

Elisabeth Couturier, Alice Michel, Anne-Lise Basse-Guérineau, Caroline Semaille

Surveillance de la **Syphilis** en **France** 2000-2002





Nous tenons à remercier chaleureusement tous les médecins pour leur participation active au réseau de surveillance de la syphilis et plus particulièrement le Professeur Nicolas Dupin (hôpital Cochin-Tarnier, Paris) et le Docteur Michel Janier (hôpital Saint-Louis, Paris).

Alsace :

C. Bischoff (Strasbourg)

Aquitaine :

D. Lacoste (Bordeaux), D. Malvy (Bordeaux), R. Vatan (Bordeaux)

Bourgogne :

Dr Duong (Dijon)

Bretagne :

N. Jouan (Brest), P. Plantin (Quimper), V. Viseux (Quimper)

Centre :

Dr Derinay (Nérondes)

Corse :

JF. Abino (Ajaccio)

Ile-de-France :

Paris : Dr Baccard, Dr Benachour, S. Benamor, P. Bonhomme, F. Bouscarat, O. Brunel, M. Buffet, P. Cabotin, JB. Carlander, G. Castenado, Dr Chaine, G. Charleux-Aouichi, AC. Crémieux, F. Deniaud, J. Derouineau, Dr Dhotte, N. Dupin, J. Erner, S. Fouéré, L. Fonquernie, B. Gachot, Ph. Gerhardt, I. Gorin, C. Gourdin, P. Grillot, B. Halioua, S. Hilab, M. Janier, R. Jdid, F. Lassau, Dr Leblond, C. Lejeune, R. Levet, B. Lévy-Klotz, JB. Louison, N. Loriaut, J. Malfroy, JP. Mertz, C. Miodowski, E. Molinari, Dr Mondache, F. Mouly, G. Muller, C. Pantoja, P. Pfister, O. Picard, D. Ponscarne, F. PrevotEAU, P. Roussard, J. Rouvier, D. Salmon-Ceron, A. Simon, E. Spindler, Dr Tandeau de Marsac, Y. Taquin, J. Timsit, Dr Toualbi, J. Tredup, P. Vallée

Hauts-de-Seine : JP. Albagli (Antony)

Seine-Saint-Denis : L. Lavin (Bobigny)

Val de Marne : C. Semaille (Villeneuve-Saint-Georges)

Val-d'Oise : A. Goudjo (Argenteuil), Dr Lepriol-Masson (Cergy)

Languedoc-Roussillon :

Aude : M. Medus (Perpignan), M. Saada (Perpignan)

Gard : Dr Lignon (Alès)

Hérault : JJ. Guilhou (Montpellier), B. Guillot (Montpellier), E. Picot (Montpellier), B. Satge-Quintilla (Montpellier), Dr Tribout (Montpellier)

Lorraine :

Meurthe-et-Moselle : A. Barbaud (Nancy), C. Burty (Vandoeuvre-les-Nancy), JL. Schmutz (Nancy), Dr Weber-Muller (Nancy),

Moselle : JF. Cuny (Metz), M. Grandidier (Thionville), Y. Le Louarn (Thionville), G. Vaillant (Woippy)

Midi-Pyrénées :

A. Bicart-See (Toulouse), L. Cuzin (Toulouse), M. Obadia (Toulouse)

Nord-Pas-de-Calais :

F. Ajana (Tourcoing), I. Alcaraz (Tourcoing), A. Cheret (Tourcoing), Dr Lecocq (Denain), Ph. Modiano (Lomme), Y. Mouton (Tourcoing), C. Pannequin (Marcq-en-Baroeul), Dr Sissoko (Tourcoing), M. Valette (Tourcoing), N. Viget (Tourcoing), Y. Yazdanpanah (Tourcoing)

Pays de la Loire :

Loire-Atlantique : M. Besnier (Nantes), B. De Matteo (Nantes), C. Michau (Saint-Nazaire), B. Milpied-Homs (Nantes), Dr Reliquet (Nantes)

Mayenne : JM. David (Laval)

Vendée : P. Bailly (La Roche-sur-Yon), P. Perre (La Roche-sur-Yon)

Provence-Alpes-Côte d'Azur :

Alpes-Maritimes : M. Clave (Nice), JD. Eberhardt (Saint Laurent-du-Var), M. Hummelsberger (Nice), Dr Kunstlich (Nice), A. Passeron (Nice),

Bouches-du-Rhône : A. Bacconier (Marseille), Dr Barnaud (Marseille), Dr Bernit (Marseille), Dr Bonniol (Marseille), Dr Bourgeade (Marseille), Dr De Montgolfier (Marseille), A. Galinier (Marseille), Dr Gamby (Marseille), Dr Lacroix (Marseille), R. Lots (Roquefort-la-Bédoule), Dr Martinet (Marseille), Dr Riou (Aix-en-Provence), J. Roux (Marseille), MJ. Soavi (Marseille), Dr Tissot-Dupont (Marseille), C. Vernay-Vaisse (Marseille)

Var : E. Counillon (Fréjus),

Vaucluse : G. Lepeu (Avignon)

Rhône-Alpes :

Ain : D. Bouhour (Bourg-en-Bresse), Ph. Granier (Bourg-en-Bresse)

Isère : P. Ramez (Riuperoux)

Rhône : A. Boibieux (Lyon), L. Cotte (Lyon), A. Croatto (Lyon), C. Eyraud (Lyon), B. Issartel (Lyon), P. Miaillhes (Lyon), G. Rigot-Muller (Lyon), I. Schlienger (Lyon), C. Trepo (Lyon)

Sommaire

Résumé	7
Les points essentiels	9
1. Introduction	11
2. Méthodes	13
3. Résultats	15
3.1. Données cliniques et biologiques	15
3.1.1. Nombre de cas	15
3.1.2. Nombre et types de sites	16
3.1.3. Stades de syphilis	17
3.1.4. Caractéristiques socio-démographiques	19
3.1.5. Antécédents d'IST	19
3.1.6. Statut VIH	20
3.1.7. Hommes homo/bisexuels	22
3.1.8. Motifs de consultation	22
3.1.9. Caractéristiques biologiques	23
3.1.10. Partenaire d'un cas de syphilis	23
3.1.11. Autre(s) IST diagnostiquée(s)	23
3.2. Données comportementales	23
3.2.1. Parmi les hommes homo/bisexuels	24
3.2.2. Parmi les hétérosexuels masculins	26
4. Discussion	29
5. Références	31
6. Annexes	
Annexe 1. Carte des vingt plus grandes villes françaises	35
Annexe 2. Définition de cas	37
Annexe 3. Information du patient	39
Annexe 4. Questionnaire clinique	41
Annexe 5. Auto-questionnaire proposé au patient	45
Annexe 6. Questionnaire clinique (réseau parisien de médecins de ville)	49

Résumé

Alors que l'obligation de déclarer les maladies vénériennes était supprimée (juillet 2000), la résurgence de la syphilis fin 2001 a entraîné la mise en place d'un réseau de surveillance avec la participation de sites volontaires (dispensaires antivénériens, consultations hospitalières de dermato-vénérologie, maladies infectieuses ou médecine interne et un réseau parisien de médecins de ville).

Entre 2000 et 2002, le nombre de cas de syphilis a augmenté rapidement chaque année surtout en Ile-de-France mais aussi dans les autres régions et quel que soit le type de site. La région Ile-de-France, en fait Paris, est principalement concernée par l'épidémie de syphilis. En effet, plus de trois quarts des cas ont été diagnostiqués par moins de la moitié des sites participants. Trois quarts des personnes atteintes de syphilis sont nées en France et la moitié a déclaré au moins un antécédent d'IST (infections sexuellement transmissibles). La syphilis touche principalement des hommes homosexuels dont plus de la moitié est infectée par le VIH depuis sept ans en moyenne.

Pour la première fois, un système de surveillance d'une IST en France associe données cliniques et comportementales. Presque la moitié des patients a accepté de répondre à des questions concernant ses pratiques sexuelles et attitudes préventives recueillies à l'aide d'un auto-questionnaire. Cet auto-questionnaire a permis d'avoir le sentiment du patient quant à la personne à l'origine de sa contamination. Cette personne était inconnue pour la moitié des homo/bisexuels. Lorsqu'elle était connue, plus de trois quarts d'entre eux ont dit qu'il avait eu une relation anonyme ou occasionnelle. Pour un quart d'entre eux, la rencontre avait eu lieu dans un établissement avec sexe. La fellation non protégée était la pratique sexuelle la plus fréquemment citée, par les répondants, avec la personne source probable de l'infection.

La résurgence de la syphilis a nécessité une information d'une part au corps médical et d'autre part à un public plus large dans le cadre d'actions de communication sur les IST. Le risque d'IST doit être souligné dans les campagnes de prévention de l'infection à VIH en raison de leur rôle favorisant la transmission du VIH.



Les points essentiels

- Fin 2000, confirmation de la résurgence de la syphilis à Paris dans les dispensaires antivénéériens
- Mise en place d'un réseau de surveillance dans des sites volontaires en France
- Augmentation rapide du nombre de cas, de 37 cas en 2000 à 401 en 2002
- L'Île-de-France est la région la plus touchée
- La syphilis concerne les hommes homo/bisexuels dont plus de la moitié est infectée par le VIH
- La personne source probable de l'infection est inconnue pour la moitié des patients atteints de syphilis
- La pratique sexuelle à risque la plus fréquemment citée est la fellation non protégée
- Des épidémies de syphilis parmi les homo/bisexuels VIH(+) ont été décrites en Europe et en Amérique du Nord

1. Introduction

Parmi l'ensemble des IST (infections sexuellement transmissibles), la surveillance de la syphilis et de la gonococcie, marqueurs de comportement sexuel à risque, permet d'alerter les acteurs engagés dans les actions de prévention auprès des populations cibles. De plus, les IST favorisent la transmission sexuelle de l'infection à VIH (augmentation de la contagiosité et de la susceptibilité au VIH¹⁻³).

En France, les lieux de recours et de diagnostic pour une IST sont divers, services hospitaliers, dispensaires anti-vénériens (DAV), centres de planification familiale, médecins généralistes, gynécologues, dermatologues, laboratoires... Une thèse de santé publique⁴ (Apports du recueil des antécédents de maladies sexuellement transmissibles dans les enquêtes en population générale) montre la prédominance du secteur privé (environ 80 %), le gynécologue pour les femmes et le généraliste pour les hommes. L'enquête Baromètre santé réalisée en 2000⁵ confirme que le généraliste est le recours privilégié des hommes (68 %), alors que c'est le gynécologue pour les femmes (70 %).

Le dispositif de recueil d'information sur la syphilis a évolué au cours du temps. Depuis le début des années quarante, la syphilis était une maladie à déclaration obligatoire mais en juillet 2000 une modification du code de santé publique fait disparaître l'obligation de déclarer les maladies vénériennes (syphilis, gonococcie, chancre mou, maladie de Nicolas Favre) (ordonnance 2000-548 du 15 Juin 2000).

L'analyse des données nationales entre 1985-1990 des DAV⁶ a montré que le nombre de syphilis primaire et secondaire a chuté jusqu'en 1987 et est resté à peu près stable entre 1987 et 1990. Les données des DAV parisiens⁶ (1971-1990) ont montré une même tendance, chute depuis 1980 de la syphilis primaire et secondaire. Depuis 1990, il n'existe pas de données nationales publiées concernant les consultants des DAV.

