, ou à domicile) et le nombre de prélèvements envoyés par une CDAG sont comptés séparément.

Nombre de personnes confirmées positives

- Cette rubrique recense les personnes qui, prélevées dans le laboratoire, se sont révélées positives (TPHA+/VDRL+) conformément à l'algorithme présenté dans l'encadré ci-dessous (CNR de la syphilis, Dr M. Assous, Cochin).
- Les prélèvements provenant d'une CDAG et confirmés positifs sont comptés séparément.



Biologiste déclarant

- Cette rubrique ne sera exploitée que pour contacter si besoin un biologiste pour préciser le contenu d'un questionnaire ou en cas de non réception des questionnaires.
- Les coordonnées des biologistes déclarants resteront strictement confidentielles et ne feront pas l'objet d'une quelconque diffusion : en particulier, elles ne donneront lieu à aucune analyse de l'activité de dépistage par laboratoire.