

CIRE SUD



EDITORIAL

Page 2

Surveillance des infections à VIH et Sida dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Données actualisées au 31/12/2014

Page 7

IST Surveillance de la syphilis et des gonococcies en région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) de 2000 à 2014 Bulletin du réseau de cliniciens RésIST

Page 16

E-DO : un nouvel outil en ligne pour les maladies à déclaration obligatoire.

CeGIDD : Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ont été créés en 2016.

Ce bulletin de veille sanitaire présente pour la première fois en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) les données de surveillance épidémiologique régionales, actualisées au 31 décembre 2014, pour les infections à VIH, le Sida et deux infections sexuellement transmissibles (IST), la syphilis et les gonococcies.

Ces données sont issues des systèmes de surveillance animés par Santé publique France : le suivi des activités de dépistage du VIH par les laboratoires (LaboVIH), la notification obligatoire des cas d'infection par le VIH et du Sida et le réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles (RésIST). Les données relatives à la syphilis et aux gonococcies proviennent essentiellement des Centres de dépistage anonymes et gratuits et des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Cdag-Ciddist), ainsi que des consultations hospitalières.

Ces données ne sont cependant pas représentatives des données en population générales et, depuis 2013, la Cire Sud a effectué une sensibilisation des Cdag-Ciddist pour relancer cette surveillance volontaire des IST en région Paca

Les principaux résultats montrent, pour le VIH, une augmentation du taux de découverte de séropositivité depuis ces dernières années en Paca, plus particulièrement dans les Alpes-Maritimes. Les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) représentent plus de la moitié (58%) des personnes déclarées pour une infection VIH (pour 44% au niveau national). En région Paca comme en France, les HSH totalisent 85% des cas de syphilis signalées et 61% des gonococcies.

Depuis 2012 en Paca, le nombre de cas de syphilis et de gonococcies augmente aussi chaque année. En 2014, 130 cas de syphilis et 238 cas de gonococcies ont été signalés dans le

cadre du réseau « RésIST ». Cette augmentation est observée dans d'autres régions métropolitaines. En région Paca, la syphilis concerne très majoritairement les HSH (près de 9 cas de syphilis sur 10).

Le fait que près d'un tiers des patients diagnostiqués avec une syphilis soient des séropositifs connus au moment du diagnostic reflète un comportement sexuel à risque accru. Pour cette population, il est important de mobiliser l'ensemble des méthodes de prévention dans une logique de prévention combinée avec : le préservatif, trop peu utilisé, le dépistage régulier (IST, VIH, hépatite C,) en s'aidant des TROD et des autotests VIH et les antirétroviraux à titre prophylactique.

La réalisation de l'enquête PREVAGAY auprès des HSH dans 5 grandes villes françaises (Nice, Montpellier, Lyon, Lille et Paris) permettra de mieux connaître les facteurs associés à l'infection par le VIH, via le rapprochement de données socio-comportementales et du statut sérologique VIH. Les résultats devraient aider à redéfinir les stratégies de dépistage et de prévention afin de diminuer le risque de transmission.

Enfin, les perspectives 2016 sont marquées par la dématérialisation de la déclaration obligatoire du VIH par le **dispositif e-DO** disponible depuis avril 2016 dans toutes les régions françaises. Ce dispositif a pour vocation de simplifier le circuit de la déclaration, en permettant au clinicien et au biologiste de faire leur déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO (<http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/e-DO-Declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-VIH-et-du-sida>).

Nous remercions l'ensemble des déclarants participant à ces différents réseaux de surveillance, sans qui ce bulletin n'existerait pas. En espérant que ce BVS répondra à vos attentes, nous vous souhaitons une bonne lecture !

Surveillance des infections à VIH et Sida dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Données actualisées au 31/12/2014

Alexis ARMENGAUD¹, Laurence PASCAL¹, Françoise CAZEIN¹

¹Santé publique France

Ce bulletin présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de Sida, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), à partir de trois systèmes coordonnés par Santé publique France.

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois par le laboratoire. Le formulaire papier ou le lien pour répondre en ligne à LaboVIH sont disponibles auprès de Santé publique France¹. Depuis avril 2016, les biologistes peuvent également utiliser l'application e-DO pour participer à LaboVIH. Voir encadré 5 de ce numéro.

Depuis avril 2016, la notification obligatoire de l'infection par le VIH est réalisée à la fois par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois par le laboratoire². La notification obligatoire du Sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Ces deux notifications sont anonymisées à la source par le déclarant, elles comportent en guise d'identifiant un code d'anonymat, calculé au moyen d'un logiciel fourni par Santé publique France.