De 1991 à 1993, une surveillance de la syphilis par l'intermédiaire de laboratoires d'analyse médicale volontaires a été organisée (réseau RENASYPH)⁷. Ce réseau ciblant une population générale peu à risque (98 % de tests négatifs), sans renseignement sur le motif de prescription et sans donnée clinique, a donc été interrompu en 1994.

Dans le cadre d'études ponctuelles et dans des populations définies, des données sur la syphilis sont disponibles. Dans la thèse⁴ citée précédemment, la syphilis était très rare en population générale et avait une nette prédominance masculine (sexe ratio = 4,5 ACSF-92).

Depuis 1985, une enquête périodique sous forme d'auto-questionnaire est menée auprès des lecteurs de la presse homosexuelle, centrée sur les modes de vie, l'infection à VIH et la prévention. Elle a permis de recueillir les antécédents d'IST au cours des 12 mois précédant l'enquête⁸. Le taux de répondants ayant déclaré avoir eu une IST a augmenté entre 1997 et 2000, de 13 % à 15,8 % ; la proportion de ceux ayant contracté la syphilis dans l'année est passée de 0,1 % à 0,5 %.

De 1986 à 1997, le système de surveillance de la gonococcie par des laboratoires (Renago) a mis en évidence une baisse continue du nombre de patients atteints de gonococcies. Cependant, une inversion de cette tendance a eu lieu entre 1998 et 2000, augmentation concernant surtout les hommes en Ile-de-France par rapport aux autres régions⁹. Par contre, entre 2000 et 2001, une baisse a été constatée, diminution plus importante en Ile-de-France et chez les hommes¹⁰.

Fin novembre 2000, l'Institut de veille sanitaire a été contacté par le médecin responsable d'un DAV parisien (hôpital Tarnier) en raison d'un nombre inhabituel de cas de syphilis diagnostiqués en l'espace de six semaines. L'enquête épidémiologique, proposée au seul DAV de Tarnier, a ensuite été étendue aux autres DAV parisiens. Entre 1998 et 2000, bien que les nombres de cas de syphilis aient été faibles, l'augmentation est importante, respectivement de 4 cas à 25. Parmi les 25 patients diagnostiqués en 2000, trois quarts d'entre eux étaient des hommes homosexuels. La moitié des cas diagnostiqués était infectée par le VIH et parmi les patients séropositifs, 69 % connaissaient leur séropositivité avant le diagnostic de syphilis (rapport préliminaire d'investigation au 28 février 2001, Institut de veille sanitaire).

Devant la recrudescence de la syphilis à Paris, un système de surveillance d'infection récente a été mis en place à partir de 2001. En effet, la syphilis récente ou précoce est l'indicateur de l'incidence de la maladie et inclut les formes contagieuses.

Les objectifs du système de surveillance sont :

- a) suivre l'évolution annuelle du nombre de personnes adultes atteintes de syphilis récente dans les centres participants.
- b) décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et comportementales des personnes atteintes de syphilis.
- c) alerter et déclencher une enquête épidémiologique en présence d'une augmentation du nombre de cas et/ou en présence de cas groupés diagnostiqués en un même lieu.
- d) comparer les caractéristiques socio-démographiques et comportementales des patients atteints de syphilis à celles de patients atteints d'autres IST y compris d'infection à VIH.

2. Méthodes

Il s'agit d'une surveillance prospective dans des sites volontaires. Les sites sollicités sont les DAV, les consultations hospitalières de dermato-vénérologie, maladies infectieuses ou médecine interne et un réseau parisien de médecins de ville (REZO-85).

En 2001, la surveillance a débuté progressivement à Paris puis a été proposée aux vingt plus grandes villes de France (juin 2002) (Annexe 1). Ce système de surveillance a été soumis à la Cnil qui a donné son accord.

La population concernée est représentée par les patients ayant un diagnostic de syphilis récente, c'est-à-dire syphilis primaire, secondaire ou latente précoce (Annexe 2).

Pour la première fois dans le cadre d'une surveillance pérenne, il a été décidé d'associer aux données cliniques et biologiques, recueillies par le clinicien, des données comportementales sous forme d'un auto-questionnaire anonyme, proposé au patient. Ce questionnaire comprenant une vingtaine d'items est centré sur les pratiques sexuelles et les comportements préventifs du patient. Il n'existe pas en France de recommandations officielles concernant l'information et le dépistage des partenaires sexuels d'un patient ayant une IST. Des questions ont donc été posées sur la personne source probable de l'infection et sur les partenaires sexuels que le patient aurait pu contaminer lors de rapports non protégés dans les trois mois avant le diagnostic de syphilis.

Après consentement du patient (Annexe 3), le clinicien, lors de la consultation initiale, collecte les données suivantes : âge, sexe, département de résidence, pays de naissance et de séjour dans les 10 dernières années, orientation sexuelle, antécédents d'IST, date et résultat de la sérologie VIH la plus récente, motifs de consultation, signes cliniques, résultats du fond noir, des sérologies syphilis et VIH, diagnostic final, présence d'autre(s) IST, utilisation du préservatif et nombre de partenaires dans les 12 derniers mois. Pour les patients VIH(+), sont demandés l'existence d'un traitement antirétroviral et le fait que la « dernière » charge virale soit indétectable ou non (Annexe 4).

Le clinicien propose au patient l'auto-questionnaire (Annexe 5) qu'il est libre d'accepter ou de refuser. Les variables recueillies sont : âge, sexe, nombre de partenaires sexuels et utilisation du préservatif (12 derniers mois), type de partenaire (stable et/ou occasionnel) dans les 3 derniers mois, don d'argent ou de drogue en échange de rapports sexuels, rapports sexuels avec une personne hors France, avec une personne ayant une IST ou une infection à VIH, caractéristiques de la personne à l'origine de la contamination (sexe, type de relation, lieu(x) de rencontre, pratiques sexuelles sans préservatif), nombre des partenaires sexuel(le)s potentiellement contaminé(e)s, joignable(s) par le patient et contacté(e)s ou non en raison du diagnostic de syphilis.

En raison de la multiplicité des acteurs chargés des IST (état, région, département), un référent syphilis par département ou région a été choisi. Il est chargé de collecter les questionnaires complétés par les cliniciens, les auto-questionnaires des patients et de les envoyer à l'InVS. Dans certains cas, les questionnaires arrivent directement à l'InVS.

Le recueil des données par le réseau parisien de médecins de ville (REZO-85) est différent (Annexe 6). En effet, les seules variables recueillies sont l'âge, la date de consultation, le sexe, le sexe du partenaire présumé à l'origine de la contamination, le fait qu'il puisse être contacté ou non par le patient, présence (chancres, éruption) ou absence de signe de syphilis, année et résultat de la dernière sérologie VIH, et pour les VIH(+), existence d'un traitement antirétroviral. L'auto-questionnaire n'est pas proposé.

Pour l'analyse, les régions sont regroupées, l'Ile-de-France est comparée à toutes les autres régions.

3. Résultats

3.1. Données cliniques et biologiques

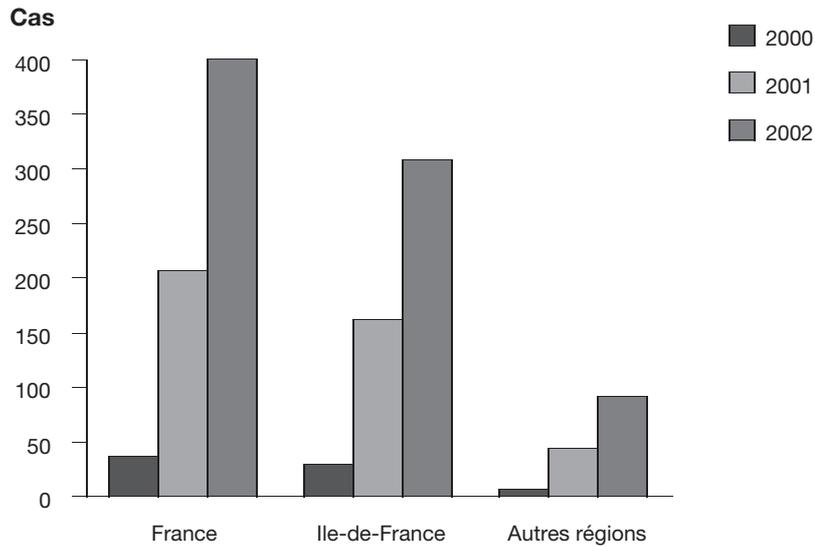
3.1.1. Nombre de cas

Au total, 645 cas de syphilis ont été déclarés, respectivement 37 cas en 2000, 207 en 2001 et 401 en 2002 (Tableau 1). Le nombre de cas a pratiquement doublé (+ 95 %) entre 2001 et 2002. Chaque année, plus des trois quarts des cas ont été diagnostiqués en Ile-de-France (Figure 1). Il faut souligner que plus de 98 % des cas de la région Ile-de-France ont été diagnostiqués à Paris.

Tableau 1 : Distribution des cas de syphilis par région de diagnostic et par an, 2000-2002

Région	Année			Total
	2000	2001	2002	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Alsace	-	-	1 (0.2)	1 (0.2)
Aquitaine	-	3 (1.4)	1 (0.2)	4 (0.6)
Bourgogne	-	1 (0.5)	2 (0.5)	3 (0.5)
Bretagne	1 (2.7)	2 (1.0)	2 (0.5)	5 (0.8)
Centre	-	-	1 (0.2)	1 (0.2)
Ile-de-France	30 (81.1)	162 (78.2)	309 (77.0)	501 (77.7)
Languedoc-Roussillon	-	-	20 (5.0)	20 (3.1)
Lorraine	-	-	3 (0.7)	3 (0.5)
Midi-Pyrénées	-	-	5 (1.2)	5 (0.8)
Nord-Pas de Calais	3 (8.1)	12 (5.8)	20 (5.0)	35 (5.4)
Pays de la Loire	-	13 (6.3)	21 (5.2)	34 (5.3)
PACA	3 (8.1)	13 (6.3)	16 (4.0)	32 (5.0)
Rhône-Alpes	-	1 (0.5)	0	1 (0.2)
Total	37 (100)	207 (100)	401 (100)	645 (100)

Figure 1 : Nombre de cas de syphilis par an, France, 2000-2002



3.1.2. Nombre et types de sites

Le nombre total de sites ayant participé à la surveillance était de 49 sites. Ce nombre a augmenté au cours du temps, 10 sites en 2000, 29 en 2001 et 38 en 2002.

Globalement, les 501 cas (77.7 %) de la région Ile-de-France ont été diagnostiqués par 21 sites (42.9 %). Chaque année, plus de 75 % des cas étaient diagnostiqués en Ile-de-France alors que la proportion de sites participants de cette région diminuait, respectivement 60 % en 2000, 51.7 % en 2001 et 39.5 % en 2002.

En Ile-de-France, globalement et chaque année, les principaux sites participants ont été les DAV/CDAG (Figure 2) et un réseau de médecins de ville alors que dans les autres régions, il s'agissait plutôt de consultations hospitalières (Tableau 2). Au cours du temps, le nombre de cas diagnostiqués par type de site a augmenté. Au total, les médecins du réseau parisien ont diagnostiqué 24 % (121/501) des cas en Ile-de-France.

