

## RAPPORT D'ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE

### Syphilis

Code de l'enquête (RS2008-05)

Version n 4

<b>Méthodologie de l'enquête</b>	<b>Enquête descriptive observationnelle, française.</b>
<b>Promoteur</b>	<b>Institut National de Veille Sanitaire</b> 12, rue du Val d'Osne 94415 Saint Maurice Cedex
<b>Responsable du projet pour le promoteur</b>	<b>Dr. Anne Gallay</b> Institut de Veille Sanitaire, DMI
<b>Responsable du projet pour le réseau Sentinelles</b>	<b>PhD Alessandra Falchi</b> réseau Sentinelles Inserm – UPMC UMR-S 707 27, rue Chaligny 75571 Paris cedex 12
<b>Comité Scientifique</b>	<b>Dr. Anne Bianchi</b> , CNR laboratoire départemental, Seine St-Denis <b>Dr. Anne Gallay</b> , DMI, Institut de Veille Sanitaire, Saint Maurice <b>Dr. Thierry Blanchon</b> , UPMC UMR-S 707, Paris. <b>PhD Alice Bouyssou</b> , DMI, Institut de Veille Sanitaire, Saint Maurice <b>Pr. Nicolas Dupin</b> , CNR associé Hôpital Tarnier-Cochin, Paris <b>Pr. Thomas Hanslik</b> , UPMC UMR-S 707, Paris. <b>Pr. Michel Janier</b> , Hôpital Saint Louis, Paris <b>PhD Andrea Lasserre</b> , UPMC UMR-S 707, Paris. <b>Dr Denis Moretti</b> , médecin généraliste du réseau Sentinelles, Corse <b>Dr. Clement Turbelin</b> , UPMC UMR-S 707, Paris
<b>Date du début de l'enquête:</b>	21 Novembre 2008
<b>Date de fin de l'enquête :</b>	25 Janvier 2009
<b>Date du rapport :</b>	V1 30 Juin 2009 ; V2 septembre 2009 ; V3 avril 2010, V4 Juin 2010

## RESUME DE L'ENQUETE

<b>Titre</b>	« Enquête pour une étude de faisabilité d'une surveillance de la syphilis auprès des médecins généralistes du réseau sentinelles »
<b>Type d'enquête</b>	Enquête nationale descriptive observationnelle, transversale.
<b>Objectifs:</b>	<p><i>Objectif principal</i> Estimer le nombre de diagnostics de syphilis réalisés par les médecins généralistes entre 2005 et 2008.</p> <p><i>Objectif secondaire</i> : Evaluer la connaissance des médecins concernant la résurgence de la syphilis en France</p>
<b>Méthodologie</b>	Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale menée auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles de l'Inserm, par voie électronique. Le questionnaire a été organisé en trois parties :
<b>Méthodes statistiques</b>	L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel d'analyse statistique R (www.r-project.org). L'ensemble des variables du questionnaire de l'enquête a été analysé et les données manquantes ont été signalées.
<b>Résultats</b>	<p>Au total, 285 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 24,5 % (285/1167).</p> <p>Le motif principal de non participation recueillis auprès de 118 médecins sélectionnés au hasard parmi les non répondants, a été l'absence de cas de syphilis pour 67,8 % (80/218) d'entre eux.</p> <p>Parmi les 285 MG répondants, 47 MG (16,5 %) ont déclaré avoir eu dans leur clientèle 92 cas de syphilis, entre le 1/1/2005 et fin novembre 2008 et ont décrit 62 de ces cas.</p> <p>Il s'agissait d'homme dans 87,1% (54/62) des cas L'âge moyen des cas était de 35 [20 , 60]. Les patients résidaient D'un point de vue clinique, 56,5% (35/62) des cas répondaient à une syphilis primaire, 27,4% (17/62) � une forme secondaire, 8,05% (5/62) latente et 8,05% (5/62) indéterminée.</p> <p>Il s'agissait d'hétérosexuels dans 29% (18/62) des cas, cette proportion est important étant de 5/8 chez les femmes (62,5%).</p> <p>Les patients été infectés par le VIH représentaient 33,9% (21/62) des cas, il s'agissait d'hommes homosexuels dans 90,5% (19/21) des cas.</p> <p>Les comportements à risque étaient principalement les « partenaires multiples et la non utilisation des préservatifs » (43,8% ; 14/ 32).</p> <p>Parmi les 285 MG participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 32% (91/285) ont répondu ne pas être au courant de la recrudescence de la syphilis en France.</li> <li>• 36,5% (104/285) ont déclaré ne pas être au courant du fait que les facteurs de risque démontrés comme étant associés à la survenue de la maladie en France seraient l'orientation sexuelle (homosexualité) et le statut VIH+.</li> <li>• 45,3% (129/285) ont déclaré faire « toujours » et « souvent » recours à un CIDDIST (Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).</li> </ul>
<b>Conclusions</b>	<p>Notre étude confirme que l'épidémie de syphilis n'est plus strictement confinée en Ile de France mais concerne aussi une bonne partie des autres départements. Il est impératif d'informer le corps médical ainsi que le public de la résurgence de la syphilis.</p> <p>Le renforcement de mesures de prévention et le développement d'une surveillance attentive de la maladie auprès des médecins généralistes doivent être encouragés.</p>

## REMERCIEMENTS

La présente étude a été réalisée grâce à la participation active des MG Sentinelles.

Merci pour ce travail !

AGOSTINI, AILLAUD, ALEONARD, ALEXANDRE-FAVRICHON, ALGARRA, AMSILLI, ANDREI, ANDRIEU, AOUKAR, ARFI, AUBERT, AUJOULAT, AYNAUD,

BABEL, BACLE, BALLARINI, BARADEL, BARBARY, BARBERET, BARET, BARET, BARROU-GIRAUD, BEAUDOIN, BEAUJARD, BECCHIO, BEHAR, BELLEUDY, BENARD, BENET, BENOIST, BENZAKIN, BERENI, BERTRAND, BERTRAND-DESVAGES, BIGOT, BILLARD, BLANCHARD, BOELY, BOLZINGER, BONNARDOT, BONNAUD, BOSQUET, BOULFROY, BOUQUET, BOUTARIC, BOYER, BRETIN, BRON, BRUNET, BUCHON, BURCKEL,

CABANE, CADART, CALVET, CALVET-MONTREDON, CARLANDER, CARRE, CARRERA, CASALIS, CASSAGNE, CAULIER, CEGARRA, CHALEON, CHAMPEMONT, CHASSAGNE, CHAUTARD, CHAVEL, CHEVALIER-DUFLOT, CIABRINI, CLAPE, CONTESTIN, COTINAT, COULIBALY, CROSSON,

DAHAN, DANDOY, DAUGE, DAVID, DE BOSSCHERE, DE MASSE, DE MAUTORT, DE TURCKHEIM, DELATTRE, DELEBECQUE, DELESALLE, DELON, DESCHAMPS, DESRUES, DEVILLERS, DIANOUX, DOLCI, DOUBET, DOUINE, DOURIEZ, DROUIN, DROUIN, DUBOEUF, DUBS, DULOUT, DU BREUIL, DUNAND,

ERMINJ-ARFI, ETILE, EVELLIN, EYRAUD,

FAGELSON, FAJON, FARIGOULES, FAUDOT, FEBRER, FERRY, FLAMERION, FLORSCH, FONTAINE, FONTAN, FORMERY, FOURNIER, FROMENTAL,

GAGNEUX, GAGNY, GALOPIN, GAUMER, GAY, GENY, GIANCARLI, GIRARDET, GRANGER, GRIFFON, GRONDIN, GROSSI, GRUSON, GUERBER, GUERCIA, GUETRELLE, GUEUX, GUILBOT, GUILLEMONT, GUISE, GUYOT,

HAMONIAUX, HENRY, HERVE, HILD, HOGU, HOONAKKER, HOUN,

JEANNIN, JEU, JOUAN, JOURNET, JOUVEAU,

KIRSTETTER, KLEIBER, KOENIG,

LABARTHE, LABARTHE-PON, LABESCAT, LACAVE, LACHAPELE, LACROIX, LAGUENS, LAGUERRE, LAINE-COIFFIN, LAMARLERE, LAMIRAUD, LATURAZE, LAURENT, LAVOT, LE DUFF, LE GOAS, LE MUR, LEBOIS, LECLER, LEFEBURE, LEFEVRE, LEFORT, LEHARLE, LELONG, LEMAIRE, LEMASSON, LHOUMEAU, LIBMANN, LOCQUET, LUTZ,

MACH, MACLOUF, MAGNIERE, MAILLARD, MAILLY, MAJERHOLC, MANNEVY, MAO, MARCHAND, MARCHANT, Marquet, MASSE, MASSON, MATTEI, MAZALEYRAT, MELOU, MENARD, MERCIER, MERCIER, METAFIOT, MIREPOIX, MISTIAEN, MONDRZAK, MONIQUET, MOREAU, MORETTI, MOUTON, MULLIE,

NOEL, NOGREL, NORTIER, NOUVIAN, OLAYA,

PAOLETTI, PAOLINI, PATRIARCHE, PAUMIER, PETRONI, PHELIPEAU, PIGACHE, PINI, PL T, POMMEL, POUMEYROL, QUEDEVILLE,

RADENNE, RAMBAUD, RAVINET, REBUFFET, RENARD, REVERDIAU, REYNAUD, RICHARD, RICHARD, RICHET, RIGAULT, ROBIN, ROCHE-ROUHAUD, ROLLIN, RONY, ROUSSELOT, ROUX, RUCQUOIS, RUILIER,

SABOUREAULT, SALEMBIER SANZ, SAUGUES, SCHMIDT, SCHMITT, SEBBAG, SELVES, SEMERARO, SENEZ, SERRE, SIMON, SOULIE, SPADONI, SPITZ, STEIMER,

TELLIER, THEBAULT, THINON, THOMAS, TOUZARD, TRANCART, TREHOT,

VAN, NGUYEN, VANDERPOTTE-DOYEN, VEAUX, VERCELLINI, VERDIER, VERNE, VIERLING, VINCENSINI, VIVIERE-ROBIN, VOGIN, VO-QUANG,

WAGNER, WATILLIAUX.

