

**Surveillance nationale des infections sexuellement transmissibles :  
Syphilis récentes et infections à gonocoque  
Réseau RésIST**

- L'objectif de la surveillance des IST est de décrire les caractéristiques épidémiologiques des cas à l'aide d'un **questionnaire médical** complété par le clinicien.
- Le clinicien informe le patient du recueil et du traitement informatisé des données, à l'aide du **formulaire d'information**. Le patient est libre d'accepter ou de refuser.
- Si le patient accepte de participer, le clinicien complète le **questionnaire médical** en choisissant un **numéro d'ordre** (composé de chiffres, lettres....) pour chaque patient. Seul le clinicien peut identifier un patient à l'aide du numéro d'ordre.
- Le clinicien envoie le questionnaire médical à la CIRE.

**Santé publique France**

**Cellule Régionale Réunion**

c/o ARS océan Indien 2 bis avenue Georges Brassens 97408 Saint-Denis Cedex 9

**Fax : 02 62 93 94 57**

Email : [oceanindien@santepubliquefrance.fr](mailto:oceanindien@santepubliquefrance.fr)

**Aurélié ETIENNE**

[aurelie.etienne@santepubliquefrance.fr](mailto:aurelie.etienne@santepubliquefrance.fr)

02 62 93 94 30

**Département des maladies infectieuses (DMI)**

**Unité VHIT (VIH - Hépatites B et C - IST)**

12 rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex

**Fax : 01 41 79 67 66**

Email : [ist@santepubliquefrance.fr](mailto:ist@santepubliquefrance.fr)

**Delphine VIRIOT**

[delphine.viriot@santepubliquefrance.fr](mailto:delphine.viriot@santepubliquefrance.fr)

**Ndeindo NDEIKOUNDAM NGANGRO**

[ndeindo.ndeikoundam@santepubliquefrance.fr](mailto:ndeindo.ndeikoundam@santepubliquefrance.fr)

**Corinne PIOCHE**

[corinne.pioche@santepubliquefrance.fr](mailto:corinne.pioche@santepubliquefrance.fr)

<b>Nom du lieu d'exercice :</b> ..... <b>Adresse :</b> ..... .....	<b>Nom du médecin déclarant :</b> ..... ..... <b>Téléphone :</b> ..... <b>Email :</b> .....
---	--

**Date de consultation**        JJ  |  MM  |  AAAA  

**Numéro d'ordre du cas** (au choix du clinicien) : .....

**Données socio-démographiques du patient**

<b>Age :</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>	<b>Sexe :</b> Homme <input type="checkbox"/> Transgenre <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> <i>si oui</i>  Grossesse <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> Si oui, terme _____ SA	<b>Département de résidence :</b> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>  <b>Ou Pays de résidence :</b> .....	<b>Pays de naissance :</b> .....
---	---	---	-------------------------------------

**Antécédents d'IST**       **Oui**       **Non**       **Non renseigné/ Ne sait pas (NSP)**

	<b>&lt;12 mois</b>	<b>≥1 an</b>		<b>&lt;12 mois</b>	<b>≥1 an</b>
<b>Syphilis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>LGV</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gonococcie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Herpès génital</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chlamydie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>HPV, condylome</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Motifs de la consultation initiale** (plusieurs choix possibles)

<input type="checkbox"/> <b>Signe(s) évocateur(s) d'une IST</b>  <input type="checkbox"/> <b>IST chez le(s) partenaire(s)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Grossesse</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dépistage systématique (VIH, autres IST, autre)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Bilan (prise de risque, arrêt de préservatif, grossesse, autre)</b>
--	--

**Données comportementales dans les 12 derniers mois**

**Partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois :**  
 Femme(s)     Homme(s)     Transgenre(s)

**Au moins un partenaire stable au cours des 12 derniers mois ?**     **Oui**     **Non**

**Si oui, utilisation systématique du préservatif avec le(s) partenaire(s) stable(s) au cours des 12 derniers mois :**

Pour les pénétrations vaginales	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non engagé dans ce type de pratique</b>
Pour les pénétrations anales	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non engagé dans ce type de pratique</b>
Pour les fellations	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non engagé dans ce type de pratique</b>