Figure 2 : Nombre de cas de syphilis par type de site et par an, Paris, 1998-2002.

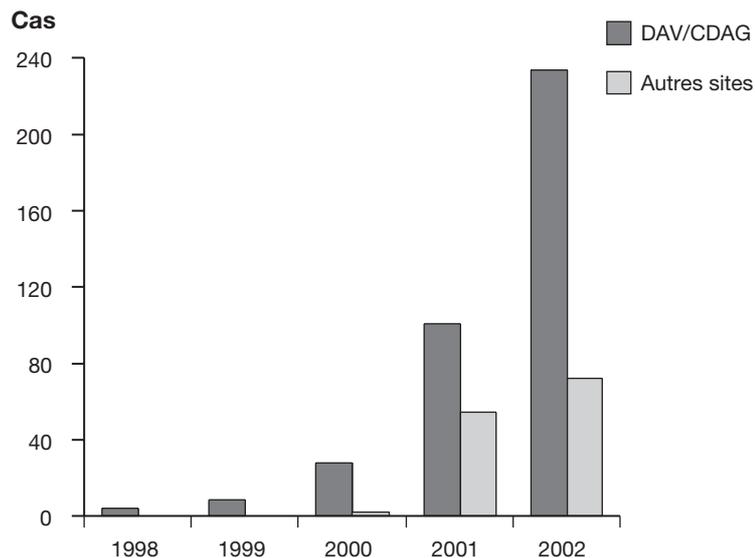


Tableau 2 : Distribution des cas de syphilis par région, lieux de diagnostic (DAV/CDAG, consultations hospitalières, cabinets de ville) et par an, 2000-2002

Région	Année			Total N
	2000	2001	2002	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Ile-de-France				
DAV/CDAG	28 (93.3)	106 (65.4)	236 (76.4)	370
Consultations hospitalières	1 (3.3)	7 (4.3)	2 (0.6)	10
Cabinets de ville	1 (3.3)	49 (30.2)	71 (23.0)	121
Total	30 (100)	162 (100)	309 (100)	
Autres régions				
DAV/CDAG	1 (14.3)	9 (20.0)	21 (22.8)	31
Consultations hospitalières	6 (85.7)	33 (73.3)	62 (67.4)	101
Cabinets de ville	0 (0.0)	3 (6.7)	9 (9.8)	12
Total	7 (100)	45 (100)	92 (100)	
Total France	37	207	401	645

3.1.3. Stades de syphilis

Parmi les 645 cas, 24.3 % (157) avaient une syphilis primaire, 46 % (297) une secondaire et 29.6 % (191) une latente précoce (Tableau 3). Au cours du temps, on observe une augmentation de la proportion de syphilis latente précoce comparée aux autres types de syphilis (13.5 %, 20.3 %, 35.9 %, $p < 10^{-3}$) (Figure 3). Par région, cette augmentation est significative pour la seule région Ile-de-France (Tableau 4).

Figure 3 : Nombre de cas de syphilis par stade de syphilis et par an, France, 2000-2002

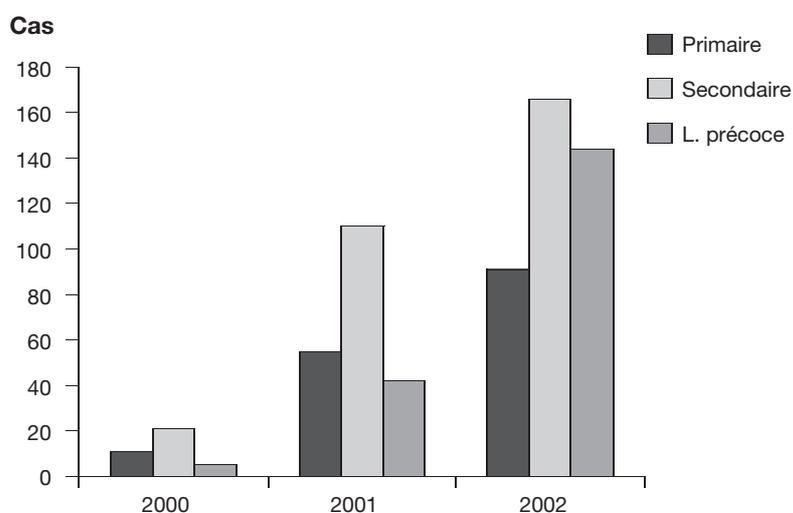


Tableau 3 : Distribution des cas de syphilis par sexe, classe d'âge, pays de naissance, orientation sexuelle, région de résidence, stade de syphilis et par an, 2000-2002

	Année			Total
	2000	2001	2002	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexe¹				
Masculin	36 (97.3)	196 (94.7)	390 (97.5)	622 (96.6)
Féminin	1 (2.7)	11 (5.3)	10 (2.5)	22 (3.4)
Classe d'âge				
<= 29	10 (27.0)	53 (25.6)	75 (18.7)	138 (21.4)
30-34	5 (13.5)	46 (22.2)	95 (23.7)	146 (22.6)
35-39	7 (18.9)	47 (22.7)	89 (22.2)	143 (22.2)
40-44	9 (24.3)	29 (14.0)	58 (14.5)	96 (14.9)
>=45	6 (16.2)	32 (15.5)	84 (20.9)	122 (18.9)
Pays de naissance²				
France	26 (72.2)	141 (79.7)	236 (76.4)	403 (77.2)
Europe	5 (13.9)	14 (7.9)	20 (6.5)	39 (7.5)
Afrique	4 (11.1)	14 (7.9)	33 (10.7)	51 (9.8)
Autres	1 (2.8)	8 (4.5)	20 (6.5)	29 (5.6)
Orientation sexuelle³				
Homo/bisexuelle	30 (81.1)	170 (82.1)	338 (84.7)	538 (83.7)
Hétérosexuelle	7 (18.9)	37 (17.9)	61 (15.3)	105 (16.3)
Région de résidence⁴				
Aquitaine	0	2 (1.1)	1 (0.3)	3 (0.6)
Bourgogne	0	2 (1.1)	1 (0.3)	3 (0.6)
Bretagne	1 (4.3)	2 (1.1)	3 (1.0)	6 (1.2)
Centre	0	0	1 (0.3)	1 (0.2)
Ile-de-France	18 (78.3)	140 (74.9)	216 (70.1)	374 (72.2)
Languedoc-Roussillon	0	0	21 (6.8)	21 (4.1)
Lorraine	0	0	3 (1.0)	3 (0.6)
Midi-Pyrénées	0	0	5 (1.6)	5 (1.0)
Nord-Pas-de-Calais	1 (4.3)	11 (5.9)	19 (6.2)	31 (6.0)
Haute-Normandie	0	1 (0.5)	1 (0.3)	2 (0.4)
Pays de la Loire	0	13 (7.0)	17 (5.5)	30 (5.8)
Picardie	0	0	1 (0.3)	1 (0.2)
PACA	3 (13.0)	13 (7.0)	15 (4.9)	31 (6.0)
Rhône-Alpes	0	2 (1.1)	1 (0.3)	3 (0.6)
Etranger	0	1 (0.5)	3 (1.0)	4 (0.8)
Syphilis				
primaire	11 (29.7)	55 (26.6)	91 (22.7)	157 (24.3)
secondaire	21 (56.8)	110 (53.1)	166 (41.4)	297 (46.0)
latente précoce	5 (13.5)	42 (20.3)	144 (35.9)	191 (29.6)

¹ non documenté : 1 (2002) ; ² non documenté : 1 (2000), 30 (2001), 92 (2002) ;³ non documentée : 2 (2002) ; ⁴ non documentée : 14 (2000), 20 (2001), 93 (2002)

Tableau 4 : Distribution des cas de syphilis par région, type de syphilis et par an, 2000-2002

Région	Année			Total
	2000	2001	2002	
	N (%)	N (%)	N (%)	N
Ile-de-France	-	-		
syphilis				
- primaire	8 (26.7)	47 (29.0)	74 (23.9)	129
- secondaire	19 (63.3)	82 (50.6)	114 (36.9)	215
- latente précoce	3 (10.0)	33 (20.4)	121 (39.2)	157
Total	30 (100)	162 (100)	309 (100)	-
Autres régions				
syphilis				
- primaire	3 (42.8)	8 (17.8)	17 (18.5)	28
- secondaire	2 (28.6)	28 (62.2)	52 (56.5)	82
- latente précoce	2 (28.6)	9 (20.0)	23 (25.0)	34
Total	7 (100)	45 (100)	92 (100)	
Total France	37	207	401	645

Parmi les patients avec une syphilis primaire, la localisation d'un chancre était documentée pour 133 d'entre eux (84.7 %). Parmi ceux-ci, 74.4 % avaient un chancre génital, 13.5 % un chancre ano-rectal, 9.8 % un chancre bucco-pharyngé et 2.2 % un chancre ano-buccale/ano-génitale/bucco-génitale. Le délai moyen entre la date d'apparition du chancre (moment où le patient l'a remarqué) et la date de consultation initiale était de 15,6 jours (médian : 12). Ce délai varie en fonction de la localisation du chancre, 14 jours (médian : 11) pour un chancre génital, 19 jours (médian : 16) pour un chancre ano-rectal et 26 jours (médian : 25) pour un chancre bucco-pharyngé ($p=0.03$).

Parmi les 297 patients avec une syphilis secondaire, la présence d'une éruption était documentée pour 274 (92.3 %) d'entre eux. Les différents sites d'éruption les plus fréquemment cités étaient le thorax, les paumes et plantes. Le délai moyen entre la date d'apparition de l'éruption et la date de consultation initiale était de 19 jours (médian : 15).

3.1.4. Caractéristiques socio-démographiques

Les cas de syphilis étaient majoritairement des hommes (97 %) (Tableau 3), d'âge moyen 36,8 ans (médian = 36 ans ; étendue [15-80]). Au cours du temps, l'âge moyen est resté stable.

Parmi les cas dont le pays de naissance était documenté, plus de 70 % d'entre eux étaient nés en France (Tableau 3) mais la proportion de patients dont le pays de naissance n'était pas documenté a augmenté au cours du temps (2.7 %, 14.5 % et 22.9 %, χ^2 de tendance, $p=0.0003$).

Chaque année, la proportion d'homosexuels ou bisexuels était supérieure à 80 % et est restée stable (Tableau 3).

3.1.5. Antécédents d'IST

Les antécédents d'IST (syphilis, gonococcie, hépatite B, herpès, hépatite A, HPV, chlamydia) ont été documentés pour 86.4 % (557/645) des patients et 49.4 % (275/557) avaient eu au moins un antécédent d'une des infections citées précédemment. Les patients ayant un antécédent de MST étaient plus âgés que ceux ne déclarant aucun antécédent (38.1 ans vs 35.5 ans, $p=0.002$).

Le Tableau 5 présente la proportion de patients ayant déclaré au moins un antécédent de syphilis, de gonococcie ou de chlamydia. Parmi les 82 patients déclarant un antécédent de syphilis, les délais moyen et médian étaient de 11 ans [1-40] entre le dernier épisode de syphilis et l'épisode actuel.