## 1 TABLE DES MATIERES

<b>RESUME DE L'ENQUETE</b>	<b>2</b>
<b>1 TABLE DES MATIERES</b>	<b>4</b>
<b>2 GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS</b>	<b>7</b>
<b>3 INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>4 OBJECTIFS DE L'ENQUETE.</b>	<b>9</b>
<b>5 PLAN EXPERIMENTAL ET METHODOLOGIE</b>	<b>9</b>
5.1 Type d'enqu��te.	9
5.2 S��lection des m��decins enqu��teurs	10
<b>6 CONSIDERATIONS ETHIQUES ET LEGALES</b>	<b>10</b>
6.1 Cadre r��glementaire de l'enqu��te	10
6.2 Obligations l��gales	10
6.3 Monitoring et contr��le des donn��es	10
6.4 Utilisation des r��sultats de l'enqu��te	10
<b>7 ANALYSE DES RESULTATS</b>	<b>11</b>
<b>8 RESULTATS</b>	<b>12</b>
<b>8.1 Participation des m��decins enqu��teurs</b>	<b>12</b>
8.1.1 Caract��ristiques et repr��sentativit�� des m��decins enqu��teurs	12
8.1.2 R��partition r��gionale	13
<b>8.2 Connaissances g��n��rales des m��decins g��n��ralistes autour de la recrudescence de syphilis</b>	<b>14</b>
8.2.1 Question 1/ Une recrudescence de la syphilis est observ��e en France et en Europe depuis ? :14	
8.2.2 Question 2/ Devant un cas pr��sum�� de syphilis, demandez-vous l'aide d'un sp��cialiste ou d'une structure sp��cialis��e type CIDDIST ?	14
8.2.3 Question 3/ La syphilis touche particuli��rement : les homosexuels VIH +, les homosexuels VIH-, les h��t��rosexuels ?	14
<b>8.3 NOMBRE DE CAS DE SYPHILIS VUS DEPUIS LE 1/1/2005</b>	<b>15</b>

<b>8.4</b>	<b>Description des cas de syphilis rapportés</b>	<b>15</b>
8.4.1	Répartition géographique des cas déclarés selon la région d'exercice du médecin généraliste	16
8.4.2	Caractéristiques sociodémographiques	16
8.4.3	Stades de syphilis	17
8.4.4	Co-infection par le VIH	20
<b>8.5</b>	<b>Description plus approfondie des derniers cas de syphilis vus en consultation (n=32)</b>	<b>22</b>
8.5.1	Nombre de cas	22
8.5.2	Caractéristiques sociodémographiques	22
8.5.3	Stades de syphilis	23
8.5.4	Caractéristiques biologiques	25
8.5.5	Traitements antibiotiques	26
8.5.6	Suivi du patient, recours au CIDDIST	26
8.5.7	Comportement à risque et information du partenaire	27
8.5.8	Antécédents des maladies infectieuses sexuellement transmissibles (IST)	28
<b>9</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>29</b>
<b>10</b>	<b>REFERENCES</b>	<b>31</b>

Liste des tableaux inclus dans le corps du rapport

Tableau 1 Histoire naturelle de la syphilis : synopsis .....	8
Tableau 2 : Motifs de non-participation .....	12
Tableau 3 : Caractéristiques des médecins enquêteurs .....	12
Tableau 4 : Caractéristiques des médecins enquêteurs, comparaison avec les médecins Sentinelles non répondants .....	13
Tableau 5 : Distribution par région des médecins répondants.....	13
Tableau 6 : Recrudescence de la syphilis .....	14
Tableau 7 : Recours à un spécialiste .....	14
Tableau 8 : Population concernée par la syphilis d’après les MG.....	14
Tableau 9 : Cas déclarés par les MG depuis janvier 2005 .....	15
Tableau 10 : Nombre de cas vus par les MG par région, 2005-2008.....	15
Tableau 11 : Distribution des cas de syphilis par région de diagnostic et par an, 2005-2008 .....	16
Tableau 12 : Nombre de cas vus par MG, 2005-2008.....	16
Tableau 13 : Distribution des cas de syphilis par région, sexe, classe d’âge, orientation sexuelle, antécédents de syphilis et stade de syphilis et par an, 2005-2008.....	17
Tableau 14 : Age médian des patients en fonction du sexe et de l’orientation sexuelle, 2005-2008.....	17
Tableau 15 : Distribution des cas de syphilis par région, stade de la syphilis et par an, 2005-2008.....	18
Tableau 16. : Caractéristiques cliniques de la syphilis en fonction des stades, 2005-2008 .....	18
Tableau 17: Reclassement des stades de la syphilis en fonction des caractéristiques cliniques renseignés des cas de syphilis, 2005-2008.....	19
Tableau 18 : Résultats biologiques des cas de syphilis 2005-2008.....	19
Tableau 19 : Distribution des stades de syphilis en fonction du statut VIH (N=62)* .....	20
Tableau 20 : Distribution des cas de syphilis infectés par le VIH, par région (N=21).....	21
Tableau 21: Caractéristiques cliniques des cas de syphilis et VIH(+), 2005-2008 .....	21
Tableau 22: Reclassement des stades de la syphilis en fonction des caractéristiques cliniques renseignés des cas de syphilis et VIH(+), 2005-2008 .....	22
Tableau 23 : Distribution des cas de syphilis par sexe, classe d’âge, orientation sexuelle, département de résidence, stade de syphilis et par an, 2005-2008 .....	23
Tableau 24: Distribution des cas de syphilis par région, type de syphilis et par an, 2005-2008.....	24
Tableau 25: Caractéristiques cliniques des cas de syphilis, 2005-2008.....	24
Tableau 26: Reclassement des stades de la syphilis en fonction des caractéristiques cliniques renseignés des cas de syphilis, 2005-2008.....	25
Tableau 27: Résultats biologiques des cas de syphilis 2005-2008 .....	25
Tableau 28: Doses et durées prescrites pour les patients traités par benzathine pénicilline G .....	26
Tableau 29: Suivi des patients par type de stade de syphilis .....	26
Tableau 30 : Suivi des patients par région du suivi du patient .....	27
Tableau 31: Conduites à risque et information des partenaires des patients par stade de syphilis .....	27
Tableau 32: Conduites à risque et information des partenaires des patients par région du suivi du patient ..	28
Tableau 33: Antécédents d’IST chez les sujets par stade de syphilis .....	28
Tableau 34: Antécédents des IST chez les sujets par région du suivi du patient.....	28

### Liste des figures incluses dans le corps du rapport

Parmi les 62 cas, 35 (56,5 %)  taient une syphilis primaire, 17 (27,4 %) une syphilis secondaire et 5 (8,1 %) une syphilis latente (Figure 1 ; Tableau 15). A partir de 2006, on observe une augmentation de la proportion de syphilis primaire (Tableau 15). Parmi les patients présentant une syphilis primaire, la localisation d’un chancre était documentée pour 21 d’entre eux (60%, 21/35) : 15 avaient un chancre génital, 4 un chancre anal et 1 un chancre buccal (Tableau 16). Pour les 14 autres patients classés comme syphilis primaire, aucun chancre n’était localisé. Parmi les patients avec une syphilis secondaire, la présence d’une éruption était documentée pour 14 d’entre eux (82,4 %, 14/17), dont 2 patients avec adénopathies associées. Deux des patients classés en stade secondaire avaient un chancre génital ou anal.....

17

Figure 2 : Nombre de cas de syphilis par stade de la syphilis et par an, France 2005-2008. ....

18

Figure 3 : Distribution des cas de syphilis selon leur statut VIH (+), (-) et inconnu, par année, 2005-2008. ....

20

## 2 GLOSSAIRE ET ABBREVIATIONS

**%** Pourcentage

**ADELFI** Association d' pidemiologistes de Langue Française

**CDC** Centers for Disease Control and Prevention

**CIDDIST** Centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

**INPES** Institut National de Prévention et de l'Education pour la Santé

**InVS** Institut de Veille Sanitaire

**IST** Infection Sexuellement Transmissible

**MG** Médecin Généraliste

**TPHA** Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

**VDRL** Veneral Disease Research Laboratory

**VIH** Virus de l'Immunod ficiency Humaine

### 3 INTRODUCTION

La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) due à une spirochète *Treponema pallidum*. Il s'agit d'une maladie non immunisante très contagieuse. Le tableau clinique de la syphilis évolue en plusieurs stades (Tableau 1) [1]:

- La syphilis précoce ou récente, de moins d'un an d'évolution (forte contagiosité) regroupe les stades de la syphilis primaire, secondaire et latente de moins d'un an ;
- La syphilis tardive, de plus d'un an d'évolution (faible contagiosité et fort risque de séquelles neurologiques) regroupe les stades de syphilis latente de plus d'un an et tertiaire.

La Haute Autorité de la Santé (HAS) a publié en mai 2007 des recommandations concernant le dépistage de la syphilis en France [2]. En effet, on assiste à une recrudescence de la syphilis depuis 2000 en France et dans la majorité des pays industrialisés [3-11]. Sa recrudescence entre 2000 et 2002 intéresse principalement les homosexuels masculins dont plus de la moitié sont infectés par le VIH,   Paris [9-11]. Toutefois, malgré les campagnes de prévention et d'incitation au dépistage menées par les associations avec le soutien des institutions publiques, la syphilis comme les autres IST (gonococcies, lymphogranulomatose vénérienne) ne marquent pas de recul et d'autre part, le nombre annuel d'hommes et de femmes hétérosexuels atteints de la syphilis augmente régulièrement [9; 12-14]. L'augmentation de la fréquence des pratiques sexuelles à risque dans la population (rapports sexuels non protégés, fellation) fait craindre une augmentation de la transmission de la syphilis et avec elle le risque de résurgence de cas de syphilis congénital en France [15-18].

**Tableau 1 Histoire naturelle de la syphilis : synopsis**

		Physiopathologique	Incubation	Clinique
Syphilis primaire		Diffusion bactérienne locorégionale et systémique	3 semaines (10 à 100 jours)	-Chancres (dure 2 à 6 semaines) - Adénopathie satellite
Syphilis secondaire	Première floraison	Dissémination bactérienne systémique hématogène	6 semaines à 6 mois après le début du chancre	Exanthème roséoliforme (dure quelques jours à quelques semaines) - Syphilides papuleuses ou érosives, plaques fauchées d�papill�es linguales - Polyad�nopathie indolore, arthralgies, fébricule - Atteintes neurologique, hépatique, rénale ou oculaire
	Seconde floraison		3 à 6 mois après le chancre	
Phase de latence		—	—	Aucun signe clinique
Syphilis tertiaire		Granulome �pith�lioide et gigantocellulaire	Plusieurs années	Gommes: - Neurosyphilis - Insuffisance et/ou anévrisme aortiques - Atteinte hépatique, rénale ou osseuse

D'après Farhi et Dupin (2008)

### Contexte de la surveillance de la syphilis en France

En France, la surveillance de la syphilis, volontaire et prospective repose principalement sur un réseau de cliniciens exerçant au sein des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST complété par des consultations hospitalière en médecine infectieuses et un réseau de médecins généralistes exerçant en Ile-de-France [12].

Le système de surveillance axé sur les consultations hospitalières et les CIDDIST donne peu de visibilité pour les cas diagnostiqués par les médecins généralistes. De plus, la syphilis n'est plus très bien connue ni identifiée comme maladie r surgente en France par les praticiens libéraux et son diagnostic peut être difficile. Ces raisons suggèrent que le nombre de cas de syphilis déclarés est très probablement en de a de la réalité. Notre étude se propose de décrire la pratique des médecins généralistes libéraux en ce qui concerne le diagnostic et la prise en charge de la syphilis et d'évaluer la pertinence d'une surveillance de la syphilis auprès d'un réseau de médecins généralistes.

