La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur 10 ans, 2000-2009

Alice Bouyssou (a.bouyssou@invs.sante.fr)[1], **Michel Janier**[2], **Nicolas Dupin**[3], **Isabelle Alcaraz**[4], **Chantal Vernay-Vaïsse**[5], **Betty Basselier**[1], **Nathalie Spenatto**[6], **Philippe Dhotte**[7], **Fabienne Castano**[8], **Caroline Semaille**[1], **Anne Gallay**[1]

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2/ Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France 3/ Hôpital Tarnier-Cochin, AP-HP, Paris, France 4/ Centre hospitalier Gustave Dron, Tourcoing, France 5/ Conseil général, Marseille, France 6/ Hôpital La Grave, Toulouse, France 7/ Centre médico-social du Figuier, Paris, France 8/ Institut Alfred Fournier, Paris, France

Résumé / *Abstract*

Contexte – Suite à la recrudescence de la syphilis en France en 2000, un système de surveillance a été mis en place. Les données recueillies sur 10 ans permettent de décrire les tendances et l'évolution des caractéristiques des patients.

Méthodes – Le système de surveillance repose sur la participation volontaire de cliniciens. La définition de cas clinique et biologique inclut les syphilis précoces (<1 an).

Résultats – Entre 2000 et 2009, 4 022 cas de syphilis précoces ont été notifiés. Sur cette même période, le nombre de sites participants a augmenté. Le nombre de cas a augmenté en 2007, puis diminué ces deux dernières années ; ces tendances sont confirmées dans les sites à participation constante. Globalement, le profil des personnes atteintes de syphilis a peu évolué. Sont constatés : une majorité (83%) d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes ; une baisse de 53% à 41% de la prévalence du VIH ; et une augmentation récente des syphilis déclarées au stade latent. La proportion de femmes était de 5% ; 15% d'entre elles ont consulté en cours de grossesse.

Conclusion – Le nombre de cas de syphilis a baissé ces deux dernières années. Il pourrait s'agir d'une baisse soit de l'incidence, soit liée aux limites du système de surveillance ou à un retard au diagnostic. Les campagnes d'information sur les risques de transmission des IST, dont la syphilis congénitale, demeurent souhaitables.

Syphilis in France: Analysis of ten years surveillance data, 2000-2009

Background – *In France, after an outbreak of syphilis in 2000, a surveillance system was set up. Ten years data were analysed in order to describe trends and patients characteristics evolution.*

Methods – *The surveillance system of syphilis is based on the voluntary participation of clinicians. Case definitions include clinical and biological criteria for early syphilis (<1 year).*

Results – *Between 2000 and 2009, 4,022 cases of early syphilis were notified. During this period, the number of participating settings has increased. After an increase in 2007, the number of syphilis cases decreased for the last two years; these trends are confirmed within settings with continuous participation.*

Overall, the profile of syphilis patients was similar: most were men who have sex with men (83%), HIV prevalence decreased from 53% to 41%, and notification of latent syphilis increased recently. The proportion of women was 5%, but 15% consulted during pregnancy.

Conclusion – *During these last 2 years, the number of syphilis cases decreased; it could be an incidence decrease, but it might be also due to the surveillance system limits or late diagnosis. The need for campaigns on IST transmission risks, including congenital syphilis, remains.*

Mots clés / *Key words*

Syphilis, surveillance, infection sexuellement transmissible, VIH, homosexuel masculin, syphilis congénitale / *Syphilis, surveillance, sexually transmitted infection, HIV, men having sex with men, congenital syphilis*

Introduction

La réapparition d'infections sexuellement transmissibles (IST) comme la syphilis et la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) a marqué le début du XXIème siècle dans les pays occidentaux. Cette tendance a été contemporaine de l'augmentation des comportements sexuels à risque et de la diffusion des traitements antirétroviraux. La population des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) était particulièrement concernée, et les co-infections avec le VIH fréquentes.