Tableau 5 : Antécédents d'IST bactériennes des patients ayant un diagnostic de syphilis, 2000-2002

	IST bactériennes		
	Syphilis	Gonococcie	Chlamydia
	N (%)	N (%)	N (%)
oui	82 (14.7)	114 (20.5)	26 (4.7)
non	474 (85.3)	443 (79.5)	531 (95.3)
Total*	556 (100)	557 (100)	557 (100)

*non documenté : syphilis (89), gonococcie (88), chlamydia (88)

3.1.6. Statut VIH

Le statut sérologique VIH au décours du diagnostic de syphilis était documenté pour 96 % (619/645) des patients. Parmi eux, 54.1 % (335/619) étaient séropositifs (Tableau 6). Parmi les patients séropositifs, 85.7 % (287/335) connaissaient leur statut positif et 14.3 % (48/335) l'ont découvert. La distribution des cas de syphilis par région (Ile-de-France et autres régions) et statut sérologique VIH est présentée dans le Tableau 7.

Tableau 6 : Distribution des cas de syphilis par statut sérologie VIH et par an, 2000-2002

Statut VIH	Année			Total
	2000	2001	2002	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
– positif				
connu ¹	17 (48.6)	97 (47.8)	173 (45.4)	287 (46.4)
découvert ²	4 (11.4)	21 (10.3)	23 (6.0)	48 (7.8)
– négatif ²	14 (40.0)	85 (41.9)	185 (48.6)	284 (45.9)
Total³	35 (100)	203 (100)	381 (100)	619 (100)

¹avant le diagnostic de syphilis ; ²au diagnostic de syphilis ; ³non documenté au diagnostic de syphilis : 2 (2000), 4 (2001), 20 (2002)

Tableau 7 : Distribution des cas de syphilis par région et statut sérologique VIH et par an, 2000-2002

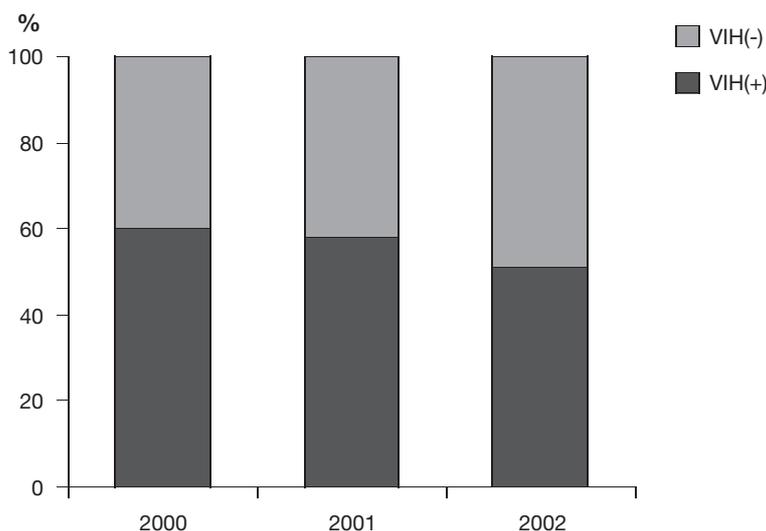
Région	Année			Total
	2000	2001	2002	
	N (%)	N (%)	N (%)	N
Ile-de-France				
Statut VIH				
– positif				
connu ¹	12 (42.9)	80 (50.6)	136 (47.1)	228
découvert ²	4 (14.3)	18 (11.4)	18 (6.2)	40
– négatif ²	12 (42.9)	60 (38.0)	135 (46.7)	207
Total³	28 (100)	158 (100)	289 (100)	–
Autres régions				
Statut VIH				
– positif				
connu ¹	5 (71.4)	17 (37.8)	37 (40.2)	59
découvert ²	0 (0.0)	3 (6.7)	5 (5.4)	8
– négatif ²	2 (28.6)	25 (55.6)	50 (54.3)	77
Total	7 (100)	45 (100)	92 (100)	–
Total France	35	203	381	619

¹avant le diagnostic de syphilis ; ²au diagnostic de syphilis ; ³non documenté au diagnostic de syphilis : 2 (2000), 4 (2001), 20 (2002)

Parmi les 287 patients ayant un statut VIH(+) connu avant le diagnostic de syphilis, la date du 1^{er} test positif était documentée pour 222 (77.3 %) d'entre eux. Le délai moyen entre la date du premier test VIH(+) et le diagnostic de syphilis était de 7,2 ans (médian : 6,2).

Parmi l'ensemble des patients, la proportion de patients séropositifs a diminué mais de manière non significative au cours du temps (60 % à 51.4 %, Chi² de tendance, p= 0.09) (Tableau 6) (Figure 4).

Figure 4 : Proportion de cas de syphilis par statut VIH, France, 2000-2002.



Parmi les patients ayant un statut VIH positif connu, 74.2 % (201) avaient un traitement antirétroviral (Tableau 8). Parmi ceux-ci, 49.3 % déclaraient avoir une « dernière » charge virale indétectable, 19.9 % détectable, 7 % ne savaient pas et pour 23.9 %, cette donnée était non documentée.

Tableau 8 : Distribution des cas de syphilis ayant un statut sérologique VIH positif connu avant le diagnostic de syphilis par présence d'un traitement antirétroviral (ARV) en cours et par an, 2000-2002

ARV en cours	Année			Total
	2000	2001	2002	
	N (%)	N (%)	N (%)	
oui	11 (73.3)	71 (75.5)	119 (73.5)	201 (74.2)
non	4 (26.7)	23 (24.5)	43 (26.5)	70 (25.8)
Total¹	15 (100)	94 (100)	162 (100)	271 (100)

¹non documenté : 2 (2000), 3 (2001), 11 (2002)

Parmi les 48 patients qui ont découvert leur statut VIH(+) au diagnostic de syphilis, 16 (33.3 %) avaient une sérologie VIH antérieure négative, 14 (29.2 %) n'avaient pas de sérologie antérieure et pour 18 (37.5 %) la sérologie VIH antérieure n'était pas documentée.

Parmi les 16 patients ayant une sérologie antérieure négative, la date du dernier test VIH(-) était connue pour 12 d'entre eux. Le délai moyen entre le dernier test VIH(-) et le test de découverte de la séropositivité au diagnostic de syphilis était de 1,6 an (médian : 1,4).

Parmi les hommes dont le statut VIH est documenté, la proportion de séropositifs est trois fois plus importante parmi les homosexuels que les hétérosexuels (Tableau 9).

Tableau 9 : Distribution des cas de syphilis par statut VIH et orientation sexuelle, 2000-2002

Statut VIH	Homo/Bisexuels	Hétérosexuels		Total
	N (%)	Homme	Femme	
		N (%)	N (%)	
positif	319 (59.3)	14 (17.1)	2 (9.1)	335 (52.2)
négatif	203 (37.7)	63 (76.8)	17 (77.3)	283 (44.1)
non documenté ¹	16 (3.0)	5 (6.1)	3 (13.6)	24 (3.7)
Total	538 (100)	82 (100)	22 (100)	642² (100)

¹non documenté au diagnostic de syphilis ; ² sexe non documenté (1), orientation sexuelle non documentée (2)

3.1.7. Hommes homosexuels ou bisexuels

La majorité des cas de syphilis (87.4 %) a été diagnostiquée parmi les homo/bisexuels en Ile-de-France comparés à 70.8 % parmi ceux des autres régions ($p < 10^{-3}$). Il n'y avait pas de différence d'âge (37 ans vs 36.5 ans) ou de proportion de séropositifs (61.9 % vs 57.8 %).

La proportion de séropositifs parmi les homo/bisexuels a diminué au cours du temps, de 72 % en 2000 à 57 % en 2002 (χ^2 de tendance, $p = 0.02$). Cette tendance à la diminution était significative en Ile-de-France mais pas dans les autres régions.

Parmi les 538 homosexuels ou bisexuels, l'âge moyen était stable au cours des trois années, respectivement 37.6 ans, 36 ans et 37.4 ans. Par contre, les patients VIH(+) étaient plus âgés que les VIH(-) (37.8 ans vs 35.3 ans, $p = 0.002$). Au cours du temps, la différence d'âge entre les patients VIH(+) et VIH(-) était significativement différente pour la seule année 2002 (38.7 ans vs 35.4 ans, $p = 0.0009$).

3.1.8. Motifs de consultation

Parmi les 645 patients, le motif de consultation n'était pas documenté pour 18.1 % des cas. La proportion de motif de consultation non documenté a doublé au cours du temps, (10.8 % en 2000 à 22.2 % en 2002, χ^2 de tendance, $p = 0.001$).

Tableau 10 : Distribution des cas de syphilis par motif de consultation par an, 2000-2002

Motif de consultation	Année			Total N (%)
	2000 N (%)	2001 N (%)	2002 N (%)	
Signe(s) évocateur(s) IST	18 (54.5)	126 (68.8)	158 (50.6)	302 (57.2)
Partenaire avec IST	1 (3.0)	12 (6.6)	16 (5.1)	29 (5.5)
Infection VIH (suivi/bilan initial)	6 (18.2)	11 (6.0)	23 (7.4)	40 (7.6)
Découverte TPHA/VDRL (+)	2 (6.1)	10 (5.5)	23 (7.4)	35 (6.6)
Demande de dépistage VIH	0 (0.0)	3 (1.6)	19 (6.1)	22 (4.2)
Alerte syphilis ¹	-	-	40 (12.8)	40 (7.6)
Autres	2 (6.1)	12 (6.6)	11 (3.5)	25 (4.7)
Motifs multiples	4 (12.1)	9 (4.9)	22 (7.1)	35 (6.6)
Total²	33 (100)	183 (100)	312 (100)	528 (100)

¹uniquement à Paris, mai à septembre 2002 ; ²non documenté : 4 (2000), 24 (2001), 89 (2002)

Lorsque le motif de consultation était connu, chaque année plus de la moitié des patients ont consulté en raison de signe(s) évocateur(s) d'une IST (Tableau 10). Il faut souligner que le motif de consultation, alerte syphilis, concernait les patients consultant à Paris pendant une période déterminée (mai à septembre 2002). En effet, une campagne ponctuelle d'incitation au dépistage de la syphilis a permis de proposer un dépistage anonyme et gratuit de la syphilis dans tous les CDAG parisiens. Le Tableau 11 présente la distribution des motifs de consultation par stade de syphilis.

Tableau 11 : Distribution des cas de syphilis par motif de consultation¹ et par stade de syphilis, 2000-2002

	primaire	secondaire	latente précoce	Total N (%)
	N (%)	N (%)	N (%)	
Signe(s) évocateur(s) IST	108 (35.8)	178 (58.9)	16 (5.3)	302 (100)
Partenaire avec IST	4 (13.8)	6 (20.7)	19 (65.5)	29 (100)
Infection VIH (suivi/bilan initial)	4 (10.0)	15 (37.5)	21 (52.5)	40 (100)
Découverte TPHA/VDRL (+)	1 (2.9)	10 (28.6)	24 (68.6)	35 (100)
Demande de dépistage VIH	2 (9.1)	4 (18.2)	16 (72.7)	22 (100)
Alerte syphilis ²	1 (2.5)	2 (5.0)	37 (92.5)	40 (100)
Autres	4 (16.0)	10 (40.0)	11 (44.0)	25 (100)
Motifs multiples	4 (11.4)	24 (68.6)	7 (20.0)	35 (100)

¹non documenté : 29 (primaire), 48 (secondaire), 40 (latente précoce) ; ²Paris, mai à septembre 2002

3.1.9. Caractéristiques biologiques

Les résultats des examens complémentaires (microscope à fond noir, TPHA, VDRL) par stade de syphilis sont présentés dans le Tableau 12.