## **4 OBJECTIFS DE L'ENQUETE.**

### **4.1 Objectif principal**

- Estimer le nombre de diagnostics de syphilis réalisés par les médecins généralistes depuis le 1/1/2005

### **4.2 Objectif secondaire**

- Evaluer la connaissance des médecins concernant la résurgence de la syphilis en France

## **5 PLAN EXPERIMENTAL ET METHODOLOGIE**

### **5.1 Type d'enquête.**

Il s'agissait d'une enquête descriptive transversale menée auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles de l'Inserm. Le questionnaire a été organisé en trois items :

**I partie:** déclaration du nombre des patients vu en consultation depuis le 1/1/2005 présentant une syphilis primaire, secondaire ou latente précoce de moins d'un an.

**II partie:** description du dernier cas de syphilis vu en consultation depuis le 1/1/2005, à l'aide d'un questionnaire organisé en cinq items :

- Données sociodémographiques du patient
- Histoire de la maladie : Anamnèse
- Diagnostic clinique : Examen clinique
- Diagnostic biologique
- Diagnostic final

**III partie:** Evaluation des connaissances du médecin portant sur la résurgence de la syphilis en France.

## **5.2 Sélection des médecins enquêteurs**

Le réseau Sentinelles est un réseau de 1.270 médecins généralistes libéraux (2 % de la totalité des Médecins Généralistes Libéraux (MGL) en France m ropolitaine) bénévoles et volontaires répartis sur le territoire m ropolitain français [19]. Ce système national de surveillance permet le recueil, l'analyse, la prévision et la redistribution en temps réel de données épidémiologiques issues de l'activité des médecins généralistes libéraux. Il s'intègre aux dispositifs de surveillance mis en place par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) (avis favorable de la CNIL n 471 393). Les MG du réseau pouvaient consulter le protocole de l'étude sur le site [www.sentiweb.fr](http://www.sentiweb.fr). Un questionnaire électronique était disponible pour l'ensemble des MG du réseau Sentinelles mi novembre 2008. Deux relances par téléphone et par courrier électronique ont été effectuées auprès des MG n'ayant pas répondu au questionnaire. Le questionnaire a été accessible jusqu'au 15 janvier 2009. Un échantillon des MG n'ayant pas répondu à l'enquête a été contact s par téléphone pour connaître les raisons de non participation.

## **6 CONSIDERATIONS ETHIQUES ET LEGALES**

### **6.1 Cadre r glementaire de l'enquête**

L'enquête sera conduite selon les recommandations de déontologie et de bonnes pratiques en épidémiologie élaborées par l'Association des Epid miologistes de Langue Française (ADELF). Cette enquête ne nécessitait pas le recueil de données supplémentaires auprès des patients dans le cadre de la prise en charge de leur pathologie et n'engendrait pas de modification de la prise en charge médicale habituelle des personnes concernées, elle ne s'inscrit pas en conséquence dans le champ d'application de l'article L.1121-1 et suivants du Code de la Santé Publique.

### **6.2 Obligations légales**

Cette enquête entre dans le cadre des enquêtes réalisées par le réseau Sentinelles qui a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (avis n  471393, sept 1996).

### **6.3 Monitoring et contrôle des données**

Afin de garantir la qualité des données épidémiologiques, le réseau Sentinelles suit les normes de qualité internationales. Il est ainsi certifié ISO 9001v2000 depuis le 22 août 2006, et possède le label Health On the Net (HON).

### **6.4 Utilisation des résultats de l'enquête**

Toutes les informations relatives au fonctionnement du réseau Sentinelles, ou les données scientifiques fournies par l'Inserm et non encore publiées, sont confidentielles et demeurent la propriété de l'Inserm. Le médecin enquêteur s'engage à n'utiliser ces informations que sous la conduite de l'enquête et pour aucun autre motif sauf accord préalable écrit du responsable du réseau Sentinelles.

Cette enquête est réalisée dans le cadre de la convention de partenariat entre l'unité 707 de l'Inserm et l'InVS. Les résultats de l'enquête pourront faire l'objet de publications dans des journaux

scientifiques ou de présentations lors de réunions scientifiques. Dans le cadre de la présente étude, toute publication sera rédigée par le réseau Sentinelles et l'InVS qui se réservent le droit de sélectionner les personnes qui seront désignées comme auteurs et en tant que tels rédigeront le document. Le rapport final sera mis en ligne, sur le site du réseau à l'adresse suivante [www.sentiweb.fr](http://www.sentiweb.fr) et son accès sera libre de tous droits.

## **7 ANALYSE DES RESULTATS**

L'ensemble des variables du questionnaire de l'étude a été analysé. Les variables qualitatives ont été comparées selon le test du Chi-2 ou le test exact de Fisher. Les variables quantitatives ont été comparées par le test de Student.

La représentativité des médecins participant a été évaluée en comparant leurs caractéristiques à celles de l'ensemble des médecins généralistes de France métropolitaine (sexe, âge, année d'installation, zone d'installation urbaine, rurale, mode d'exercice associé ou non, salarié ou non)

## 8 RESULTATS

### 8.1 Participation des médecins enquêteurs

Le questionnaire a été proposé par voie électronique le 21 novembre 2008 à 1167 médecins, possédant une adresse mail connue, parmi les 1.270 médecins généralistes libéraux du réseau Sentinelles.

Quatre relances électroniques (par e-mail) ont été faites; trois annonces ont été publiées sur l'espace médecin du site Internet du Réseau, pour indiquer le début de l'étude, pour relancer les médecins retardataires, et pour diffusion de l'avis de clôture. Trois relances téléphoniques (une par semaine) ont également été faites.

Au total, 285 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 24,5 % (285/1167). Sur 285 MG répondants, 47 MG (16,5 %) ont vu au moins un cas de syphilis depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Le nombre total déclaré par ces 47 MG est de 92 cas. Le 92 cas déclarés ont été vus en consultation entre le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et fin novembre 2008.

Les motifs de non participation, recueillis auprès de 118 médecins sélectionnés au hasard parmi les non répondants (13,3 % des 882 MG n'ayant pas participé), sont résumés dans le Tableau 2.

**Tableau 2 : Motifs de non-participation**

Motifs	N = 118
Manque du temps pour répondre	9 (7,6)
Non intéressé par cette étude	9 (7,6)
Je n'ai pas vu de cas de syphilis	80 (67,8)
Je n'ai pas vu de cas de syphilis et je manque du temps pour répondre	9 (7,6)
Je n'ai pas vu de cas de syphilis et ne suis pas intéressé par cette étude	11 (9,4)
N (%)	

Le motif principal de non participation, dans cet échantillon de médecins, a été l'absence de cas de syphilis pour 67,8 % d'entre eux et 15,2% n'ont pas participé par manque de temps ou d'intérêt pour cette thématique.

#### 8.1.1 Caractéristiques et représentativité des médecins enquêteurs

Les MG participants étaient des hommes dans 85,3% des cas, âgés en moyenne de 51±11,4 ans [min=41 ; max=71], et installés en moyenne depuis 22 ± 8,9 ans [min=1 an ; max=38 ans] (Tableau 3). Les caractéristiques des médecins répondants ont été comparées aux caractéristiques des médecins non répondants du réseau Sentinelles et à l'ensemble des médecins exerçant en libéral en France métropolitaine. Les résultats sont décrits dans le tableau suivant.

**Tableau 3 : Caractéristiques des médecins enquêteurs**

Variables	MG du réseau participants N = 285	Médecins généralistes français N = 62 921
Sexe masculin	243 (85,3%)	71 %
Age médian <sup>†</sup>	51 ans	49 ans
Années d'exercice <sup>†</sup>	22 ans	

<sup>†</sup>moyenne

**Tableau 4 : Caractéristiques des médecins enquêteurs, comparaison avec les médecins Sentinelles non répondants**

Variables	MG du réseau participants N = 285	MG du réseau non-répondants N = 881	p
Sexe masculin	243 (85,3%)	757 (86 %)	0,77
Age médian <sup>†</sup>	51 ans	54,1 ans	0,65
Années d'exercice <sup>†</sup>	22 ans	31 ans	0,06

<sup>†</sup>moyenne

Les MG répondants étaient moins âgés que les MG non répondants du réseau Sentinelles et plus âgés par rapport à l'ensemble des MG exerçant en libéral en France m ropolitaine; cette différence était cependant non significative. Une surreprésentation du sexe masculin ( $p = 0,02$ ) a aussi été notée chez les MG répondants (85,3 %), comparativement aux MG libéraux en France (71 %) en 2006 ( $p < 0,05$ ).

### 8.1.2 Répartition régionale

Les médecins participants étaient répartis dans les 22 régions françaises (France m ropolitaine), représentant de 0,2 % à 5,1 % de la totalité des médecins généralistes libéraux de ces régions (Tableau 5).

**Tableau 5 : Distribution par région des médecins répondants**

Région	MG du réseau participants N = 285	Nombre total de MG libéraux N = 62 921	Proportion de MG participants dans la région (%)
Alsace	7	1 872	0,4
Aquitaine	12	3 703	0,3
Auvergne	16	1 355	1,2
Basse-Normandie	4	1 310	0,3
Bourgogne	9	1 544	0,6
Bretagne	16	3 113	0,5
Centre	7	2 223	0,3
Champagne	4	1 278	0,3
Corse	16	315	5,1 <sup>†</sup>
Franche-Comté	7	1 154	0,6
Haute-Normandie	4	1 699	0,2
Ile-de-France	48	10 569	0,4
Languedoc	15	3 167	0,5
Limousin	8	873	0,9
Lorraine	7	2 281	0,3
Midi-Pyrénées	11	3 213	0,3
Nord-Pas-de-Calais	8	4 192	0,2
Pays-de-la-Loire	12	3 257	0,4
Picardie	8	1 709	0,5
Poitou-Charentes	8	1 858	0,4
PACA	19	6 234	0,3
Rhône-Alpes	39	6 002	0,7

<sup>†</sup> Cette surreprésentation est due à la présence d'une antenne régionale Corse très dynamique qui a réussie   intégrer des médecins très motivés, et au fait que la Corse n'a que 315 MG libéraux.

## 8.2 Connaissances générales des médecins généralistes autour de la recrudescence de syphilis

### 8.2.1 Question 1/ Une recrudescence de la syphilis est observée en France et en Europe depuis ? :

**Tableau 6 : Recrudescence de la syphilis**

Année	N (%)
1989	22 (7,7)
2000	87 (30,5)
2005	71 (24,9)
NSP	91 (32)
Pas de recrudescence	14 (4,9)
<b>Total</b>	<b>285 (100)</b>

Parmi les 285 MG répondants :

- 87 (30,5%) ont répondu correctement à la question concernant la date de recrudescence de la syphilis en France et en Europe (2000) ;
- 91 (32%) ont répondu ne pas connaître le problème d'une recrudescence de cette maladie

Si un tiers des médecins indiquait « ne pas savoir », moins d'un tiers cite l'année 2000 qui correspond à l'alerte faite par le dispensaire antiv n rien du centre hospitalier de Tarnier.