En France, la résurgence de la syphilis précoce a été décrite à Paris en fin d'année 2000. Elle a nécessité la mise en place d'un nouveau système de surveillance [1]. L'objectif de cet article est de présenter les données de surveillance recueillies depuis 10 ans. Sont décrites les tendances et l'évolution des caractéristiques des personnes avec un diagnostic de syphilis précoce.

Méthodes

La surveillance de la syphilis, mise en place en 2000, repose sur la participation volontaire des cliniciens des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), de consultations hospitalières, de cabinets de médecine libérale. Après avoir recueilli le consentement écrit du patient, le clinicien renseigne des données cliniques, biologiques et comportementales. Il propose un auto-questionnaire comportemental au patient [2]. La surveillance repose sur une définition de cas de syphilis précoce de moins d'un an (primaire avec chancre, secondaire avec éruption, adénopathies, et autres signes, et latente précoce sans signes cliniques). Sont exclus les autres cas de syphilis (latente tardive, tertiaire, congénitale, etc.). L'orientation sexuelle est établie à partir des données comportementales, en fonction du sexe des partenaires.

La période analysée a été décomposée en fonction du développement du réseau de surveillance : la phase de mise en place de la surveillance entre 2000 et 2002, la phase de stabilité du nombre de sites participants entre 2003 et 2006, et une troisième phase marquée par l'augmentation du nombre des sites participants depuis 2007. L'augmentation récente des sites participants fait suite à l'incitation active à la participation à la surveillance, réalisée auprès des Ciddist (créés en 2007), et à la régionalisation progressive de la surveillance des IST s'appuyant sur les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire). En 2009, le réseau de surveillance, qui intègre également la surveillance des infections à gonocoque, a pris l'appellation de « RésIST » (réseau de surveillance des IST).

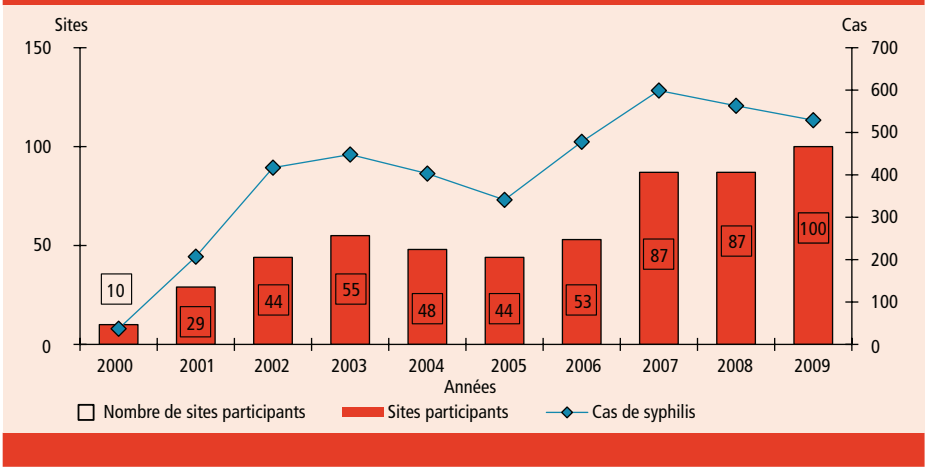
Résultats

Évolution du nombre de cas

Entre 2000 et 2009, 4 022 cas de syphilis précoce ont été déclarés dans le cadre du réseau de surveillance. L'évolution du nombre de cas était marquée par plusieurs phases : une augmentation rapide entre 2000 et 2002, une stabilité relative entre 2003 et 2006, et une augmentation marquée en 2007 suivie d'une baisse de 12% entre 2007 et 2009 (figure 1). Au cours des trois dernières années, le nombre annuel de cas était supérieur à 500. Dans le même temps, le nombre de sites participants a augmenté par paliers, avec 10 centres en 2000, autour de 50 entre 2003 et 2006, pour atteindre, en 2009, 100 sites répartis sur 47 départements métropolitains et deux départements ultramarins.