Parmi les patients ayant une syphilis primaire, 31.2 % (49) n'ont pas eu d'examen au microscope à fond noir comparés à 58.2 % (173) parmi ceux ayant une syphilis secondaire ($p < 10^{-3}$).

Tableau 12 : Distribution des cas de syphilis par résultats du fond noir, des sérologies syphilis et par type de syphilis, 2000-2002

	primaire	secondaire	latente précoce
	N (%)	N (%)	N (%)
Fond noir			
fait (+)	43 (27.4)	19 (6.4)	-
fait (-)	30 (19.1)	30 (10.1)	-
non fait	49 (31.2)	173 (58.2)	-
non documenté	35 (22.3)	74 (24.9)	-
TPHA			
négatif	24 (15.3)	1 (0.3)	0 (0.0)
positif	104 (66.2)	257 (86.5)	167 (87.4)
non documenté	29 (18.5)	39 (13.1)	24 (12.6)
VDRL¹			
négatif	15 (9.6)	5 (1.7)	4 (2.1)
positif	102 (65.0)	247 (83.2)	157 (82.2)
non documenté	40 (25.5)	45 (15.1)	30 (15.7)
Total	157 (100)	297 (100)	191 (100)

¹ Le VDRL est habituellement positif dans les syphilis secondaires et latentes précoces. Il peut s'agir d'un phénomène de zone ou de patients ayant eu un traitement antibiotique.

Les titres des TPHA et VDRL non documentés concernaient pour plus de 60 % des patients diagnostiqués par des médecins de ville du réseau parisien. En effet, ces titres n'étaient pas demandés dans leur feuille de recueil.

Parmi les patients ayant une syphilis primaire et une sérologie syphilis positive, les titres médians du TPHA et du VDRL étaient respectivement de 640, étendue [80-20 480] et de 8, étendue [2-1 024].

Parmi les patients ayant une syphilis secondaire, ces titres étaient respectivement de 2 560, étendue [40-40 960] et de 32, étendue [2-1 024].

Parmi les patients ayant une syphilis latente précoce, ces titres étaient respectivement de 2 560, étendue [80-40 960] et de 16, étendue [2-512].

3.1.10. Partenaire d'un cas de syphilis

La question, « Ce patient est-il un partenaire d'un cas connu de syphilis ? » était non documentée pour 49.1 % (317), 5.7 % (37) ont répondu oui, 41.7 % (269) non et 3.4 % (22) ne savaient pas.

3.1.11. Autre(s) IST diagnostiquée(s)

Une ou plusieurs IST autre(s) que la syphilis ont pu être diagnostiquée(s) lors de la consultation initiale. Parmi les 645 patients, cette variable était documentée pour 527 (81.7 %) d'entre eux. Parmi les 527, 20.3 % (107) avaient une IST autre que la syphilis, 93 une seule IST (dont les plus fréquentes étaient VIH, herpès et gonococcie), 12 plusieurs IST et pour 2 le diagnostic de l'IST n'était pas documenté.

3.2. Données comportementales

L'auto-questionnaire a été complété par un tiers (29 %) des patients atteints de syphilis mais cette proportion a augmenté au cours du temps (11 % à 35 %, χ^2 de tendance, $p < 10^{-3}$). Il faut souligner que tous les questionnaires ont été correctement remplis par les patients.

L'absence d'auto-questionnaire a pu être liée à un refus du patient mais aussi à une non proposition du médecin. Cette non proposition systématique était connue pour les médecins de l'institut A. Fournier (Paris) et ceux du REZO-85 (Paris). Si l'on exclut les cas diagnostiqués par ces médecins, l'auto-questionnaire a été complété par 42 % des patients et cette proportion a augmenté au cours du temps (de 12 % à 52 %, Chi² de tendance, $p < 10^{-3}$). Il n'y avait pas de différence par région (41.1 % en Ile-de-France vs 43.8 % dans les autres régions).

Parmi les 187 auto-questionnaires, 186 ont été complétés par des hommes (145 homosexuels, 17 bisexuels et 25 hétérosexuels) et un seul par une femme.

Il n'y avait pas de différence entre les homo/bisexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire comparés à ceux n'ayant pas répondu quant à l'âge, au stade de syphilis, à la proportion de patients connaissant leur statut VIH positif et à la région de diagnostic. La comparaison a été faite en excluant les patients des deux sites où l'auto-questionnaire n'était jamais proposé.

Parmi les 82 hétérosexuels masculins, les patients ayant répondu à l'auto-questionnaire (24) n'étaient pas différents des patients (58) n'ayant pas répondu (âge, proportions de séropositifs connaissant leur statut VIH positif, région de diagnostic). Par contre, la proportion de patients avec une syphilis primaire ou secondaire était plus élevée parmi les patients ayant répondu à l'auto-questionnaire comparée à celle de ceux n'ayant pas répondu (79.2 % vs 53.4 %).

3.2.1. Parmi les hommes homo/bisexuels (N = 162)

Partenaires sexuels, utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois

Dans les 12 mois avant le diagnostic de syphilis, tous ont eu au moins un partenaire masculin et 47.1 % ont déclaré plus de 10 partenaires. A peine la moitié (44.4 %) a dit avoir toujours utilisé un préservatif lors d'une pénétration anale alors qu'ils n'étaient que 1.5 % lors d'une fellation (Tableaux 13 et 14).

Tableau 13 : Patients homo/bisexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire par nombre de partenaires dans les 12 derniers mois, 2000-2002

Nombre de partenaires masculins	N (%)
1	11 (7.2)
2-5	33 (21.5)
6-10	37 (24.2)
11-20	26 (17.0)
plus de 20	46 (30.1)
Total¹	153 (100)

¹non documenté (9)

Tableau 14 : Patients homo/bisexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire par utilisation du préservatif et pratique sexuelle dans les 12 derniers mois, 2000-2002

Pratique sexuelle	Utilisation du préservatif			Total ¹
	Toujours	Souvent/Rarement	Jamais	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Pénétration anale	59 (44.4)	65 (48.9)	9 (6.8)	133 (100)
Fellation	2 (1.5)	41 (30.8)	90 (67.7)	133 (100)

¹non documenté (29)

Partenaires sexuels dans les 3 derniers mois

Dans les 3 mois avant le diagnostic de syphilis, 14.2 % (23) avaient uniquement un partenaire stable, 35.8 % (58) un stable et d'autres partenaires masculins, 39.5 % (64) pas de stable mais d'autres partenaires masculins et pour 10.5 % (17) le type de partenaire n'était pas documenté. Le Tableau 15 présente le nombre de partenaires par type de relation avec ce(s) partenaire(s).

Tableau 15 : Patients homo/bisexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire par type de partenaire (stable, autres) et nombre de partenaires autre(s) que le stable dans les 3 mois avant le diagnostic de syphilis, 2000-2002

Nombre partenaires « autre(s) »	Type de partenaire	
	stable + autre(s) ¹	autre(s) uniquement ²
	N (%)	N (%)
1	9 (17.0)	3 (5.4)
2-5	28 (52.8)	23 (41.1)
6-10	8 (15.1)	19 (33.9)
11-20	5 (9.4)	4 (7.1)
plus de 20	3 (5.7)	7 (12.5)
Total	53 (100)	56 (100)

¹non documenté (5) ; ²non documenté (8)

Peu de répondants ont dit avoir eu des rapports sexuels en échange d'argent dans les 3 derniers mois (Tableau 16). La proportion de répondants ayant eu des rapports sexuels avec une personne séropositive est supérieure à celle de ceux disant avoir eu des rapports sexuels avec une personne ayant une MST ($p= 0.001$). Il faut souligner que parmi les 37 répondants qui ont déclaré des rapports sexuels avec une personne séropositive, 81 % étaient eux-mêmes séropositifs.

Tableau 16 : Distribution des patients homo/bisexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire par rapports sexuels avec ou sans échange d'argent, en France ou hors France, avec ou non une personne ayant une MST ou séropositive, 2000-2002

	Oui	Non	Ne sait pas	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Dans les 3 derniers mois, rapports sexuels :				
Et a reçu ¹ de l'argent	5 (3.1)	156 (96.9)	–	161 (100)
Et a donné de l'argent	4 (2.5)	158 (97.5)	–	162 (100)
Hors France métropolitaine	21 (13.0)	141 (87.0)	–	162 (100)
Avec une personne :				
ayant une MST ²	13 (8.2)	63 (39.6)	83 (52.2)	159 (100)
VIH(+) ³	37 (23.0)	58 (36.0)	66 (41.0)	161 (100)

¹non documenté (1) ; ²non documenté (3) ; ³non documenté (1)

Plus de la moitié des répondants (54.3 %) a déclaré avoir pu transmettre la syphilis à plus de un partenaire sexuel lors de rapports non protégés dans les 3 derniers mois, 27.5 % à un seul partenaire et 18.1 % à aucun partenaire. Presque un quart (23 %) des patients a déclaré ne pouvoir joindre aucun de ses partenaires éventuellement contaminés.

Personne source probable de l'infection

La moitié des répondants (49.4 %) a répondu ne pas connaître la personne source probable de l'infection. Quant à ceux qui connaissaient cette personne, ils ont déclaré qu'il s'agissait d'un homme avec lequel ils avaient une relation occasionnelle/anonyme pour trois quarts d'entre eux et stable pour un quart. Presque un quart (23.2 %) a rencontré cette personne dans un établissement avec sexe (sauna/backroom, sex-club ou vidéoclubs) (Tableau 17). La fellation non protégée exclusive était la pratique sexuelle avec cette personne pour un peu plus de la moitié des répondants (51.2 %). Cette proportion variait en fonction du type de relation, de 70.6 % en cas de relation anonyme à 31.3 % en cas de relation stable (Tableau 18).