### 8.2.2 Question 2/ Devant un cas présumé de syphilis, demandez-vous l'aide d'un spécialiste ou d'une structure spécialisée type CIDDIST ?

**Tableau 7 : Recours à un spécialiste**

	N (%)
Toujours	129 (45,3)
Souvent	66 (23,2)
Rarement	40 (14,0)
Jamais	50 (17,5)
<b>Total</b>	<b>285 (100)</b>

Les MG ayant déclaré un recours à un CIDDIST « toujours » et « souvent » (68,5%) avaient vu 18 cas de syphilis depuis janvier 2005. Cette information est très importante, car cela veut dire que les autres 74 cas de syphilis ont été vus par des médecins qui renvoient que rarement/jamais les patientes vers un CIDDIST.

### 8.2.3 Question 3/ La syphilis touche particulièrement : les homosexuels VIH +, les homosexuels VIH-, les hétérosexuels ?

**Tableau 8 : Population concernée par la syphilis d'après les MG**

Réponses	N (%)
Je ne sais pas	104 (36,5)
VIH + (Homosexuels et Hétérosexuels)	37 (13)
Homosexuels	46 (16,2)
Hétérosexuels	34 (11,9)
Homosexuels et Hétérosexuels	64 (22,4)
<b>Total</b>	<b>285 (100)</b>

### 8.3 Nombre de cas de syphilis vus Depuis le 1/1/2005

**Tableau 9 : Cas déclarés par les MG depuis janvier 2005**

Nombre de cas déclarés	Nombre de MG N (%)	Nombre total de cas déclarés par les MG
0	238 (83,5)	0
1	29 (10,2)	29
2	11 (4)	22
3	4 (1,4)	12
5	1 (0,3)	5
9	1 (0,3)	9
15	1 (0,3)	15
<b>Total</b>	285 (100)	92

Sur 285 MG répondants, 47 MG (16,5 %) ont vu au moins un cas de syphilis depuis le 1<sup>o</sup> janvier 2005. Le nombre total déclaré par ces 47 MG est de 92 cas (Tableau 10).

La distribution par régions des 92 cas est présentée dans le tableau suivant (Tableau 10). Pour cinq régions, les médecins n'ont pas déclaré de cas de syphilis : Franche-Comté, Haute-Normandie, Corse, Limousin, et Lorraine (Tableau 10).

Les cas de syphilis décrits en Ile-de-France représentaient 22,8% des 92 cas décrits.

**Tableau 10 : Nombre de cas vus par les MG par région, 2005-2008.**

REGION	Nombre de cas	
	N	N(%)
Alsace	9	(9,8)
Aquitaine	4	(4,6)
Auvergne	1	(1,1)
Basse-Normandie	2	(2,1)
Bourgogne	4	(4,3)
Bretagne	1	(1,1)
Centre	3	(3,3)
Champagne-Ardenne	2	(2,1)
Ile de France	21	(22,8)
Languedoc-Roussillon	9	(9,8)
Midi-Pyrénées	1	(1,1)
Nord-Pas-de-Calais	2	(2,1)
Pays-de-la-Loire	3	(3,3)
Picardie	2	(2,1)
Poitou-Charentes	2	(2,1)
Provence-Alpes-Côte-D'azur	16	(17,4)
Rhône-Alpes	10	(10,9)
<b>Total</b>	92	(100,0)

### 8.4 Description des cas de syphilis rapportés

Il a été demandé à ces médecins de remplir un tableau décrivant les caractéristiques des patients. Parmi les 47 MG ayant déclaré les 92 cas, 41 (87,2 %) ont décrit les caractéristiques de 62 patients. Les 6 MG n'ayant pas apporté ces informations ont été contact s par téléphone : 4 médecins ont évoqué un manque de temps tandis que 2 n'ont pas compris qu'ils devaient continuer le remplissage. Ils ont été sollicités pour compléter les informations, mais ne l'ont pas fait. La description des 62 patients est présentée dans la section 8.4.1.

Il a par ailleurs été demandé aux médecins de décrire plus en détail le dernier cas rencontré en consultation, ce qu'ils ont fait pour 32 patients. Il s'agissait de cas vus en consultation en 2008 (n = 6), 2007 (n = 1) et 2006 (n = 2). Les résultats de l'analyse des 32 cas décrits sont présentés en détail dans la section 8.5.

#### 8.4.1 Répartition géographique des cas déclarés selon la région d'exercice du médecin généraliste

La localisation géographique des cas déclarés était hétérogène, 66,2% des cas ont été diagnostiqués hors de la région d'Ile de France (Tableau 11).

**Tableau 11 : Distribution des cas de syphilis par région de diagnostic et par an, 2005-2008**

Région	2005 N = 13	2006 N = 11	2007 N = 16	2008 N = 22	Total N = 62
Alsace	2		1	1	4
Aquitaine		1			1
Auvergne			1		1
Basse-Normandie	2				2
Bourgogne		3	1		4
Bretagne	1				1
Centre	1			2	3
Ile-de-France	2	3	5	11	21
Languedoc-Roussillon	3	2	1	3	9
Midi-Pyrénées			1		1
Nord-Pas-de-Calais		1			1
Pays-de-la-Loire				2	2
Picardie			2	1	3
Poitou-Charentes	1			1	2
Provence-Alpes-Côte-D'azur		1			1
Rhône-Alpes	1		4	1	6

La répartition de cas par an entre 2005 et 2008 est résumée dans le Tableau 12.

**Tableau 12 : Nombre de cas vus par MG, 2005-2008.**

Nombre cas vus par les MG	2005	2006	2007	2008
1	5	9	12	13
2	4	1	2	2
5	0	0	0	1
<b>Total de cas</b>	13	11	16	22

#### 8.4.2 Caractéristiques sociodémographiques

Les cas de syphilis étaient majoritairement des hommes (87,1%), d'âge moyen de 38 ans (médiane = 35 ans ; étendue [20 – 60]). L'âge médian diminue entre 2005 et 2007 puis augmente en 2008. Les hétérosexuels représentaient 29% de l'ensemble des cas. Cette proportion fluctue au long des années, de 12,5% en 2007 au 31,8% en 2008 (Tableau 13). Aucune différence d'âge significative n'a été détectée entre les hommes et les femmes d'une part, et entre les homosexuels et les hétérosexuels d'autre part (Tableau 14).

**Tableau 13 : Distribution des cas de syphilis par région, sexe, classe d'âge, orientation sexuelle, antécédents de syphilis et stade de syphilis et par an, 2005-2008**

	2005 N = 13	2006 N = 11	2007 N = 16	2008 N = 22	Total N = 62
<b>Ile-de-France</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>21 (33,8)</b>
<b>Autres régions</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>41 (66,2)</b>
<b>Sexe</b>					
Masculin	12 (92,3)	9 (81,8)	15 (93,8)	18 (81,8)	54 (87,1)
F�minin	1 (7,7)	2 (18,2)	1 (6,2)	4 (18,2)	8 (12,9)
<b>Age m�dian [�tendue]</b>	42 [24, 60]	39 [26, 53]	31 [23, 57]	36 [20, 59]	35 [20, 60]
<b>Classe d'�ge</b>					
20-30	3 (23,1)	1 (9,1)	7 (43,8)	8 (36,4)	19 (30,6)
31-40	3 (23,1)	6 (54,5)	6 (37,5)	6 (27,3)	21 (33,9)
41-50	4 (30,7)	3 (27,3)	2 (12,5)	3 (13,6)	12 (19,4)
51-60	3 (23,1)	1 (9,1)	1 (6,2)	5 (22,7)	10 (16,1)
<b>Orientation sexuelle</b>					
Homo/bisexuel	9 (69,2)	4 (36,4)	11 (68,7)	13 (59,1)	37 (59,7)
Hétérosexuel	3 (23,1)	6 (54,5)	2 (12,5)	7 (31,8)	18 (29,0)
Inconnue	1 (7,7)	1 (9,1)	3 (18,8)	2 (9,1)	7 (11,3)
<b>Antécédents de Syphilis</b>					
Oui	1 (7,7)	1 (9,1)	4 (25,0)	8 (36,4)	14 (22,6)
Non	6 (46,1)	9 (81,8)	11 (68,8)	14 (63,6)	38 (61,3)
Inconnu	6 (46,1)	1 (9,1)	1 (6,2)	0	10 (16,1)
<b>Stade de Syphilis</b>					
Primaire	4 (30,7)	7 (63,6)	10 (62,5)	14 (63,6)	35 (56,5)
Secondaire	5 (38,5)	3 (2,7)	4 (25,0)	5 (22,7)	17 (27,4)
Latente	1 (7,7)	1 (9,1)	1 (6,2)	2 (9,1)	5 (8,05)
Inconnu	3 (23,1)	0	1 (6,2)	2 (9,1)	5 (8,05)

**Tableau 14 : Age médian des patients en fonction du sexe et de l'orientation sexuelle, 2005-2008.**

	Total N = 62	Masculin N = 54	Féminin N = 8
<b>Age médian [�tendu]</b>	35 [20, 60]	36 [23-60]	37 [24- 50]
<b>Orientation sexuelle</b>			
• Homo/bisexuel, <i>n</i>	<b>37(60%)</b>	<b>36(66,6%)</b>	<b>1(12,5%)</b>
Age médian [�tendu]	35 [20, 58]	35 [23-58]	20
• Hétérosexuel, <i>n</i>	<b>18(29%)</b>	<b>13(24,1%)</b>	<b>5(62,5%)</b>
Age médian [�tendu]	49 [23-60]	51 [23-60]	34 [24- 50]
• Ne sait pas, <i>n</i>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
Age médian [�tendu]	28 [25-43]	27 [25-43]	29 [28 - 30]

#### 8.4.3 Stades de syphilis

Parmi les 62 cas, 35 (56,5 %)  taient une syphilis primaire, 17 (27,4 %) une syphilis secondaire et 5 (8,1 %) une syphilis latente (Figure 1 ; Tableau 15). A partir de 2006, on observe une augmentation de la proportion de syphilis primaire (Tableau 15). Parmi les patients présentant une syphilis primaire, la localisation d'un chancre était documentée pour 21 d'entre eux (60%, 21/35) : 15 avaient un chancre génital, 4 un chancre anal et 1 un chancre buccal (Tableau 16). Pour les 14 autres patients classés comme syphilis primaire, aucun chancre n'était localisé. Parmi les patients avec une syphilis secondaire, la présence d'une éruption était documentée pour 14 d'entre eux (82,4 %, 14/17), dont 2 patients avec adénopathies associées. Deux des patients classés en stade secondaire avaient un chancre génital ou anal.