Les tendances différaient selon la région. En Île-de-France étaient observées une augmentation rapide du nombre de cas jusqu'en 2002, puis une diminu-

Figure 1 **Nombre de cas de syphilis précoce et de sites participants, par an. Réseau RésIST, France, 2000-2009 /** *Figure 1 Number of early syphilis cases and participating settings, per year. RESIST network, France, 2000-2009*



tion suivie d'une ré-augmentation en 2006 (figure 2). Jusqu'en 2005, plus de la moitié des cas de France métropolitaine était déclarée en Île-de-France. Par la suite, la majorité des cas était déclarée dans les autres régions métropolitaines (tableau). À partir de 2007, des cas de syphilis ont été déclarés en Martinique et à La Réunion. Entre 2007 et 2009, le nombre de cas déclarés par les seuls sites à participation constante sur les trois dernières années a baissé, quelle que soit la région.

Sur l'ensemble de la période, les Ciddist ont déclaré 62% des cas, les consultations hospitalières 24% et les cabinets de médecine de ville 14%. En Île-de-France, 80% des cas ont été déclarés par les Ciddist et 1% par des consultations hospitalières. Dans les autres régions, les consultations hospitalières ont déclaré 47% des cas et les Ciddist 43%. La proportion de cas déclarés par les Ciddist a augmenté chaque année pour atteindre 59% en 2009.

Évolution des caractéristiques des personnes atteintes

Globalement, parmi les cas déclarés de syphilis précoce, les hommes étaient plus nombreux (95%). La proportion des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) était la plus importante (73% d'homosexuels, 10% de bisexuels masculins). Les hétérosexuels masculins représentaient 12% et les femmes hétérosexuelles 5%. Il y avait très peu de femmes bisexuelles (n=3), et aucune femme homosexuelle. Sur l'ensemble de la période étudiée, la proportion d'homosexuels a diminué, au profit des bisexuels masculins (tableau). Si l'effectif de femmes a augmenté, leur proportion est restée stable. Les cas hétérosexuels étaient moins nombreux en Île-de-France que dans les autres régions (10% *vs.* 25%, $p<10^{-3}$).

Les femmes étaient globalement plus jeunes (âge médian de 32 ans) que les hommes ; l'âge médian était de 36 ans pour les HSH et de 39 ans pour les hétérosexuels. Quelle que soit l'orientation sexuelle, la médiane d'âge était stable.

Le statut VIH n'était pas documenté dans 6% des cas, sans modification notable au cours du temps. La prévalence du VIH était de 43% : 5% de personnes pour lesquelles les diagnostics de séropositivité au VIH et de syphilis étaient concomitants, et 38% qui connaissaient déjà leur séropositivité au moment de la consultation. Parmi ces derniers, 67% étaient sous traitement antirétroviral. La prévalence du VIH variait selon l'orientation sexuelle (50% pour les HSH, 16% pour les hétérosexuels masculins et 8% pour les femmes), et la région (46% en Île-de-France *vs.* 40% hors Île-de-France, $p<10^{-3}$). Depuis 2000, la prévalence du VIH a baissé uniquement pour les HSH franciliens, passant de 61% sur la période 2000-2002 à 45% sur la période 2007-2009.

La distribution des cas de syphilis précoce selon leur stade évolutif était la suivante : 24% de syphilis primaires, 41% de syphilis secondaires et 35% de syphilis latentes précoces. Cette répartition était similaire pour les hommes, quelle que soit leur orientation sexuelle. Les femmes présentaient plus souvent une syphilis latente précoce (57%). Entre 2000 et 2009, la proportion des syphilis diagnostiquées au stade de latente précoce a augmenté. Cette augmentation concernait essentiellement des HSH consultant dans les régions hors Île-de-France. Pour ces patients, la proportion globale de syphilis diagnostiquée au stade de latente précoce était, sur la période, de 31% et successivement pour chaque période, de 21%, 26% et 36%.