Tableau 17 : Distribution des patients homo/bisexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire par lieu de rencontre et type de relation avec la personne source de l'infection, 2000-2002

Lieu(x)	Type de relation				Total N (%)
	Stable	Occasionnelle	Anonyme	Non documenté	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Unique					
Rue/parc	1 (6.2)	5 (16.7)	9 (26.5)	0 (0.0)	15 (18.3)
Saunas/backrooms, sex clubs, vidéoclubs	1 (6.2)	5 (16.7)	13 (38.2)	0 (0.0)	19 (23.2)
Bars/clubs sans backroom	3 (18.7)	5 (16.7)	3 (8.8)	0 (0.0)	11 (13.4)
Minitel/Internet	2 (12.5)	4 (13.3)	2 (5.9)	1 (50.0)	9 (11.0)
Autres ¹	6 (37.5)	7 (23.3)	2 (5.9)	0 (0.0)	15 (18.3)
Multiples	0 (0.0)	3 (10.0)	5 (14.7)	0 (0.0)	8 (9.8)
Non documenté(s)	3 (18.7)	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (50.0)	5 (6.1)
Total	16 (100)	30 (100)	34 (100)	2 (100)	82 (100)

¹autres : à domicile, chez des amis, au cinéma, à la piscine, au travail

Tableau 18 : Distribution des patients homo/bisexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire par pratique sexuelle non protégée et type de relation avec la personne source de l'infection, 2000-2002

Lieu(x)	Type de relation				Total N (%)
	Stable	Occasionnelle	Anonyme	Non documenté	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Fellation exclusive	5 (31.3)	13 (43.3)	24 (70.6)	0 (0.0)	42 (51.2)
Pénétration anale exclusive	0 (0.0)	2 (6.7)	2 (5.9)	0 (0.0)	4 (4.9)
Fellation et pénétration anale	11 (68.8)	14 (46.7)	6 (17.6)	1 (50.0)	32 (39.0)
Non documentée(s)	0 (0.0)	1 (3.3)	2 (5.9)	1 (50.0)	4 (4.9)
Total	16 (100)	30 (100)	34 (100)	2 (100)	82 (100)

Comparaison homo/bisexuels VIH(+) et VIH(-)

Parmi les 162 répondants homo/bisexuels, 54.1 % (85) étaient séropositifs. Si l'on compare le groupe des VIH(+) à celui des séronégatifs, il n'y avait pas de différence de nombre de partenaires et d'utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois, dans le type de relation (stable ou autre) dans les 3 mois, dans le fait d'avoir ou non une idée de la personne source de l'infection, de pratiques sexuelles non protégées avec cette personne source.

Comparaison des homo/bisexuels âgés de moins de 30 ans et de plus de 30 ans

Parmi les 162 répondants homo/bisexuels, 36 (22.2 %) avaient moins de 30 ans et 126 (77.8 %) plus de 30 ans. La proportion de séropositifs parmi les plus de 30 ans était plus importante comparée à celle des moins de 30 ans (59.5 % vs 36.1 %, p=0.02). Si l'on compare ces 2 groupes d'âge, il n'y avait pas de différence de nombre de partenaires et d'utilisation du préservatif dans les 12 derniers mois, dans le type de relation (stable ou autre) dans les 3 mois, dans le fait d'avoir ou non une idée de la personne source de l'infection, de pratiques sexuelles non protégées avec cette personne source.

3.2.2. Parmi les hétérosexuels masculins (N = 24)

Les tableaux avec les caractéristiques des patients hétérosexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire sont présentés bien que l'échantillon soit petit (Tableaux 19 à 24). Dans les 12 mois avant le diagnostic de syphilis, aucun n'a déclaré avoir eu plus de 10 partenaires féminines et 20 % avoir toujours utilisé un préservatif lors d'une pénétration vaginale. Presque la moitié (41.7 %) a déclaré avoir uniquement une partenaire stable au cours des 3 derniers mois. Contrairement aux homo/bisexuels, la proportion d'hétérosexuels déclarant connaître la personne source probable de l'infection était plus élevée (70.8 %).

Tableau 19 : Patients hétérosexuels masculins ayant répondu à l'auto-questionnaire par nombre de partenaires dans les 12 derniers mois, 2000-2002

Nombre de partenaires féminines	N (%)
1	5 (22.7)
2-5	12 (54.5)
6-10	5 (22.7)
Total¹	22 (100)

¹non documenté (2)

Tableau 20 : Patients hétérosexuels masculins ayant répondu à l'auto-questionnaire par utilisation du préservatif et pratique sexuelle dans les 12 derniers mois, 2000-2002

Pratique sexuelle	Utilisation du préservatif			Total ¹
	Toujours	Souvent/Rarement	Jamais	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Pénétration anale ¹	5 (33.3)	2 (13.3)	8 (53.3)	15 (100)
Fellation ²	2 (11.8)	6 (35.3)	9 (52.9)	17 (100)
Pénétration vaginale ³	4 (20.0)	11 (55.0)	5 (25.0)	20 (100)

¹non documentée (9) ; ²non documentée (7) ; ³ non documentée (4)

Tableau 21 : Patients hétérosexuels masculins ayant répondu à l'auto-questionnaire par type de partenaire (stable, autres) et nombre de partenaires autre(s) que le stable dans les 3 mois avant le diagnostic de syphilis, 2000-2002

Nombre partenaires « autre(s) »	Type de partenaire	
	stable + autre(s)	autre(s) uniquement ¹
	N (%)	N (%)
1	2 (50.0)	1 (20.0)
2-5	2 (50.0)	1 (20.0)
6-10	0 (0.0)	3 (60.0)
Total	4 (100)	5 (100)

¹non documenté (1)

Tableau 22 : Distribution des patients hétérosexuels masculins ayant répondu à l'auto-questionnaire par rapports sexuels avec ou sans échange d'argent, en France ou hors France, avec ou non une personne ayant une MST ou séropositive, 2000-2002

	Oui	Non	Ne sait pas	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Dans les 3 derniers mois, rapports sexuels :				
Et a reçu de l'argent	0 (0.0)	24 (100)		24 (100)
Et a donné de l'argent	4 (16.5)	20 (88.3)		24 (100)
Hors France métropolitaine	4 (16.7)	20 (83.3)		24 (100)
Avec une personne :				
ayant une MST	0 (0.0)	17 (70.8)	7 (29.2)	24 (100)
VIH(+) ¹	0 (0.0)	17 (73.9)	6 (26.1)	23 (100)

¹non documenté (1)

Tableau 23 : Distribution des patients hétérosexuels masculins ayant répondu à l'auto-questionnaire par lieu de rencontre et type de relation avec la personne source de l'infection, 2000-2002

Lieu(x)	Type de relation				Total
	Stable	Occasionnelle	Anonyme	Non documenté	
	N	N	N	N	
Rue/parc	0	2	2	0	4
Bars/clubs sans backroom	0	1	1	1	3
Autre(s) ¹	1	4	2	1	8
Non documenté(s)	1	1	0	0	2
Total	2	8	5	2	17

¹Autre(s) : à domicile, chez des amis, dans une discothèque, au travail

Tableau 24 : Distribution des patients hétérosexuels masculins ayant répondu à l'auto-questionnaire par pratique sexuelle non protégée et type de relation avec la personne source de l'infection, 2000-2002

Lieu(x)	Type de relation				Total
	Stable	Occasionnelle	Anonyme	Non documenté	
	N	N	N	N	
Pénétration vaginale exclusive	1	4	0	1	6
Fellation exclusive	0	0	2	0	2
Pénétration vaginale + fellation	1	3	1	0	5
Pénétration anale + pénétration vaginale +/- fellation	0	1	0	1	2
Autres	0	0	1	0	1
Non documentée(s)	0	0	1	0	1
Total	2	8	5	2	17

4. Discussion

Alors que l'obligation de déclarer les maladies vénériennes était supprimée, la résurgence¹¹ de la syphilis a entraîné la mise en place en 2001 d'un réseau de surveillance avec la participation de sites volontaires.

Entre 2000 et 2002, le nombre de cas de syphilis a augmenté chaque année surtout en Ile-de-France mais aussi dans les autres régions et quel que soit le type de site. Les médecins de ville du réseau parisien ont diagnostiqué un quart des cas d'Ile-de-France. Il ne semble pas que la différence dans le recueil des cas diagnostiqués par ces médecins et celui des autres sites ait entraîné un biais de surveillance. En effet, les patients des médecins du réseau de ville ne sont pas différents de ceux des médecins des DAV parisiens quant à l'âge, au sexe et au stade de syphilis¹²⁻¹³.

La région Ile-de-France, en fait Paris, est concernée par l'épidémie de syphilis. En effet, plus de trois quarts des cas ont été diagnostiqués par moins de la moitié des sites participants. En raison de l'augmentation importante, dès 2001, du nombre de cas à Paris, une campagne d'information et d'incitation au dépistage a eu lieu de mai à septembre 2002. Elle a touché les professionnels de la santé, les acteurs de prévention associatifs et le public homosexuel. Un dépistage anonyme et gratuit de la syphilis dans tous les CDAG a été proposé aux consultants à risque. Cette campagne a permis le diagnostic de syphilis asymptomatique ce qui peut expliquer la part importante des diagnostics de syphilis latente précoce¹⁴ en 2002.

Trois quarts des personnes atteintes de syphilis sont nées en France et la moitié a déclaré au moins un antécédent d'IST. La syphilis touche principalement des hommes homosexuels dont plus de la moitié est infectée par le VIH depuis sept ans en moyenne. Parmi les homo/bisexuels d'Ile-de-France, la diminution de la proportion de séropositifs peut être en partie expliquée par la campagne syphilis ciblée sur le public homosexuel. En effet, ce public a été invité à consulter soit en raison de signes évocateurs de syphilis soit pour un dépistage. Une augmentation de la proportion d'homosexuels consultant dans les CDAG a été constatée les deux premiers mois de la campagne¹⁴.

Pour la première fois, un système de surveillance d'une IST en France associe données cliniques et comportementales et presque la moitié des patients a accepté de répondre à des questions concernant ses pratiques sexuelles et attitudes préventives. Parmi les homo/bisexuels ayant accepté, des prises de risque ont été rapportées dans les douze derniers mois, en particulier pénétration anale non protégée et multipartenariat. Ces prises de risque ont aussi été retrouvées dans les enquêtes Presse Gay⁸ (2000) ou Baromètre Gay¹⁵ (2000) parmi les homosexuels surtout chez les multipartenaires et les séropositifs.

Il existe dans les pays anglo-saxons et nordiques des stratégies de dépistage et de notification des partenaires sexuels¹⁶ des patients ayant une IST, en particulier la syphilis. Au cours d'un entretien, un professionnel de santé aide le patient à identifier ses partenaires sexuels. Ce professionnel incite le patient à les avertir lui-même mais peut engager des démarches pour les avertir à sa place. En France, il n'existe pas de recommandations sur l'information des partenaires sexuels. L'auto-questionnaire a permis d'avoir le sentiment du patient quant à la personne à l'origine de sa contamination. Cette personne était inconnue pour la moitié des homo/bisexuels. Lorsqu'elle était connue, plus de trois quarts d'entre eux ont dit qu'il avait eu une relation anonyme ou occasionnelle. Pour un quart d'entre eux, la rencontre avait eu lieu dans un établissement avec sexe. Ces deux caractéristiques, anonymat des partenaires et fréquentation de saunas ont été aussi retrouvées chez des patients atteints de syphilis dans des études étrangères¹⁷⁻¹⁹. De plus, les auteurs de ces études signalent la difficulté de la mise en œuvre du programme de notification des partenaires en raison de l'anonymat des partenaires. Début 2002, une étude a été menée auprès de médecins de la région parisienne sur la prise en charge des patients et de leurs partenaires à l'occasion d'un diagnostic de VIH ou d'une autre IST²⁰. Des résultats préliminaires révèlent que la grande majorité des médecins parle avec leur patient du partenaire principal mais 72 % d'entre eux n'abordent pas les partenaires occasionnels. Ce constat indique que dans l'épidémie actuelle touchant les homo/bisexuels, la stratégie de notification des partenaires, si elle était appliquée, aurait un impact limité. Des actions de sensibilisation au dépistage de la syphilis sont donc nécessaires pour réduire le nombre de personnes

infectées (prévalence) et ainsi réduire l'incidence. C'est ce type d'action qui a eu lieu ponctuellement, de mai à septembre 2002, à Paris¹⁴.