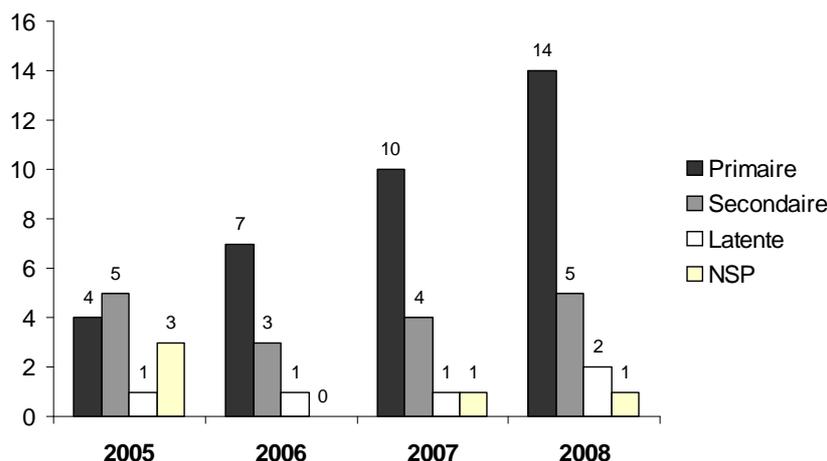


Figure 2 : Nombre de cas de syphilis par stade de la syphilis et par an, France 2005-2008.

Tableau 15 : Distribution des cas de syphilis par r  gion, stade de la syphilis et par an, 2005-2008

R��gion	2005 N = 13	2006 N = 11	2007 N = 16	2008 N = 22	Total N = 62
<b>Ile-de-France</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>21 (33,8)</b>
Primaire		1	3	10	14
Secondaire	-	1	1	1	3
Latente	-	1	-	-	1
Inconnu	2	-	-	1	3
<b>Autres r��gions</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>41 (66,2)</b>
Primaire	4	6	7	4	21
Secondaire	5	2	3	4	14
Latente	1	-	1	3	4
Inconnu	1	-	1	-	2

Tableau 16. : Caract  ristiques cliniques de la syphilis en fonction des stades, 2005-2008

	Stade de syphilis				Total N = 62 (%)
	Primaire N = 35 (%)	Secondaire N = 17 (%)	Latente N = 5 (%)	Ne sait pas N = 5 (%)	
<b>Signes</b>					
Ulc��ration (U), chancre	21 (60)	2 (11,8)	-	1 (20,0)	24 (38,7)
Ad��nopathies (A)	1 (2,8)	-	-	-	1 (1,6)
Eruption (E)	5 (14,3)	9 (52,9)	-	2 (40,0)	16 (25,8)
Uv��ite (V)	-	1 (5,9)	-	-	1 (1,6)
Paralysie nerfs cr��niens (P)	-	1 (5,9)	-	-	1 (1,6)
Absence de signes	6 (17,1)	1 (5,9)	5 (100,0)	-	12 (19,4)
U + A	8 (22,9)	1 (5,9)	-	-	9 (14,5)
Non d��crit	2 (5,7)	-	-	2 (40,0)	4 (6,4)
<b>Localisation du chancre</b>					
G��nitale	15 (43)	1 (5,9)	-	-	16 (25,8)
Anale	4 (11,4)	1 (5,9)	-	-	5 (8,1)
Buccale	1 (2,8)	-	-	-	1 (1,6)
Autres	1 (2,8)	-	-	-	1 (1,6)
Inconnu	-	-	-	1 (20,0)	1 (1,6)

Certains stades de la syphilis d  clar  s par les MG n'  taient pas compatibles avec les signes cliniques d  crits. Un reclassement a   t   r  alis  . Apr  s reclassement, les stades de la syphilis se r  partissaient en 27 stades primaires, 19 stades secondaires et 12 stades de syphilis latente (Tableau 17).

**Tableau 17: Reclassement des stades de la syphilis en fonction des caractéristiques cliniques renseignés des cas de syphilis, 2005-2008**

	Stade de syphilis				Total N = 62 (%)
	Primaire N = 27 (%)	Secondaire N=19 (%)	Latente N = 12 (%)	Ne sait pas N=4 (%)	
<b>Signes</b>					
Ulcération (U), chancre	24		-		24(38,7)
Adénopathies (A)		1	-	-	1 (1,6)
Eruption (E)		16	-		16 (25,8)
Uvéite (V)	-	1	-	-	1 (1,6)
Paralysie nerfs crâniens (P)	-	1	-	-	1 (1,6)
Absence de signes			12	-	12 (19,4)
U + A	9		-	-	9 (14,5)
Non décrit		-	-	4	4 (6,4)
<b>Localisation du chancre</b>					
Génitale	15		-	-	16 (25,8)
Anale	4		-	-	5 (8,1)
Buccale	1	-	-	-	1 (1,6)
Autres	1	-	-	-	1 (1,6)
Inconnu	1	-	-		1 (1,6)

Les 9 syphilis primaires avec des signes «U+A» avaient une localisation anale (n=1) et génitale (n=1).

### Caractéristiques biologiques

Les résultats d'examen complémentaires par stade syphilis sont présentés dans Tableau 18.

Parmi les 57 patients ayant une syphilis (tous stades confondus) et une sérologie positive, les titres médians du TPHA et du VDRL étaient respectivement de '800', étendue [4, 40960] et '16' étendue [1, 640].

**Tableau 18 : Résultats biologiques des cas de syphilis 2005-2008**

	Syphilis			Total N = 57
	Primaire N = 35	Secondaire N = 17	Latente N = 5	
<b>TPHA</b>				
Positif	26 (74,3)	14 (82,3)	5 (100,0)	45 (78,9)
Inconnu	9 (25,7)	3 (17,6)	-	12 (21,0)
<b>VDRL</b>				
Positif	25 (71,4)	14 (82,3)	5 (100,0)	44 (77,2)
Inconnu	10 (28,6)	3 (17,6)	-	13 (22,8)

### 8.4.4 Co-infection par le VIH

Parmi les 62 patients, 21 (33,9%)  taient infectés par le VIH et 37 étaient séronégatifs. L'information n'était pas disponible pour 4 sujets (Tableau 19). La distribution des cas par année en fonction du statut vis-à-vis de l'infection par le VIH est montr e dans la Figure 2.

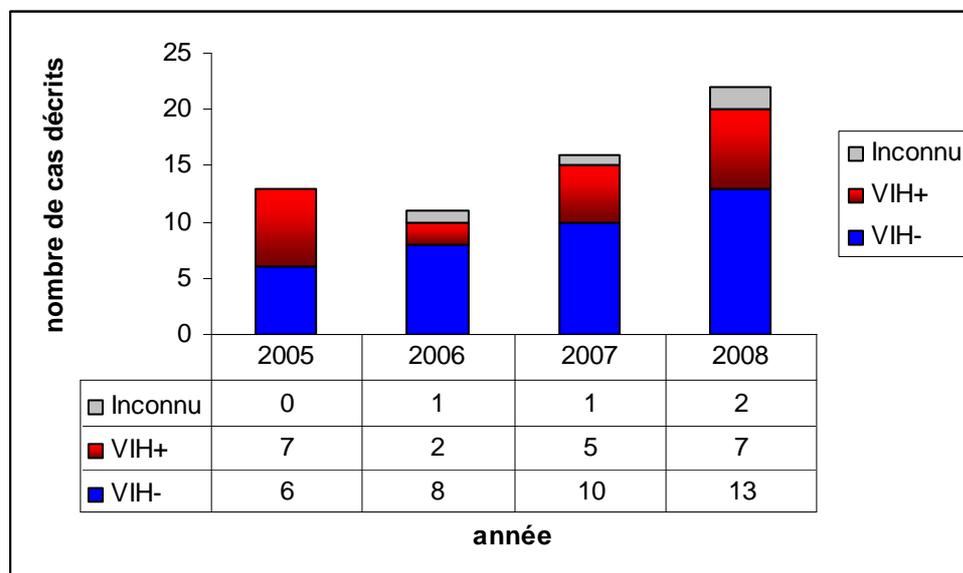


Figure 3 : Distribution des cas de syphilis selon leur statut VIH (+), (-) et inconnu, par année, 2005-2008.

Tableau 19 : Distribution des stades de syphilis en fonction du statut VIH (N=62)\*

	VIH inconnu N = 4	VIH - N = 37	VIH+ N = 21
<b>Ile de France</b>	0	5	10
<b>Autres régions</b>	4	32	11
<b>Sexe, masculin</b>	3	35	20 (95,2)
<b>Age médian [�tendue]</b>	35 [23-60]	35 [23-60]	35 [20-54]
<b>Classe d'âge</b>			
20-30	2 (50,0)	13 (25,1)	4 (19,1)
31-40	2 (50,0)	9 (24,3)	10 (47,6)
41-50		7 (18,9)	5 (23,8)
51-60		8 (21,6)	2 (9,5)
<b>Orientation sexuelle</b>			
Homosexuel	1 (25,0)	17 (45,9)	19 (90,5)
Hétérosexuel	1 (25,0)	15 (40,5)	2 (9,5)
Inconnu	2 (50,0)	5 (13,5)	0
<b>Antécédents de Syphilis</b>			
Oui	1 (25,0)	7 (18,9)	6 (28,6)
Non	3 (75,0)	26 (70,3)	9 (42,9)
Inconnu		4 (10,8)	6 (28,6)
<b>Stade de Syphilis</b>			
Primaire	4 (100)	20 (54,1)	11 (52,4)
Secondaire		10 (27,0)	7 (33,3)
Latente		4 (10,8)	1 (4,8)
Inconnu		3 (8,1)	2 (9,5)

\*déclarations effectuées par les médecins

Dans le cas de patients infectés avec le VIH, il s'agissait de 20 hommes (95,2 %), majoritairement homosexuels (90,5 %), âgés en moyenne de 37 ans (médiane = 35 ans ; étendue [20 – 54]), ayant consulté en Ile-de-France dans 10 cas (47,6 %) (Tableau 19). Parmi ces 21 cas, 11 (52,4 %)  taient

classés en syphilis primaire, 7 (33,3 %) en stade secondaire et 1 (4,8%) en stade latente (Tableau 20).

**Tableau 20 : Distribution des cas de syphilis infectés par le VIH, par région (N=21)**

	Ile-de-France N = 10	Autres régions N = 11	Total N = 21
<b>Sexe, masculin</b>	10 (100)	10 (90,9)	20 (95,2)
<b>Age médian [�tendue]</b>	37 [29-52]	35 [20-54]	35 [20-54]
<b>Classe d'âge</b>			
20-30	3	1	4 (19,1)
31-40	3	7	10 (47,6)
41-50	3	2	5 (23,8)
51-60	1	1	2 (9,5)
<b>Orientation sexuelle</b>			
Homosexuel	9	10	19 (90,5)
Hétérosexuel	1	1	2 (9,5)
<b>Antécédents de Syphilis</b>			
Oui	5	1	6 (28,6)
Non	2	7	9 (42,9)
Inconnu	3	3	6 (28,6)
<b>Stade de Syphilis</b>			
Primaire	7	4	11 (52,4)
Secondaire	1	6	7 (33,3)
Latente		1	1 (4,8)
Inconnu	2		2 (9,5)

Parmi les 11 patients infectés par le VIH et présentant une syphilis primaire, la localisation d'un chancre était documentée pour 6 d'entre eux (54,5%, 6/11) : 5 avaient un chancre génital, 1 avait un chancre buccal ou anal. Un patient présentait, en même temps qu'une ulcération génitale, une éruption, une adénopathie, une uvéite et une paralysie des nerfs crâniens.