**Partenaire(s) occasionnel(les) au cours des 12 derniers mois ?**     **Oui**     **Non**

**Si oui, combien ?** .....

**Utilisation systématique du préservatif avec le(s) partenaire(s) occasionnel(les) au cours des 12 derniers mois :**

Pour les pénétrations vaginales	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non engagé dans ce type de pratique</b>
Pour les pénétrations anales	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non engagé dans ce type de pratique</b>
Pour les fellations	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non engagé dans ce type de pratique</b>

**Lieux de rencontre avec le(s) partenaires occasionnel(les)** (plusieurs choix possibles) :

<input type="checkbox"/> Saunas <input type="checkbox"/> Backrooms, sex clubs, clubs échangistes <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : .....	<input type="checkbox"/> Sites de rencontre sur internet <input type="checkbox"/> Applications mobiles (Grindr, Tinder, etc.)
--	--

## Données cliniques, biologiques et thérapeutiques

### SYPHILIS

Présence de signe(s) clinique(s) :

Oui  Non  NSP

Si oui, préciser :

Ulcération de type chancre syphilitique

Site : .....

Eruption cutanéomuqueuse de type syphilis secondaire

Autre(s) signe(s) clinique(s) de syphilis secondaire :

.....

Date du diagnostic biologique:  JJ  MM  AAAA

#### Fond noir / Immunofluorescence

Positif	Négatif	Non fait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PCR	Positive	Négative	Non faite
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Sérologies :

• Test(s) tréponémique(s) (TPHA, TPPA, FTA, ELISA)

Positif	Négatif	Non fait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• VDRL / RPR

Positif	Négatif	Non fait
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si positif, titrage : .....

Diagnostic final de syphilis récente datant de moins d'un an documenté, selon le stade (cf. définition p.4) :

Syphilis primaire

Syphilis secondaire

Syphilis latente précoce de moins d'un an

### GONOCOCCIE

Présence de signe(s) clinique(s) :

Oui  Non  NSP

Date du diagnostic biologique:  JJ  MM  AAAA

	Positif	Négatif	Non fait
--	---------	---------	----------

Culture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

PCR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sites des prélèvements positifs :

Urétral

Urinaire

Ano-rectal

Cervico-vaginal

Pharyngé

Autre(s), précisez : .....

Traitement prescrit pour la gonococcie:

Ceftriaxone

Autre(s), précisez : .....

Traitement associé :

## Co-infections

Une autre IST a-t-elle été diagnostiquée lors de la consultation ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ?  Gonococcie  Syphilis  Chlamydie  LGV  Condylome, infection à HPV

Autre(s), précisez : .....

Infection à VIH :  VIH positif connu

Préciser si un traitement antirétroviral est en cours actuellement :  Oui  Non  NSP

Séropositivité VIH découverte suite à la consultation

VIH Négatif

Préciser si une prophylaxie pré-exposition par Truvada était en cours au moment de la transmission de l'IST :  Oui  Non  Période de transmission indéterminée

VIH inconnu

Une hépatite C a-t-elle été diagnostiquée lors de la consultation ?  Oui  Non

Si oui, s'agit-il séroconversion de moins de 6 mois ?  Oui  Non  NSP

Une hépatite B a-t-elle été diagnostiquée lors de la consultation ?  Oui  Non

Si oui, s'agit-il séroconversion de moins de 6 mois ?  Oui  Non  NSP

## Définition d'un cas de syphilis récente

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

Stade de la syphilis	Clinique		* <i>Treponema pallidum</i>		**VDRL + TPHA +		**VDRL + TPHA -		**VDRL - TPHA +
Primaire	▶ Chancres	ET	+		+	OU	+	OU	+
Secondaire	▶ Lésions cutanéomuqueuses ▶ Adénopathies ▶ ± Chancres		+	ET/OU	+				
Latente précoce	▶ Absence de signes cliniques ET ▶ Contage < 12 mois OU ▶ Antécédents syphilis clinique primaire ou secondaire < 12 mois OU ▶ Partenaire syphilis + <12 mois			ET	+	OU	▶ Séroconversion < 12 mois OU ▶ Titre VDRL multiplié par au moins 4		
<p>*Mise en évidence de <i>Treponema pallidum</i> dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou PCR positive. ** VDRL ou RPR, TPHA ou FTA-abs</p>									

## Définition d'un cas de gonococcie

Mise en évidence bactériologique de souches de *Neisseria gonorrhoeae* en culture sur gélose chocolat à partir de tous types de prélèvement, la localisation anatomique du prélèvement étant précisée.

Mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* par technique de PCR/TAAN.