La fellation non protégée était la pratique sexuelle la plus fréquemment citée, par les répondants, avec la personne source probable de l'infection. Cette pratique a aussi été retrouvée, parmi les patients atteints de syphilis, dans deux études anglaises¹⁸⁻²¹. Des actions de prévention, en particulier celles menées à Paris, ont rappelées que la fellation était une pratique à risque de syphilis.

En Europe et en Amérique du Nord, la syphilis touche principalement les homosexuels séropositifs¹⁷⁻¹⁹⁻²²⁻²⁵ mais des épidémies ont aussi été décrites parmi les hétérosexuels¹⁷⁻²²⁻²³. En France métropolitaine, dans les sites participants, il y a peu de cas parmi les hétérosexuels ; ils ont moins de partenaires que les homosexuels mais déclarent des comportements à risque (moins d'un sur quatre utilise toujours le préservatif). Par contre, en Guadeloupe, une épidémie de syphilis a été décrite en 2001 parmi les hétérosexuels en lien avec précarité sociale et consommation de crack²⁶.

Le système de surveillance de la syphilis est basé sur la participation de sites volontaires. Pour améliorer la représentativité, il serait souhaitable d'obtenir la participation de sites ayant une clientèle diverse dans le plus grand nombre de villes, plus de sites hospitaliers à Paris et plus de DAV en région. De plus, les médecins devraient être sensibilisés à l'importance de la proposition d'auto-questionnaire à leur patient. En effet, ce questionnaire permet de suivre dans le temps quelques indicateurs de comportements à risque permettant d'adapter les messages de prévention vers les populations concernées. Il est évident qu'il ne peut remplacer des études qualitatives comportementales.

De futurs réseaux de surveillance d'IST, en particulier gonococcie et infection à chlamydia sont en projet. Certaines caractéristiques socio-démographiques et comportementales des patients atteints de ces IST pourront être comparées avec celles des patients atteints de syphilis.

La résurgence de la syphilis a nécessité une information d'une part au corps médical et d'autre part à un public plus large dans le cadre d'actions de communication sur les IST. Le risque d'IST doit être souligné dans les campagnes de prévention de l'infection à VIH en raison de leur rôle favorisant la transmission du VIH.



5. Références

1. Wasserheit JN. Epidemiological synergy : interrelationship between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. *Sex Transm Dis* 1992 ; 19 : 61-77.
2. Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet* 1998 ; 351 (suppl III) : 5-7.
3. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice : the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Inf* 1999 ; 75 : 3-17.
4. Josiane Warszawski. « Apports du recueil des antécédents de maladies sexuellement transmissibles dans les enquêtes en population générale ». Université Paris XI, 9 avril 1999.
5. Baromètre Santé 2000, Résultats, volume 2. Editions CFES.
6. Meyer L., Goulet V., Massari V., Lepoutre-Toulemon A. Surveillance of sexually transmitted diseases in France : recent trends and incidence. *Genitourin Med* 1994 ; 70 (1) : 15-21
7. Sarriot E., Le Vu B., Sednaoui P., Goulet V. et les biologistes de RENASYPH. Surveillance de la syphilis par l'intermédiaire des laboratoires d'analyse médicale. Réseau RENASYPH 1991-1992-1993. *Bull Epid Hebdom* 1994 ; 30 : 131-132.
8. 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.
9. Goulet V., Sednaoui P., Massari V., Laurent E., les biologistes de RENAGO et les Médecins chargés des Actions de Santé dans les Conseils Généraux. Confirmation de la recrudescence des gonococcies en France depuis 1998. *Bull Epid Hebdom* 2001 ; 14 : 61-63.
10. Réseau National de Surveillance du Gonocoque – RENAGO. Rapport d'activité 2001. Institut de veille sanitaire, janvier 2003.
11. Couturier E., Dupin N., Janier M. et coll. Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *Bull Epid Hebdom* 2001 ; 35-36 : 167-175.
12. Surveillance de la syphilis au sein du REZO-85 en 2001 (InVS, Avril 2002).
13. Syphilis, gonococcie et urétrite, surveillance par un réseau de médecins de ville, Paris, 2001-2002 (InVS, Mars 2003).
14. Couturier E., Michel A., Basse-Guérineau AL et coll. Evaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis à Paris. <http://www.invs.sante.fr>
15. Adam P. Baromètre gay 2000 : resultants du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *Bull Epid Hebdom* 2002 ; 18 : 77-79.
16. Cowan F., Franch R., and Johnson A. The role and effectiveness of partner notification in STD control: a review. *Genitourin Med* 1996; 72(4):247-52.
17. Jayaraman G., Read R., Singh A. *Sexually Transmitted Diseases* 2003; 30(4):315-319. Characteristics of individuals with male-to-male and heterosexually acquired infectious syphilis during an outbreak in Calgary, Alberta, Canada.
18. Bellis MA., Cook 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;56:235-236.
19. Chen JL., Kodagoda D., Lawrence AM, Kerndt PR. Rapid Public Health Interventions in response to an outbreak of syphilis in Los Angeles. *Sexually Transmitted Diseases* 2002; 29 (5), 277-284.
20. Warszawski J., Couturier E., Ribert E., Dupont-Monod S., Mertz JP., Meyer L., Laporte A, Weber P, Desenclos JC. STI and HIV counselling and partner notification in France. Poster, ISSTD Conference, Ottawa, 27-30 Juillet 2003.

21. Communicable Disease Surveillance Center. Increased transmission of syphilis in Brighton and Greater Manchester among men who have sex with men. *Commun Dis Rep CDR Wkly* 2000;10:383-386.
22. 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.
23. 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; issue 50, 14 december 2000.
24. De Schrijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. *Eurosurveillance Weekly* 2001; issue 19, 10 May 2001.
25. Blystad H, Nilsen O, Aavitsland . An outbreak of syphilis among homosexual men in Oslo, Norway. *Eurosurveillance Weekly* 1999 ; 3:991118.
26. Muller Ph., Colombani F., Azi M. et coll. Epidémie de syphilis en Guadeloupe en 2001 : lien avec la précarité sociale et la consommation de crack. *Bull Epid Hebdom* 2002 ; 48:241-242.



6. Annexes

Annexe 1. Carte des vingt plus grandes villes françaises

Annexe 2. Définition de cas

Annexe 3. Information du patient

Annexe 4. Questionnaire clinique

Annexe 5. Auto-questionnaire proposé au patient

**Annexe 6. Questionnaire clinique
(réseau parisien de médecins de ville)**

Annexe 1 : Carte des vingt plus grandes villes françaises





Annexe 2 : Définition d'un cas de syphilis récente

La syphilis récente inclut la syphilis **primaire, secondaire et latente précoce**

Syphilis primaire

Clinique : une ou plusieurs ulcérations de type syphilitique (chancre)

Biologie : mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou méthodes équivalentes.

Cas probable = une ou plusieurs ulcérations de type syphilitique (chancre) et un test sérologique positif (VDRL ou RPR ; FTA-abs ou TPHA).

Cas certain = une ou plusieurs ulcérations de type syphilitique (chancre) et mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou méthodes équivalentes.

Syphilis secondaire

Clinique : lésions cutané-muqueuses localisées ou diffuses souvent associées à des adénopathies. Le chancre peut être présent.

Biologie : mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou méthodes équivalentes.

Cas probable = lésions cutané-muqueuses localisées ou diffuses souvent associées à des adénopathies. Le chancre peut être présent. **Et** une sérologie non tréponémique (VDRL ou RPR) positive associée à une sérologie tréponémique (FTA-abs ou TPHA) positive.

Cas certain = lésions cutané-muqueuses localisées ou diffuses souvent associées à des adénopathies. Le chancre peut être présent. **Et** mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou méthodes équivalentes.

Syphilis latente précoce

Définition de la syphilis latente

Clinique : stade clinique silencieux (absence de signes ou de symptômes), divisé en latente précoce et tardive.

Cas probable = absence de signes cliniques ou de symptômes de la syphilis et présence d'au moins l'un des critères suivants

- Pas d'antécédents de syphilis, une sérologie non tréponémique (VDRL ou RPR) et une sérologie tréponémique (FTA-abs ou TPHA) positives.
- Antécédent de syphilis traitée associée à une sérologie non tréponémique avec un titre ≥ 4 fois le dernier titre non tréponémique.

Définition de la syphilis latente précoce

Clinique : infection initiale a eu lieu dans les 12 derniers mois.

Cas probable = personne ayant acquis l'infection dans les 12 derniers mois en se basant sur un ou plus des critères suivants

- Séroconversion documentée ou augmentation de 4 ou plus du titre d'un test non tréponémique dans les 12 derniers mois.
- Signes cliniques compatibles avec une syphilis primaire ou secondaire dans les 12 derniers mois.
- Partenaire sexuel avec une syphilis primaire ou secondaire probable ou certaine ou une syphilis latente précoce probable (documentée indépendamment comme ayant une durée $<$ un an).
- Des sérologies positives tréponémiques et non tréponémiques chez une personne dont la seule exposition sexuelle possible a eu lieu dans les 12 derniers mois.

Annexe 3 : Information du patient



Surveillance de la syphilis Formulaire de consentement et d'information

Consentement de participation à la surveillance de la syphilis de
..... (nom, prénom)

J'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes, l'Institut de veille sanitaire, 12 rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice cedex, est chargé de surveiller l'état de santé de la population afin de guider la politique de prévention et de mettre en œuvre des actions de santé publique.

Mon médecin participe à la surveillance de la syphilis. Des informations me concernant seront recueillies et communiquées de façon anonyme à l'Institut de veille sanitaire.

Ces informations permettent de suivre l'évolution de l'épidémie afin d'aider à l'élaboration d'une politique adaptée de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser.

Par le présent consentement,

J'accepte que les informations de la fiche de surveillance de la syphilis soient communiquées au médecin responsable de la surveillance de la syphilis à l'InVS.

La fiche de surveillance de la syphilis ne comporte aucune indication sur mon identité et celle-ci reste inconnue du médecin responsable de la surveillance de la syphilis.

Je n'autorise la consultation de la fiche de surveillance de la syphilis que par le médecin responsable de la surveillance de la syphilis à l'InVS.

J'ai noté que conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 06/01/1978, j'ai le droit, par l'intermédiaire de mon médecin, d'accéder, de rectifier et de m'opposer au traitement automatisé de l'information me concernant dans un délai d'un an après la date de consultation initiale.

J'accepte de participer dans les conditions précisées ci-dessus.

Fait à, le []/[]/[]

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Annexe 4. Questionnaire clinique

« Investigation d'un cas de syphilis récente »

Institut de veille sanitaire

12 rue du Val d'Osne
94 415 Saint-Maurice cedex

- L'objectif est de recueillir des informations pour décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas à l'aide d'une **fiche clinique** complétée par le clinicien et d'un **auto-questionnaire** proposé au patient et en cas d'accord, rempli par lui-même.
- La **définition de cas** est décrite à la dernière page.
- Le clinicien choisit un **numéro d'ordre** (composé de chiffres, lettres...) pour chaque cas et remplit les différents items de la fiche clinique. Seul le clinicien peut identifier un patient à l'aide du numéro d'ordre.
- Le clinicien **propose** l'auto-questionnaire au patient qui est libre d'accepter ou de refuser.