Parmi les patients classés avec une syphilis secondaire, la présence d'une éruption était documentée pour 5 d'entre eux (71,4 %, 5/7).

**Tableau 21: Caractéristiques cliniques des cas de syphilis et VIH(+), 2005-2008**

	Stade de syphilis				Total N= 21
	Primaire N = 11	Secondaire N = 7	Latente N = 1	Ne sait pas N = 2	
<b>Signes</b>					
Ulcération (U), chancre	4	1		1	6 (28,6)
Eruption (E)	2	5			7 (33,3)
Absence de signes	3	1	1		5 (23,8)
Non décrit	2			1	3 (4,8)
<b>Localisation du chancre</b>					
Génitale	5				5 (23,8)
Anale	1	1			2 (9,5)
Ne sait pas				2	2 (9,5)

Il faut faire une phrase explicative ! : Certains stades de la syphilis déclarés par les MG n'étaient pas compatibles avec les signes cliniques décrits. Un reclassement a été réalisé. Après reclassement, les stades de la syphilis se répartissaient en 5 stades primaires, 8 stades secondaires et 5 stades de syphilis latente.

**Tableau 22: Reclassement des stades de la syphilis en fonction des caractéristiques cliniques renseignés des cas de syphilis et VIH(+), 2005-2008**

	Stade de syphilis				Total N= -19
	Primaire N = 5	Secondaire N = 8	Latente N = 5	Ne sait pas N = 1	
<b>Signes</b>					
Ulcération (U), chancre	5	1			6 (28,6)
Eruption (E)		7			7 (33,3)
Absence de signes			5		5 (23,8)
Non décrit				1	1 (4,8)
<b>Localisation du chancre</b>					
Génitale	3				3 (12,6)
Anale	1	1			2 (9,5)
Ne sait pas	1			1	2 (9,5)

## 8.5 Description plus approfondie des derniers cas de syphilis vus en consultation (n=32)

### 8.5.1 Nombre de cas

Il a été demandé aux médecins de décrire de manière plus approfondie le dernier cas de syphilis vu en consultation. Au total, 46 cas de syphilis rentraient dans ce critère, cependant 14 patients n'ont pas été décrits. Les MG n'ayant pas réalisé cette description détaillée ont invoqué comme raisons : le manque de temps (n = 8) ou une enquête trop lourde (n = 4). Deux MG n'ont pas donné d'explication.

Au total, 32 patients ont été décrits. Certaines de ces caractéristiques ont été décrites dans la section précédente ; cependant, elles sont à nouveau présentées dans cette section.

### 8.5.2 Caractéristiques sociodémographiques

32 cas étaient décrits : 31 étaient des hommes (96,9%), d'âge moyen de 37 ans (médiane = 38 ans ; étendue [23 – 60]). L'âge médian diminue entre 2005 et 2007 puis augmente à nouveau en 2008 (Tableau 23). Les cas décrits étaient majoritairement des homosexuels (62,5 % ; 20/32), résidant principalement dans des départements autres que l' le-de-France (71,9 % ; 23/32) et originaires de la France pour 84,4 % des cas. Les motifs principaux qui menaient les patients à consulter leur médecin généraliste étaient soit la présence de signes cliniques de syphilis (53,1 % ; 17/32) soit une syphilis chez leur partenaire (18,8% ; 6/32).

**Tableau 23 : Distribution des cas de syphilis par sexe, classe d'âge, orientation sexuelle, département de résidence, stade de syphilis et par an, 2005-2008**

	2005 N = 7	2006 N = 4	2007 N = 11	2008 N = 10	Total N = 32
<b>Sexe, Masculin</b>	7	4	11	10	31
<b>Age médian [étendu]</b>	43 [24-60]	38 [35-42]	35 [30-57]	39 [27-58]	38 [23-60]
<b>Classe d'âge</b>					
20-30	1	-	3	2	6 (18,8)
31-40	2	2	5	3	12 (37,5)
41-50	1	2	2	2	7 (21,9)
51-60	3	-	1	2	6 (18,8)
<b>Département de résidence</b>					
Ile-de-France	1	1	2	5	9 (28,1)
Autre	6	3	9	5	23 (71,9)
<b>Pays d'origine</b>					
France	6	4	9	8	27 (84,4)
Autre	1*	-	2 <sup>†</sup>	2 <sup>‡</sup>	5 (15,6)
<b>Orientation sexuelle</b>					
Homo/bisexuel	4	3	8	6	21 (65,6)
Hétérosexuel	3	-	1	3	7 (21,9)
Ne sait pas	-	1	2	1	4 (12,5)
<b>Antécédents de Syphilis</b>					
Oui	-	-	2	1	3 (9,4)
Non	6	4	7	9	26 (81,2)
Inconnu	1	-	2	-	3 (9,4)
<b>Stade de Syphilis</b>					
Primaire	3	3	7	7	20 (62,5)
Secondaire	2	1	2	3	8 (25,0)
Latente	1	-	1	-	2 (6,3)
Inconnu	1	-	1	-	2 (6,3)
<b>Cadre de consultation</b>					
Signes cliniques syphilis	3	3	5	6	17 (53,1)
Syphilis partenaire	3	-	3	-	6 (18,8)
Dépistage grossesse	-	-	-	-	-
Dépistage : contexte risque	-	-	2	1	3 (9,4)
Dépistage suivi VIH	1	-	-	1	2 (6,3)
Autre	-	1 <sup>ψ</sup>	1	2	4 (12,4)

**Départements** : 2005 : 16, 28, 34, 56, 61, 66, 91 ; 2006 : 21, 59, 84, 92 ; 2007 : 2, 31, 38, 43, 51, 60, 69 (n=2), 75, 78, 89 ; 2008 : 11, 34, 37, 44, 75 (n=3), 85, 92, 93

\*Angleterre ; † Angleterre et Hollande ; ‡ Espagne et Algérie ; <sup>ψ</sup> altération de l'état général, atteinte foie, syphilis tertiaire.

### 8.5.3 Stades de syphilis

Parmi les 32 cas, 20 (62,5%) étaient classés en syphilis primaire, 8 (25 %) en stade secondaire et 2 (6,3 %) en stade latente (21) Les cas documentés par région sont présentés dans le Tableau 24.

Neuf cas de syphilis ont été documentés en Ile-de-France (28,1 %), tandis que 23 cas ont été documentés dans les autres régions (71,9 %).

**Tableau 24: Distribution des cas de syphilis par région, type de syphilis et par an, 2005-2008**

Région	2005 N = 7	2006 N = 4	2007 n = 11	2008 N = 10	Total N = 32
<b>Ile-de-France</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>9 (28,1)</b>
Primaire	-	1	2	4	7
Secondaire	-	-	-	1	1
Latente	-	-	-	-	-
Inconnu	1	-	-	-	1
<b>Autres régions</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>23 (71,9)</b>
Primaire	3	2	5	3	13
Secondaire	2	1	2	2	7
Latente	1	-	1	-	2
Inconnu	-	-	1	-	1

Parmi les patients classés en stade syphilis primaire (n = 20), la localisation d'un chancre était documentée pour 13 d'entre eux (65 %). Parmi ceux-ci, 8 avaient un chancre génital, 3 avaient un chancre buccal et 1 un avait chancre anal. Un patient avait une paralysie de nerfs crâniens ainsi qu'une adénopathie, une éruption, et une ulcération (Tableau 25). Parmi les patients classés en syphilis secondaire, la présence d'une éruption était documentée pour 5 d'entre eux (62,5 %), dont 1 patient avec adénopathies concomitantes. Deux sujets avaient en plus de l'éruption, de la fièvre, des céphalées et une méningite. Un sujet avait une hépatite de type B (Tableau 25)

**Tableau 25: Caractéristiques cliniques des cas de syphilis, 2005-2008**

	Stade de syphilis				Total N = 32
	Primaire N = 20	Secondaire N = 8	Latente N = 2	Ne sait pas N = 2	
<b>Signes cliniques</b>					
Ulcération (U), chancre	8	1	-	1	<b>10 (31,2)</b>
Adénopathies (A)	1	-	-	-	<b>1 (3,1)</b>
Eruption (E)	2	4	-	1	<b>7 (21,9)</b>
U + A	4	1	-	-	<b>5 (15,6)</b>
E + A	-	1	-	-	<b>1 (3,1)</b>
U + A + E	1	-	-	-	<b>1 (3,1)</b>
Absence de signes	4	1	2	-	<b>7 (21,8)</b>
<b>Signes associés</b>					
Fi�vre	-	2*	-	-	<b>2 (6,2)</b>
C�phal�es	-	2*	-	-	<b>2 (6,2)</b>
H�patites	-	1	-	1	<b>2 (6,2)</b>
Uv�ites	1	-	-	-	<b>-</b>
M�ningites	-	2*	-	-	<b>2 (6,2)</b>
Paralysie nerfs cr�niens	1	-	-	-	<b>1 (3,1)</b>
<b>Localisation du chancre</b>					
G�nitale	8	1	-	-	<b>9 (28,1)</b>
Anale	3	1	-	-	<b>4 (12,4)</b>
Buccale	1	-	-	-	<b>1 (3,1)</b>
Autres	1	-	-	-	<b>1 (3,1)</b>
Ne sait pas	-	-	-	1	<b>1 (3,1)</b>
Non applicable	7	6	-	1	<b>14 (43,7)</b>

IST : infectieuses sexuellement transmissibles

\*il s'agit de deux sujets qui présentent en même temps : fièvre, méningites et céphalées.

Certains stades de la syphilis déclarés par les MG n'étaient pas compatibles avec les signes cliniques décrits. Un reclassement a été réalisé. Après reclassement, les stades de la syphilis se répartissaient en 15 stades primaires, 10 stades secondaires et 7 stades de syphilis latente.