La majorité des motifs de consultation étaient des signes cliniques évocateurs d'IST (55%). Les autres motifs étaient des signes cliniques autres (6%), un partenaire ayant une IST (9%), un suivi d'une infection à VIH (9%) ou un dépistage systématique (21%). Au cours de la période observée, concernant les HSH, les consultations pour partenaire ayant une IST augmentaient de 6% à 11%, tandis que les signes évocateurs d'IST diminuaient de 60% à 54%. Les motifs de consultation des hétérosexuels masculins étaient similaires à ceux des HSH, sans changement notable entre 2000 et 2009, avec une prépondérance des signes évocateurs d'IST (52%). Concernant les femmes, elles consultaient plus souvent que les hommes à la suite d'une IST de leur partenaire (17%). Les signes cliniques d'IST chez les femmes représentaient 32% des motifs de consultation, et le dépistage dans le cadre d'une grossesse 15%. Leurs motifs de consultation étaient stables sur la période.

Données sur les comportements de prévention

La complétude des données comportementales a augmenté pour atteindre près de 70% des questionnaires sur 2007-2009. L'utilisation du préservatif n'était pas systématique pour l'ensemble des rapports sexuels, variant selon le type de pratiques. Concernant la fellation, très peu de personnes (2%) ont utilisé le préservatif de façon systématique, et ce quels que soient le sexe, l'orientation sexuelle ou la période. Concernant la pénétration vaginale, 10% des femmes et 24% des hommes ont déclaré des rapports sexuels toujours protégés, sans évolution notable au cours de la période. Concernant les pénétrations anales entre hommes, 48% d'entre eux déclaraient utiliser systématiquement un préservatif, cette proportion était stable depuis 2000. Il n'y avait pas de différence en fonction de la région ou du statut vis-à-vis du VIH.

Concernant les hétérosexuels, le nombre médian de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois était de 2 pour les hommes et 1 pour les femmes, nombre stable depuis 2000. Le nombre médian de partenaires des homosexuels masculins était de 10 et de 6,5 pour les bisexuels masculins. Une baisse du nombre de partenaires de ces hommes a été observée au cours des 10 ans de surveillance (tableau).

Discussion

Sur une période de 10 ans, 4 022 cas de syphilis précoce ont été déclarés dans le cadre de la surveillance nationale. Depuis 2007, le nombre annuel de cas est supérieur à 500 avec plus de 80 sites participants. La baisse du nombre de cas déclarés entre 2007 et 2009 est confirmée lors de

Figure 2 **Nombre de cas de syphilis précoce, par an et par région. Réseau RésIST, France, 2000-2009 /** *Figure 2 Number of early syphilis cases, per year and region. RESIST network, France, 2000-2009*

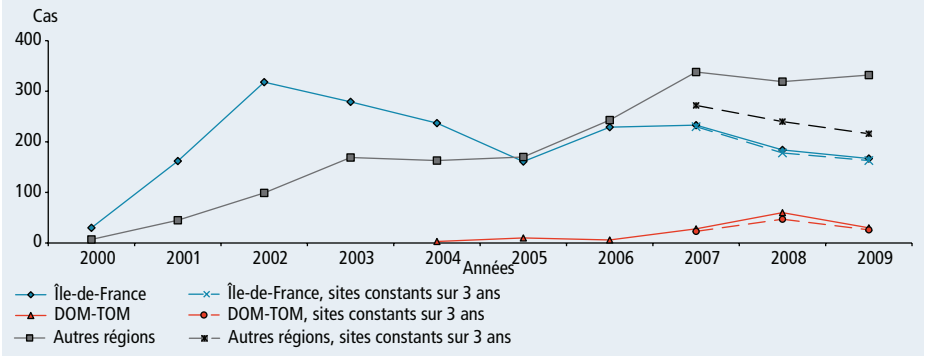


Tableau. **Caractéristiques des personnes ayant une syphilis précoce, selon la période. Réseau RésIST, France, 2000-2009 / *Table. Characteristics of early syphilis patients, per time period. RESIST network, France, 2000-2009.***