Cet auto-questionnaire est **volontaire et anonyme**. Si le patient accepte, il met l'auto-questionnaire complété dans une enveloppe, ferme cette enveloppe et la remet au clinicien.

- Le clinicien inscrit, sur l'enveloppe cachetée, le numéro d'ordre figurant sur la fiche clinique. Il envoie la fiche clinique et l'enveloppe contenant l'auto-questionnaire à :

Institut de veille sanitaire

Dr Elisabeth Couturier DMI

12 rue du Val d'Osne

94 415 Saint-Maurice cedex

Tél. : 01 41 79 68 27

Fax : 01 41 79 67 66

Nom du DAV/Hôpital/Cabinet :

Adresse :

Nom du médecin déclarant :

Date de la consultation initiale []/[]/[]

Numéro d'ordre du cas :

A. Données socio-démographiques du patient

Age [] Sexe Masculin Féminin Département résidence

Pays de naissance : Pays de séjour dans les 10 dernières années :

Orientation sexuelle : Hétérosexuelle Homosexuelle Bisexuelle

B. Antécédents de maladies sexuellement transmissibles

	Nombre*	Date**		Nombre*	Date**
<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> HPV	-
<input type="checkbox"/> Gonococcie	<input type="checkbox"/> Chlamydiae	-
<input type="checkbox"/> Hépatite B	-	<input type="checkbox"/> Autres :		
<input type="checkbox"/> Herpès	-			
<input type="checkbox"/> Hépatite A	-			

*sur la vie entière ; **date de la dernière MST

Antécédent de sérologie VIH (n'inclut pas celle éventuellement faite lors de cette consultation) :

positive Date de la 1^{ère} sérologie VIH positive []/[] (mois / année)

Un traitement antirétroviral est-il en cours actuellement ? Oui Non Ne sait pas

La dernière charge virale était-elle indétectable ? Oui Non Ne sait pas

négative Si plusieurs sérologies négatives avant cette consultation,

date de la dernière sérologie VIH []/[] (mois / année)

pas d'antécédent de sérologie VIH

Partenaire d'un (ou plusieurs) cas connu(s) de syphilis : Oui Non

⇒ Si oui, numéro(s) d'ordre du/des cas : / /

C. Motif de la consultation initiale

Signe(s) évocateur(s) d'une MST Dépistage car partenaire avec MST

Autre(s)

Adressé par :

Médecin de ville (généraliste/spécialiste) Consultation hospitalière

Autre(s)

D. Clinique et biologie

Présence de signe(s) clinique(s) : Oui Non

⇒ Si oui,

Ulcération de type chancre syphilitique

Site Date d'apparition []/[]/[]

Eruption

Site Date d'apparition []/[]/[]

Adénopathies

Autre(s) signe(s).....

Fond noir : Oui Non

⇒ Si oui, Résultat positif négatif Date []/[]/[]

Sérologies :

• Syphilis Résultat positif négatif Date []/[]/[]

TPHA (positif/négatif) : VDRL (titre) : FTA (titre) :

Autre(s) sérologie(s) syphilitique(s).....

VIH faite Résultat positif négatif Date []/[]/[]

non faite

E. Diagnostic final/Traitement antibiotique antérieur/Autre(s) MST diagnostiquée(s)

Diagnostic final syphilis primaire syphilis secondaire syphilis latente précoce

Traitement antibiotique par os dans les 3 mois avant le diagnostic de syphilis ?

Oui Non Ne sait pas

Une autre MST a-t-elle été diagnostiquée ? Oui Non

⇒ Si oui, laquelle ?

Gonococcie Herpès HPV VIH

Hépatite B Hépatite A Chlamydiae

Autre(s).....

F. Données comportementales

Utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois :

..... pour les pénétrations vaginales Toujours Souvent Rarement Jamais

..... pour les pénétrations anales Toujours Souvent Rarement Jamais

..... pour les pratiques oro-génitales (fellation) Toujours Souvent Rarement Jamais

Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois :

Homme(s) : _____ Femme(s) : _____

Annexe 5. Auto-questionnaire proposé au patient

Institut de veille sanitaire
12 rue du Val d'Osne
94 415 Saint-Maurice cedex

En répondant à ce questionnaire vous pouvez nous aider à adapter les messages de prévention spécifiques à certaines maladies sexuellement transmissibles.

Afin que ce questionnaire soit strictement anonyme, n'inscrivez pas votre nom. Cochez la ou les réponses correspondant à votre choix.

Mettez le questionnaire, une fois complété, dans l'enveloppe prévue et cachez la. Votre médecin enverra cette enveloppe à l'Institut de veille sanitaire.

Merci pour votre confiance.

1. Vous êtes de sexe Masculin Féminin

2. Quel est votre âge ? [][][][]

3. Au cours des 12 derniers mois, combien avez-vous eu de partenaire(s) sexuel(le)(s) ?

Partenaire(s) homme(s) : _____ Partenaire(s) femme(s) : _____

4. Au cours des 12 derniers mois, vous avez utilisé le préservatif...

..... pour les pénétrations anales Toujours Souvent Rarement Jamais

..... pour les pénétrations vaginales Toujours Souvent Rarement Jamais

..... pour les pratiques oro-génitales (fellation) Toujours Souvent Rarement Jamais

Les questions suivantes portent sur **les trois mois** ayant précédé le diagnostic de syphilis, c'est-à-dire le moment où votre médecin vous a annoncé que vous aviez contracté la syphilis.

5. Au cours des trois mois avant le diagnostic de syphilis, avez-vous eu une relation stable avec quelqu'un ?

Oui Non

Si vous cochez **Oui**, s'agissait-il...

D'un homme D'une femme

6. Durant cette période, c'est-à-dire 3 mois avant le diagnostic de syphilis, avez-vous eu d'autre(s) partenaire(s) sexuel(s) ?

Oui Non

Si vous cochez **Oui**,

Combien y avait-il de **femme(s)** ? _____

et parmi, ces femmes, combien avez-vous eu de partenaire(s) **rencontrée(s) une seule fois** ? _____

Combien y avait-il d'**homme(s)** ? _____

et parmi, ces hommes, combien de partenaire(s) **rencontrés une seule fois** ? _____

7. Au cours des trois mois avant le diagnostic de syphilis, avez-vous reçu de l'argent ou de la drogue en échange de rapports sexuels ?

Oui Non

8. Au cours des trois mois avant le diagnostic de syphilis, avez-vous donné de l'argent pour avoir des rapports sexuels ?

Oui Non

9. Au cours des trois mois avant le diagnostic de syphilis, avez-vous eu des rapports sexuels dans un pays étranger ?

Oui Non

Si vous cochez **Oui**, dans quel **pays** ? _____

10. Au cours des trois mois avant le diagnostic de syphilis, avez-vous eu des rapports sexuels avec

	Oui	Non	Vous ne savez pas
..... Une personne dont vous saviez qu'elle avait contracté une maladie sexuellement transmissible.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... Une personne dont vous saviez qu'elle était séropositive pour le VIH (virus du sida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nous allons maintenant vous poser des questions sur l'**origine probable** de votre syphilis.

11. Avez-vous une idée de la personne auprès de laquelle vous auriez contracté la syphilis ?

Oui Non

⇒ si vous cochez **Non**, passez à la question 19.

12. Cette personne est

un homme une femme

13. S'agissait-il d'une personne avec laquelle vous avez (aviez) une relation

Stable Occasionnelle Anonyme (rencontrée une seule fois)

14. Dans quel(s) lieu(x)/par quel(s) moyen(s) avez-vous rencontré la personne auprès de laquelle vous pensez avoir contracté la syphilis ?

Rue, parc Bars ou clubs sans backroom
 Saunas Minitel/Internet
 Backrooms, sex clubs, vidéoclubs Autre

Si vous cochez **Autre**, dans quel lieu ? _____

15. Avez-vous donné de l'argent à cette personne pour avoir des rapports sexuels ?

Oui Non

16. Avez-vous eu les pratiques sexuelles suivantes avec la personne auprès de laquelle vous auriez contracté la syphilis ? (plusieurs choix possible)

Pénétration anale sans préservatif
 Pénétration vaginale sans préservatif
 Votre sexe dans sa bouche sans préservatif
 Son sexe dans votre bouche sans préservatif
 Autres pratiques sans préservatif, précisez : _____

17a. Cette personne vous avait-elle prévenu qu'elle avait eu récemment la syphilis ?

Oui Non

17b. Cette personne vous avait-t-elle dit être également séropositive pour le VIH (virus du sida) ?

Oui Non

18. Avec cette personne, vous avez utilisé systématiquement le préservatif pour

	Oui	Non	Vous ne savez pas
..... la pénétration anale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... la pénétration vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..... la fellation :			
votre sexe dans sa bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
son sexe dans votre bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les questions suivantes s'intéressent à la ou aux personnes à qui vous auriez **pu transmettre** la syphilis.

19. Combien y a-t-il de partenaire(s) sexuel(le)s à qui vous auriez pu *transmettre* la syphilis au cours des trois mois ayant précédé le diagnostic lors de rapports non protégés ? _____

20. Combien de ces personnes pouvez-vous *joindre* ? _____

21. Combien de personnes avez-vous *contacté* pour leur dire que vous avez eu la syphilis et qu'elles devraient consulter un médecin ? _____

Annexe 6. Questionnaire clinique (réseau parisien de médecins de ville)



Code médecin :

Année : 2002

Mois :

Avez-vous vu pendant ce mois des patients atteints de syphilis, de gonococcie ou d'hépatite A

OUI

NON

Si OUI, compléter le tableau suivant :

Syphilis primaire, secondaire, ou latente précoce

	Date de consultation	Date de naissance	Sexe	Signes cliniques U : ulcération, chancre (localisation) E : éruption O : absence de signes	Partenaire présumé à l'origine de la contamination		Sérologie VIH		Traitement antirétroviral (si séropositif) Oui / Non
					Sexe	Peut être contacté Oui / Non	+ positive - négative ? inconnue	Année de la dernière sérologie	
1	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
2	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
3	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				
4	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				

Gonococcie avec confirmation bactériologique

	Date de consultation	Date de naissance	Sexe	Site du prélèvement positif		Partenaire présumé à l'origine de la contamination		
				U : urèthre C : col-vagin P : urines	A : anus-rectum G : gorge D : divers	Sexe	Peut être contacté Oui / Non	Rapports non protégés G : génitaux A : ano-génitaux F : fellation
1	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
4	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Urétrite avec écoulement purulent sans confirmation bactériologique

	Date de consultation	Date de naissance	Sexe	Partenaire présumé à l'origine de la contamination		
				Sexe	Peut être contacté Oui / Non	Rapports non protégés G : génitaux A : ano-génitaux F : fellation
1	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
4	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Hépatite A confirmée par la présence D'IgM VHA

	Date de consultation	Date de naissance	Sexe	Date du début des signes	Notion d'autres cas d'hépatite A dans l'entourage du patient
1	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> nombre approximatif : _____
2	/	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	/ /	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> nombre approximatif : _____

Notes

Notes

Notes