**Tableau 26: Reclassement des stades de la syphilis en fonction des caractéristiques cliniques renseignés des cas de syphilis, 2005-2008**

	Stade de syphilis				Total N = 32
	Primaire N = 15	Secondaire N = 10	Latente N = 7	Ne sait pas N = 0	
<b>Signes cliniques</b>					
Ulcération (U), chancre	10		-		10 (31,2)
Adénopathies (A)		1	-	-	1 (3,1)
Eruption (E)		7	-	-	7 (21,9)
U + A	5		-	-	5 (15,6)
E + A	-	1	-	-	1 (3,1)
U + A + E		1	-	-	1 (3,1)
Absence de signes			7	-	7 (21,8)
<b>Signes associés</b>					
Fièvre	-	2*	-	-	2 (6,2)
Céphalées	-	2*	-	-	2 (6,2)
Hépatites	-	2	-	-	2 (6,2)
Uv�ites		1	-	-	-
Méningites	-	2*	-	-	2 (6,2)
Paralysie nerfs crâniens		1	-	-	1 (3,1)
<b>Localisation du chancre**</b>					
Génitale	9	-	-	-	9
Anale	4	-	-	-	4
Buccale	1	-	-	-	1
Autres	1	-	-	-	1
Ne sait pas	-	-	-	-	-
Non applicable			-	-	-

IST : infectieuses sexuellement transmissibles

\* il s'agit de deux sujets qui présentent en même temps : fièvre, méningites et céphalées.

\*\* pour deux sujets, la localisation du chancre n'a pas été renseignée

Pour les 5 patients avec syphilis primaire avec des signes « U+A », le chancre était localisé dans la zone génitale.

#### 8.5.4 Caractéristiques biologiques

Les résultats d'examens complémentaires par stade de syphilis sont présentés dans le Tableau 27. Parmi les patients ayant une syphilis primaire et une sérologie de syphilis positive, les titres médians du TPHA et du VDRL étaient respectivement de '80', étendue [1, 20480] et '4' étendue [1, 320].

**Tableau 27: Résultats biologiques des cas de syphilis 2005-2008**

	Syphilis			Total N = 30*
	Primaire N = 20	Secondaire N = 8	Latente N = 2	
<b>Suivi sérologie</b>				
Oui	20	6	2	28 (93,3)
Non	0	2	0	2 (6,7)
<b>TPHA</b>				
Positif	20	6	2	28 (93,3)
Inconnue	0	2	0	2 (6,7)
<b>VDRL</b>				
Positif	20	6	2	28 (93,3)
Inconnu	0	2	0	2 (6,7)

\* pour 2 cas de syphilis le stade n'a pas été attribué et n'ont pas eu de titrage

### 8.5.5 Traitements antibiotiques

Pour ces 32 sujets, 20 MG ont déclaré avoir prescrit un traitement antibiotique (62,5 %), 9 MG n'en ont pas prescrit et 3 MG ne savaient plus.

Les antibiotiques prescrits étaient la benzathine pénicilline G (n = 18) et la tétracycline (n = 1). Un MG n'a pas précisé l'antibiotique prescrit. La durée du traitement et la dose sont décrites dans le Tableau 28.

**Tableau 28: Doses et durées prescrites pour les patients traités par benzathine pénicilline G**

	Dose			Total
	2,4 M UI	3,5 M UI	Non renseigné	
<b>Durée</b>				
1 IM p/semaine, 1 semaine	6	-	-	6 (33,3)
1 IM p/semaine, 2 semaines	5	-	-	5 (27,8)
1 IM p/semaine, 3 semaines	5	1	-	6 (33,3)
Non renseigné	-	-	1	1 (5,6)
<b>Total</b>	16 (88,9)	1 (5,5)	1 (5,5)	18 (100,0)

IM : intramusculaire

### 8.5.6 Suivi du patient, recours au CIDDIST

Parmi les 32 patients, 14 (43,8 %) ont été orientés vers un spécialiste ou une structure de type CIDDIST et 18 patients ont été suivis par leur MG (56,2 %). Au total, 24 patients (75%), ont guéri après traitement, et un patient présentant une syphilis primaire n'aurait pas guéri d'après ce que déclare son MG (Tableau 29).

Aucune différence quant au recours aux CIDDIST n'a été vue entre les patients d'Ile-de-France et ceux des autres régions

**Tableau 29: Suivi des patients par type de stade de syphilis**

	Stade de syphilis				Total N = 32
	Primaire N = 20	Secondaire N = 8	Latente N = 2	Ne sait pas N = 2	
<b>Recours au CIDDIST ou spécialiste</b>					
Oui	8	6	0	0	14 (43,8)
Non	12	2	2	2	18 (56,2)
<b>Suivi du patient par le médecin</b>					
Oui	11	4	1	2	18 (56,2)
Non, suivi ailleurs	6	4	0	0	10 (31,3)
Non, perdu de vue	3	0	1	0	4 (12,5)
<b>Guérison du patient</b>					
Oui	14	7	1	2	24 (75,0)
Non	1	0	0	0	1 (3,1)
Ne sait pas	5	1	1	0	7 (21,9)

**Tableau 30 : Suivi des patients par région du suivi du patient**

	Région		Total N = 32
	Ile-de-France N = 9	Autre N = 23	
<b>Recours au CIDDIST ou spécialiste</b>			
Oui	4 (44,4)	10 (43,5)	<b>14 (43,8)</b>
Non	5 (55,6)	13 (56,5)	<b>18 (56,2)</b>
<b>Suivi du patient par le médecin</b>			
Oui	5 (55,6)	13 (56,6)	<b>18 (56,2)</b>
Non, suivi ailleurs	3 (33,3)	7 (30,4)	<b>10 (31,3)</b>
Non, perdu de vue	1 (11,1)	3 (13,0)	<b>4 (12,5)</b>
<b>Guérison du patient</b>			
Oui	6 (66,7)	18 (78,3)	<b>24 (75,0)</b>
Non	0	1 (4,3)	<b>1 (3,1)</b>
Ne sait pas	3 (33,3)	4 (17,4)	<b>7 (21,9)</b>

### 8.5.7 Comportement à risque et information du partenaire

Les comportements à risque étaient principalement le partenariat multiple et/ou la non utilisation du préservatif (43,8% ; 14/32). Sept MG n'ont pas renseigné ce point car ne l'avait pas abordé avec le patient. Aucun MG n'a décrit la toxicomanie comme étant une conduite à risque dans cet échantillon (Tableau 31).

Parmi les 32 patients, 26 (81,2 %) ont accepté de prévenir leur(s) partenaire(s) et de les inciter à se faire dépister, tandis que 4 (12,5%) ont refusé. Pour 2 patients les MG n'ont pas répondu (Tableau 31).

**Tableau 31: Conduites à risque et information des partenaires des patients par stade de syphilis**

	Stade de syphilis				Total N = 32
	Primaire N = 20	Secondaire N = 8	Latente N = 2	Ne sait pas N = 2	
<b>Comportement à risque</b>					
Partenaires multiples	3	2	-	-	<b>5 (15,6)</b>
Partenaires multiples et non utilisation des préservatifs	8	3	1	2	<b>14 (43,8)</b>
Non utilisation des préservatifs	4	1	1	-	<b>6 (18,7)</b>
Non abordé avec le patient	3	1	-	-	<b>4 (12,5)</b>
Inconnu	2	1	-	-	<b>3 (9,4)</b>
<b>Accepte de prévenir ses partenaires et de les inciter à dépister</b>					
Oui	17	5	2	2	<b>26 (81,2)</b>
Non	2	2	-	-	<b>4 (12,5)</b>
Inconnu	1	1	-	-	<b>2 (6,3)</b>

Les comportements à risque par région sont résumés dans le tableau suivant.

Dans cet échantillon, les patients résident hors de l'Ile-de-France acceptaient moins d'informer leurs partenaires que ceux résident en Ile de France (Tableau 32).

**Tableau 32: Conduites à risque et information des partenaires des patients par région du suivi du patient**

	Région		Total N = 32
	Ile-de-France N = 9	Autre N = 23	
<b>Comportement à risque</b>			
Partenaires multiples	2	3	5 (15,6)
Partenaires multiples et non utilisation des préservatifs	3	11	14 (43,8)
Non utilisation des préservatifs	3	3	6 (18,7)
Non abordé avec le patient	1	3	4 (12,5)
Inconnu	0	3	3 (9,4)
<b>Accepte de prévenir partenaires/inciter à dépister</b>			
Oui	8	18	26 (81,2)
Non	1	3	4 (12,5)
Inconnu	-	2	2 (6,3)

### 8.5.8 Antécédents des maladies infectieuses sexuellement transmissibles (IST)

Parmi les 32 sujets, 12 (37,5 %) avaient un antécédent d'IST. Il s'agissait principalement d'une gonococcie (N = 8) ou d'une infection par le VIH (N = 3), diagnostiquées chez des sujets résident en Ile de France (Tableau 30). Une seule IST (gonococcie) a été diagnostiquée en consultation lors de la visite motivée par la syphilis. Les antécédents d'IST par région sont résumés dans le Tableau 34

**Tableau 33: Antécédents d'IST chez les sujets par stade de syphilis**

	Stade de syphilis				Total N = 32
	Primaire N= 20	Secondaire N = 8	Latente N = 2	Ne sait pas N = 2	
<b>Antécédent d'IST vie entière</b>					
Oui	6	4	-	2	12 (37,5)
• Gonococcie	5	2	-	1	8
• Mycoplasme	-	-	-	1	1
• VIH	1	1	-	1	3
• Toutes	-	1	-	-	1
Non	7	2	2	-	11 (34,4)
Inconnu	7	2	-	-	9 (28,1)
<b>Autre IST diagnostiqué</b>					
Oui	1	-	-	-	1 (3,1)
• Gonococcie	1	-	-	-	-
Non	19	8	2	2	31 (96,9)
Inconnu	-	-	-	-	-

**Tableau 34: Antécédents des IST chez les sujets par région du suivi du patient**

	Région		Total N = 32
	Ile-de-France N = 9	Autre N = 23	
<b>Antécédent d'IST vie entière</b>			
Oui	6	7	12 (37,5)
• Gonococcie	4	4	8
• Mycoplasme	1	-	1
• VIH	1	2	3
• Toutes	-	1	1
Non	2	9	11 (34,4)
Ne sait pas	1	7	9 (28,1)
<b>Autre IST diagnostiqué en consultation</b>			
Oui	-	1	1 (3,1)
• Gonococcie	-	1	-
Non	8	23	31 (96,9)
Inconnu	-	-	-

## 9 DISCUSSION

Entre 2000 et 2002 les enquêtes épidémiologiques indiquaient une forte progression de la fréquence des syphilis en France [19-24]. La France n'est pas le seul pays européen concerné: des épidémies ont été observées aux Pays-Bas, en Belgique, en Norvège, en Gr ce, en Irlande, dans les Pays Baltes et au Royaume-Uni [25-29].

Cette étude a permis d'estimer le nombre de diagnostics de syphilis réalisés par les médecins généralistes du réseau sentinelle depuis le 1/1/2005 et d'évaluer la connaissance des médecins concernant la résurgence de la syphilis en France.   notre connaissance, aucune enquête de ce type n'a été entreprise au niveau national auprès des médecins généralistes.