	2000-2002 N=661 (16%) %	2003-2006 N=1 670 (42%) %	2007-2009 N=1 691 (42%) %	Total N=4 022 (100%) %
Région de diagnostic				
Île-de-France	77	54	35	**50**
Autres régions métropolitaines	23	45	58	**47**
Départements d'outre-mer (DOM)	–	1	7	**3**
Stade de la syphilis				
Primaire, secondaire	70	65	62	**65**
Latente précoce	30	35	38	**35**
Orientation sexuelle *				
Homosexuels masculins	76	74	70	**73**
Hommes bisexuels	7	9	12	**10**
Hommes hétérosexuels	13	12	13	**12**
Femmes hétérosexuelles	4	5	6	**5**
Statut sérologique VIH **				
Négatif	47	58	59	**57**
Positif connu	46	37	37	**38**
Découverte de sérologie positive	7	5	4	**5**
Utilisation systématique du préservatif (12 derniers mois)				
Pénétration anale (entre hommes)	48	49	46	**48**
Pénétration vaginale (hommes)	23	25	32	**28**
Pénétration vaginale (femmes)	7	9	11	**10**
Fellation	3	2	2	**2**
Nombre médian de partenaires (12 derniers mois)				
Homosexuels masculins	10	10	7	**10**
Hommes bisexuels	8,5	7	6	**6,5**
Hommes hétérosexuels	2	2	2	**2**
Femmes hétérosexuelles	1	1	1	**1**
Femmes bisexuelles	–	–	7	**7**

* La proportion de femmes bisexuelles ne figure pas dans ce tableau, celle-ci étant inférieure à 1%.
** La proportion de cas pour lesquels le statut sérologique VIH n'est pas documenté était de 6% pour l'ensemble, et successivement de 4%, 7% et 7% par période.

l'analyse restreinte aux seuls sites ayant participé chaque année. Le nombre de cas franciliens, prépondérant au début de l'épidémie, a cédé la place à ceux des autres régions. Les personnes ayant une syphilis précoce demeuraient en majorité des HSH (83%). Entre 2000 et 2009, la co-infection avec le VIH était fréquente (43%). Toutefois la proportion des personnes séropositives a diminué parmi les HSH franciliens.

La surveillance de la syphilis repose sur une définition de cas à la fois clinique et biologique. Ce système sentinelle, basé sur le volontariat des cliniciens et des patients, ne permet pas d'être exhaustif ou représentatif de l'ensemble des cas de syphilis précoce en France. Afin d'améliorer la qualité des données, l'accent a été mis depuis 2007 sur la régionalisation de la surveillance des IST en s'appuyant sur les Cire [3], et sur la sollicitation active des Ciddist. Notre objectif est la participation régulière d'un nombre plus important de sites répartis sur l'ensemble du territoire. Actuellement, l'évolution du nombre de cas déclarés reflète aussi bien l'évolution de l'épidémie que l'augmentation du nombre de sites participants. Par conséquent, les tendances sont également interprétées d'après les données fournies par les sites à participation constante.

Au cours des 10 années de surveillance, la majorité des syphilis était symptomatique (65%). Toutefois, la part des syphilis latentes a augmenté. Cette évolution pourrait refléter soit une réelle diminution des premiers stades de la maladie, soit traduire un retard au diagnostic des formes symptomatiques (chancre, éruption, adénopathies,…) car la syphilis n'est pas de diagnostic aisé [4], et encore méconnue comme l'indique l'enquête menée auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles® [5]. Par conséquent, au vu de ces différentes limites, la diminution du nombre de cas de syphilis précoce, y compris celle observée entre 2007 et 2009 pour les sites à participation constante, ne peut être interprétée comme une baisse réelle de l'incidence.

La comparaison internationale est délicate car les données diffèrent selon le mode de recueil, déclaration obligatoire *versus* réseau sentinelle, ou les déclarants, biologistes *versus* cliniciens [6]. Les indicateurs varient d'un pays à l'autre : surveillance du nombre de cas, proportion de tests positifs, calcul d'incidence. Toutefois, il n'est pas noté de baisse notable en Europe de l'Ouest, peut-être un léger déclin au Royaume-Uni entre 2007 et 2008 [7], tandis qu'aux États-Unis le nombre des syphilis primo-secondaires a augmenté de 4,5% entre 2008 et 2009 [8].

Les données françaises montrent une extension de l'épidémie de l'Île-de-France vers les autres régions. Ces tendances régionales sont confirmées par l'analyse des ventes métropolitaines de l'Extencilline® 2,4 M UI, traitement recommandé pour la syphilis. Ces données sont utilisées comme indicateur indirect de diagnostic de syphilis (données fournies par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques - GERS). En Île-de-France, les ventes d'Extencilline® ont baissé régulièrement depuis 2004 (moins 3% entre 2008 et 2009). Dans les autres régions métropolitaines, les ventes ont augmenté chaque année jusqu'en 2009, où une baisse (1%) est observée pour la première fois.

Sur ces 10 années de surveillance, les patients étaient majoritairement (83%) des HSH. La proportion des homosexuels masculins a baissé au profit des hommes bisexuels. Ceci peut être le reflet de l'amélioration du recueil des données comportementales par le remplissage plus fréquent des autoquestionnaires ; en limitant les biais de déclaration et les biais de désirabilité sociale vis-à-vis du médecin, cet outil permet de mieux documenter les habitudes sexuelles. D'autre part, le nombre de cas chez des femmes déclarés dans le système de surveillance est en augmentation. Les signes cliniques et la consultation suite à l'IST de leur partenaire représentaient plus de la moitié des motifs, indiquant par là-même la transmission contemporaine de la maladie chez ces femmes. Globalement, le profil des femmes avec un diagnostic de syphilis est différent de celui des hommes hétérosexuels ; elles étaient plus jeunes, plus souvent monopartenaires, protégeant peu leurs rapports sexuels. Le bilan au cours de la grossesse représentait 15% des motifs de consultation. L'augmentation observée peut faire suite aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) de renforcer le dépistage de la syphilis chez les femmes enceintes [4]. Le nombre croissant de cas de syphilis chez les femmes et les hétérosexuels peut également refléter l'augmentation de sites participants en province. Si, au début de l'épidémie, la syphilis était une infection touchant exclusivement les homosexuels masculins, elle semble diffuser maintenant au sein de la population hétérosexuelle. Ceci ne peut que faire craindre la réapparition de la syphilis congénitale, en particulier dans la population échappant au suivi prénatal [9]. On retrouve cette préoccupation dans d'autres pays occidentaux comme le Royaume-Uni ou les États-Unis [7;8]. La transmission d'un groupe de population à l'autre a déjà été décrite dans les deux espaces géographiques limités que sont les îles de la Martinique et La Réunion [10;11].

Globalement, la prévalence du VIH chez les personnes ayant une syphilis est élevée : 43%. Cependant, elle a baissé de 53% à 41%, de 2000-2002 à 2007-2009. L'augmentation de la proportion des séronégatifs suggère un glissement de l'épidémie de syphilis des personnes infectées par le VIH vers les personnes séronégatives. Il faut rester vigilant sur le risque de transmission du VIH, en particulier lors de la présence de lésions du type ulcérations et chancres du stade primaire. Le dépistage annuel de la syphilis, recommandé chez les HSH séropositifs dans le cadre de leur suivi, peut expliquer la prévalence importante de cette population. Cette prévalence est également le reflet de la situation épidémiologique du VIH en France, où les HSH sont le seul groupe pour lequel le nombre de nouveaux diagnostics du VIH ne baisse pas [12]. Le diagnostic de la syphilis doit être l'occasion de proposer un dépistage du VIH, conformément aux dernières recommandations de la HAS en termes de dépistage.