Les 285 MG qui ont participé à l'enquête ont déclaré avoir eu dans leur clientèle 92 cas entre le 1/1/2005 et novembre 2008, dont 22 cas (24 %) en 2008, confirmant la prise en charge de cas de syphilis par la médecine de ville. Presque un tiers des médecins participants méconnaissaient la r emergence de la syphilis en France et ses facteurs de risque. Une discordance entre la connaissance des recommandations et leur application a été mise en évidence auprès des MG. Ainsi, plus des deux tiers des MG déclaraient faire appel à un spécialiste ou à une structure spécialisée de type CIDDIST devant une suspicion d'une syphilis. Cependant, seul 14 patients ont été orientés vers une prise en charge spécialisée. Sur le plan thérapeutique, le traitement n'a pas été strictement conforme aux recommandations du CDC [30] et les malades ont le plus souvent été traités par excès.

La localisation géographique du nombre des cas déclarés était hétérogène. Alors que jusqu'en 2005 la majorité des cas de syphilis déclarés dans le système de surveillance était diagnostiquée en Ile-de-France [12], dans notre étude les deux tiers des cas ont été diagnostiqués hors Ile de France. Cependant, les cas déclarés dans le système de surveillance étaient diagnostiqués le plus souvent dans les CIDDIST. Parmi le nombre de cas déclarés, plus d'un tiers des patients était infectés par le VIH. Il s'agissait en majorité d'hommes ayant des rapports avec des hommes. La prévalence de l'infection VIH chez les patients infectés par la syphilis est bien documentée [31]. Le succès des thérapies de l'infection VIH pourrait être à l'origine d'une prise de risque accrue et d'une banalisation des IST [31].

Les classements en stade de syphilis par les médecins généralistes n'étaient pas toujours compatibles avec les symptômes décrits lors de l'examen clinique. Un reclassement des stades de syphilis a été réalisé. Plus d'un tiers des patients déclarés par les MG ont été classés avec une syphilis primaire. La syphilis primaire est un indicateur d'infection récente, témoin du maintien de la transmission de la syphilis et donc du caractère actif de l'épidémie. Les syphilis secondaires représentaient un tiers des cas et les syphilis latentes près de 20% des patients. Les syphilis latentes, cliniquement muettes, peu contagieuses, sont en nette augmentation en raison d'un meilleur dépistage [23]. Une étude rétrospective et prospective grecque menée au sein d'un hôpital d'Athènes recensait 67,5 % de syphilis latentes [26].

La majorité de patients atteints de syphilis ont déclaré avoir eu des comportements à risques (partenaires multiples et/ou des rapports non protégés) surtout en dehors de la région d' le de France.

Le Code de la santé publique prévoit que le patient doit être informé par son médecin de la nécessité d'informer son ou ses partenaires sexuels de consulter un médecin. La quasi-totalité des patients ont déclaré avoir accepté de prévenir leurs partenaires sexuels.

Les limites de cette enquête doivent être prises en compte pour l'interprétation des résultats. Le taux de participation de 24,5 % est celui habituellement obtenu lors des enquêtes ponctuelles menées par voie électronique au réseau Sentinelles ([www.sentiweb.fr](http://www.sentiweb.fr)). L'échantillon des MG ayant participés à cette étude n'était pas tout à fait représentatif de l'ensemble des MG de France métropolitaine. Les MG participants étaient plus souvent de sexe masculin que l'ensemble des MG libéraux installés en France métropolitaine. Toutefois, ils avaient un âge moyen proche de celui de l'ensemble des MG libéraux installés en France métropolitaine et toutes les régions de France métropolitaine étaient représentées. Les MG non répondants, on été contact s pour connaître les raisons de non participation. Le motif principal de non participation, a été l'absence de cas de syphilis pour quasiment deux tiers d'entre eux, ce qui introduit un biais important dans l'interprétation de notre étude. L'autre limite est la nature rétrospective de l'étude pouvant être à l'origine d'une insuffisance de documentation des cas si les dossiers médicaux des MG ne sont pas complets ou encore d'un biais de mémoire des MG.

Notre étude confirme que les médecins généralistes libéraux voient en consultation des patients avec une syphilis et que cette épidémie n'est plus strictement confinée en  le de France mais touche aussi les autres régions. Il est impératif d'informer le corps médical et de le former au diagnostic et à la prise en charge de la syphilis. Le public devrait également être informé de la résurgence de la syphilis. Les campagnes de prévention de l'infection à VIH devraient poursuivre les efforts réalisés concernant l'information sur le risque accru de contamination par le VIH lors d'une infection par une autre IST et réciproquement.

Le renforcement des mesures de prévention et le développement d'une surveillance pérenne de la maladie impliquant les médecins généralistes est nécessaire pour cet enjeu de santé publique.

## 10 REFERENCES

- [1] Farhi D. et Dupin N. Diagnostic sérologique de la syphilis Annales de dermatologie et de vénéréologie 2008, vol. 135, n 5, pp. 418-425
- [2] Haute autorité de santé. Evaluation a priori du dépistage de la syphilis en France Recommandations en santé publique. Mai 2007 [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire\\_evaluation\\_a\\_priori\\_du\\_depistage\\_de\\_la\\_syphilis\\_en\\_france.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis_en_france.pdf)
- [3] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau A-L, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. Octobre 2003. [http://www.invs.sante.fr/publications/2003/syphilis\\_2003/rapport\\_syphilis\\_2003.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2003/syphilis_2003/rapport_syphilis_2003.pdf)
- [4] Azariah S, Perkins N, Austin P, Morris AJ. Increase in incidence of infectious syphilis in Auckland, New Zealand: results from an enhanced surveillance survey. Sex Health. 2008; 5(3):303-4.
- [5] Bozicevic I, Rode OD, Lepej SZ, Johnston LG, Stulhofer A, Dominkovic Z, Bacak V, Lukas D, Begovac J. Prevalence of Sexually Transmitted Infections Among Men Who Have Sex with Men in Zagreb, Croatia. AIDS Behav. 2008.
- [6] Pialoux G, Vimont S, Moulignier A, Buteux M, Abraham B, Bonnard P. Effect of HIV infection on the course of syphilis. AIDS Rev. 2008;10(2):85-92.
- [7] Currie AE, Winter AJ, Nandwani R. The re-emergence of syphilis in Scotland. Scott Med J. 2008; 53(2):25-9.
- [8] Fenton KA, Breban R, Vardavas R, Okano JT, Martin T, Aral S, Blower S. Infectious syphilis in high-income settings in the 21st century. Lancet Infect Dis. 2008; 8(4):244-53.
- [9] Dupin N. [The re-emergence of syphilis]. Presse Med 2005;9;34:545-6.
- [10] Ramos JM, Milla A, Rodríguez JC, Gutiérrez F. [Seroprevalence of antibodies against Toxoplasma gondii, rubella virus, hepatitis B virus, HIV and Treponema pallidum in foreign pregnant women in Elche (Spain)] Med Clin (Barc). 2007 Nov 10; 129(17):677-8.
- [11] Dougan S, Evans B G, Elford J. Sexually transmitted infections in Western Europe among HIV-positive men who have sex with men. Sex Transm Dis. 2007; 34(10):783-90
- [12] Bouyssou A, Gallay A, Janier M, Dupin N, Halioua B, Alcaraz I, et al. Surveillance de la syphilis en France, 2000-2006 : recrudescence des diagnostics en 2006. Bull Epidemiol Hebd 2008;5-6:39-42.
- [13] Lydi  N, Léon C. Sexualité, IST et dépistage du VIH. In: Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Paris: INPES; 2006. p. 109-17.
- [14] Institut de veille sanitaire. Rapport Enquête Presse Gay 2004. Juin 2007 [http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg\\_2004/epg\\_2004.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf)
- [15] Simms I, Ward H. Congenital syphilis in the United Kingdom. Sex Transm Infect 2006; 82:1.
- [16] Blondel B, Marshall B. Poor antenatal care in 20 French districts: risk factors and pregnancy outcome. J Epidemiol Community Health 1998;52:501-6.
- [17] Blondel B. Pourquoi y a t il encore des grossesses peu ou pas suivies en France ? Les dossiers de l'obstétrique 1996 ; 241: 3-7.
- [18] Tridapalli E, Capretti MG, Sambri V, Marangoni A, Moroni A, D'Antuono A, et al. Prenatal Syphilis Infection Is A Possible Cause Of Preterm Delivery Among Immigrant Women From Eastern Europe. Sex Transm Infect 2007; 83:102-5.
- [19] Flahault A, Blanchon T, Dorleans Y, Toubiana L, Vibert JF, Valleron AJ. Virtual surveillance of communicable diseases: a 20-year experience in France. Stat Methods Med Res 2006; 15: 413-21.
- [20] Couturier E, Dupin N, Janier M, Halioua B, Mertz J-P, Crémieux AC, et al. Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. Bull Epidemiol Hebdo 2001;35:168-9.
- [21] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau AL, Semaille C, les médecins participants au Réseau de surveillance de la syphilis. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. Bull Epidemiol Hebdo 2004;3:9-12.
- [22] Dupin N, Janier M, Halioua B, Yasdanpanah Y, Mertz JP, Salmon D, et al.  tude clinico pid miologique de 78 cas de syphilis précoce (données préliminaires). Ann Dermatol Venereol 2001;128: 3S35.
- [23] Couturier E, Dupin N, Janier M, Halioua B, Mertz J-P, Crémieux A-C. Augmentation des cas de syphilis à Paris en 2000 in Sida, VIH et MST.  tat des lieux des données. InVS 2001;10.
- [24] Defossez C, Carmi E, Poulain J, Viseux V, Douadi Y, Denoeux JP. Syphilis chez l'immunocompétent : cinq nouveaux cas au CHU d'Amiens. Ann Dermatol Venereol 2001;128:3S188-3S189.
- [25] Nicoll A, Hamers FF. Are trends in HIV, gonorrhoea, and syphilis worsening in western Europe? BMJ 2002;324:1324-7.
- [26] Stratigos J, Katoulis A, Hasapi V, Stratigos A, Arvanitis A, Vounatsou M, et al. An epidemiological study of syphilis incognito, an emerging public health problem in Greece. Arch Dermatol 2001;137: 157-60.
- [27] Rubins A, Ferdats A, Rubins S, Kalikova N, Jakobsone I. Syphilis and HIV/AIDS in the Baltics. JEADV 2001;15(s.2): 263.
- [28] De Schrijver K. Syphilis outbreak in Antwerp, Belgium. Eurosurveillance Weekly 2001;19.
- [29] Doherty L, Fenton K, O'Flavagan D, Couturier E. Evidence for increased transmission of syphilis among homosexual men and heterosexual men and women in Europe. Eurosurveillance 2000 14 December (50)
- [30] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Primary and Secondary Syphilis - United States, 2003-2004. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006;55(10):269-73
- [31] Lorl ach A., et al. Syphilis chez les patients infect s par le VIH :  tude r trospective de 144 cas. M decine et Maladies Infectieuses 2009 ; 39 : S40.