D'autre part, la syphilis reste, au même titre que les autres IST aiguës, un indicateur de pratiques sexuelles non protégées, et par conséquent de risques de contamination par le VIH. Les données comportementales issues de ce réseau indiquent un nombre important de partenaires pour les HSH, et une utilisation du préservatif rarement systématique quelle

que soit l'orientation sexuelle. La promotion de l'utilisation du préservatif pour les fellations, qui sont un des modes de transmission de la syphilis, est un volet important dans la prévention de cette IST.

Les données de surveillance sur 10 ans ont permis de présenter l'évolution du profil de personnes ayant un diagnostic de syphilis. Malgré les limites du système de surveillance, qui rendent délicate l'interprétation des tendances, la surveillance de la syphilis reste nécessaire pour suivre l'épidémie. La sensibilisation des personnels de santé au dépistage, au diagnostic et aux risques associés à la syphilis, tels que le risque de transmission du VIH ou la syphilis congénitale, pourrait s'avérer utile. Enfin, des campagnes de prévention des risques liés aux IST, à destination des populations homosexuelles et des populations hétérosexuelles, doivent se poursuivre.

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement l'ensemble des cliniciens qui ont contribué au recueil des données.

Références

[1] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau AL, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. Bull Epidémiol Hebd. 2004;(3):9-12.

[2] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau AL, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France, 2000-2002. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2003. 52 p. Disponible à : http://www.invs.sante.fr

[3] Rousseau C, Aumaître H, Picot E, Brosson I, Tribout V, Viriot D. Régionalisation de la surveillance de la syphilis et d'autres IST : principes et premiers résultats en Languedoc-Roussillon (France), 2009. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(26-27-28):304-7.

[4] Haute Autorité de santé. Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France. Recommandation en santé publique. Saint-Denis: HAS; 2007. 284 p. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/display.jsp?id=c_548127

[5] Falchi A, Lasserre A, Bouyssou A, Turbelin C, Bianchi A, Blanchon T, *et al.* To the editor : Is syphilis a health matter for the French general practitioners? Eur J Public Health 2010 [Internet]. Disponible à : http://eurpub.oxfordjournals.org/content/20/2/207/reply#eurpub_el_199

[6] Savage EJ, Hughes G, Ison C, Lowndes CM; European Surveillance of Sexually Transmitted Infections network. Syphilis and gonorrhoea in men who have sex with men: a European overview. Euro Surveill. 2009;14(47):40-7.

[7] Health Protection Agency. Syphilis and lymphogranuloma venereum: resurgent sexually transmitted infections in the UK. London: HPA; 2009. 8 p. Disponible à : http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1245581513523

[8] Centers for Disease Control and Prevention. Trends in sexually transmitted diseases in the United States: 2009 national data for gonorrhea, chlamydia and syphilis. Atlanta: CDC; 2010. 3 p. Disponible à : http://www.cdc.gov/std/stats09/trends2009.pdf

[9] Nicolay N, Gallay A, Bouyssou-Michel A, Nicolau J, Semaille C. Combien de cas de syphilis congénitale dans la base PMSI en France en 2004 ? Bull Epidémiol Hebd. 2008;(14-15):114-6.

[10] Cabié A, Rollin B, Pierre-François S, Abel S, Desbois N, Richard P, *et al.* Reemergence of syphilis in Martinique, 2001-2008. Emerg Infect Dis. 2010;16(1):106-9.

[11] Ramiandrisoa J, Aubert L, Gallay A, Bianchi A, Bouyssou A, Ollier V, *et al.* Investigation épidémiologique autour de cas de syphilis récente et congénitale à la Réunion, 2004-2009. Bulletin de veille sanitaire. Saint-Denis de La Réunion : Cellule de l'InVS en région Océan Indien. 2010;(6):7-9. Disponible à : http://www.invs.sante.fr

[12] Cazein F, Lot F, Pillonel J, Pinget R, Bousquet V, Le Strat Y, *et al.* Surveillance de l'infection à VIH-sida, en France, 2009 Bull Epidémiol Hebd. 2010;(45-46):467-72.

La syphilis congénitale est-elle en recrudescence en France ? Enquête à partir du PMSI (2005-2007)

Clémence Pérel, Anne Gallay, Véronique Goulet (v.goulet@invs.sante.fr)

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / *Abstract*

Contexte – Le nombre de cas de syphilis en France a augmenté entre 2000 et 2006. Une résurgence était observée chez les femmes, pouvant entraîner l'augmentation du nombre de femmes enceintes atteintes et du nombre de syphilis congénitales (SC).

Objectif – Estimer et décrire les cas de SC en France par an, entre 2005 et 2007.

Méthode – Les enfants âgés de moins de 2 ans entre 2005 et 2007 avec un diagnostic de SC ont été extraits du PMSI. Un questionnaire a été envoyé aux départements d'information médicale des hôpitaux concernés. Les SC ont été classées « confirmées » ou « probables » selon la définition de l'*European Centre for Disease Control and Prevention*.

Résultats – Soixante-sept diagnostics de SC ont été identifiés et 16 ont été retenus (4 en 2005, 6 en 2006, 6 en 2007) : 8 « probables » et 8 « confirmés ». La précarité socio-économique a été évoquée pour 12 cas.

Discussion – La SC reste rare (< à 1 cas pour 100 000 naissances), cette rareté pouvant être le résultat de l'efficacité du programme de dépistage. La précarité socio-économique semble être associée aux cas de SC. Notre étude souligne l'intérêt d'un second dépistage avant 28 semaines de gestation chez les femmes à risque.

Is congenital syphilis increasing in France? Results from a survey based on hospital records (2005-2007)

Background – *An increase of syphilis cases was observed in France between 2000 and 2006. An upsurge was noticed in women, potentially resulting in an increase of the number of pregnant women affected, and a rise of congenital syphilis (CS).*

Objective – *To assess and, to describe CS cases in France, between 2005 and 2007.*

Method – *All cases of children under 2 year old between 2005 and 2007, with a diagnosis of CS, were extracted from the PMSI database. A questionnaire was sent to each medical information service of concerned hospitals. CS cases were classified as "confirmed" or "probable" following the* European *Centre for Disease Prevention and Control case definition.*

Results – *A total of 67 CS diagnoses were identified, 16 were retained (2005: 4, 2006: 6, 2007: 6): among them, 8 were considered as "probable", and 8 "confirmed". An association with deprivation was recognized for 12 cases.*

Discussion – *CS cases remain very scarce (<1 case for 100,000 births), which may be the result of the screening programme efficiency. Deprivation seems to be associated with CS. Our study highlights the interest of a second screening before 28 weeks of gestation in women at risk.*

Mots clés / *Key words*

Syphilis, syphilis congénitale, grossesse, dépistage, surveillance / *Syphilis, congenital syphilis, pregnancy, screening, surveillance*

Introduction

Bien qu'il existe des mesures de prévention ayant fait leurs preuves (préservatif, mesures thérapeutiques efficaces et peu coûteuses), la syphilis touche aujourd'hui près de 12 millions de personnes dans le monde d'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Chaque année, deux millions de femmes enceintes seraient concernées par la maladie. Environ 25% des grossesses se termineraient par une morti-naissance ou un avortement spontané et 25% des nouveau-nés souffriraient d'insuffisance pondérale à la naissance ou d'une infection grave [1].

La syphilis congénitale peut être évitée si l'infection est dépistée au cours de la grossesse et la femme traitée par antibiotique. En France, la Haute Autorité de santé (HAS) recommande depuis 2007 la réalisation d'un dépistage systématique au cours du premier trimestre de grossesse et un renforcement de la surveillance par un second dépistage avant