Jusqu'à cette année, la notification obligatoire se faisait via des formulaires comprenant 3 à 5 feuillets autocopiants, ne pouvant être ni photocopiés, ni téléchargés. Les déclarants devaient en faire la demande auprès de leur Agence régionale de santé (ARS). L'année 2016 voit la dématérialisation de la déclaration mise en place : le dispositif e-DO. Ce dispositif est décrit en « encadré 5 » de ce numéro.

La surveillance virologique est couplée à la notification obligatoire du VIH. Elle est réalisée par le Centre national de référence du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon sur buvard, déposé par le biologiste à partir du fond de tube ayant permis le diagnostic VIH. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent, et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste.

A RETENIR : VIH PACA 2014

- L'activité de dépistage du VIH est supérieure à celle observée au niveau national.
- Le taux de découverte de séropositivité pour le VIH est comparable au taux national. Cependant ce taux est près du double dans le département des Alpes-Maritimes.
- Le pourcentage de nouveaux diagnostics d'infection à VIH augmente chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (58% en 2014).

¹ ANSP-DMI-VIC@invs.sante.fr

² Le nombre de sérologies positives recueillies par le dispositif LaboVIH diffère du nombre de découvertes de séropositivité, car une personne ayant eu une sérologie positive dans un laboratoire donné, peut être à nouveau testée dans un autre laboratoire, comptant ainsi pour 2 sérologies positives.

DONNEES NATIONALES 2014

- Le nombre total de sérologies VIH, réalisées en 2014, est estimé, à partir des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,27 millions (IC95%: [5,20-5,33]), soit 80 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Après avoir augmenté jusqu'en 2011, ce nombre s'est stabilisé.
- Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en 2014 est estimé à 11 013 (IC95%: [10 435-11 592]), soit 167 sérologies positives par million d'habitants. Ce nombre a très légèrement augmenté entre 2011 et 2014 ($p=0.002$).
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2014 est estimé à environ 6 600 [3], en augmentation par rapport à 2011. Depuis 2011 et pour la première fois depuis 2003, le nombre de découvertes de séropositivité est plus élevé en province qu'en Ile de France. Cette augmentation concerne les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH).
- Environ 1 220 diagnostics de Sida ont été faits en 2014, dont environ 700 personnes qui ignoraient leur séropositivité.

NOTA :

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiés jusqu'au 31/12/2014.
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à Santé publique France à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, pour analyser les évolutions au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant les cas à la population, il est nécessaire d'utiliser des données corrigées. Les corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité est élevée.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans la région Paca. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

NOUVEAUX DISPOSITIFS EN 2016

e-DO VIH Sida

La déclaration du VIH et du Sida a été modifiée avec la mise en œuvre de l'application en ligne e-DO. [Voir encadré 5]

CeGIDD

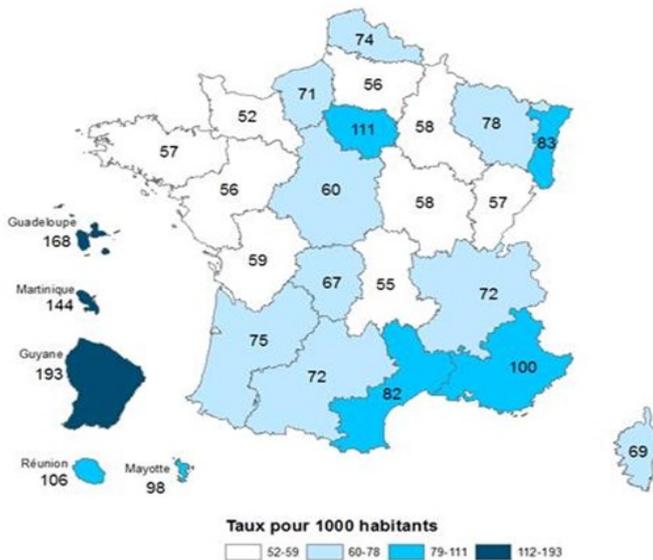
Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ont été créés. [Voir encadré 4]

1. Infection à VIH

1.1 Activité de dépistage du VIH

En 2014, le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région était de 100 pour 1 000 habitants (IC95%: [93-106]) (figure 1) en légère diminution depuis 2008 (figure 2). Ce taux est significativement supérieur à celui observé au niveau national (80 pour 1 000 habitants) (figure 2).

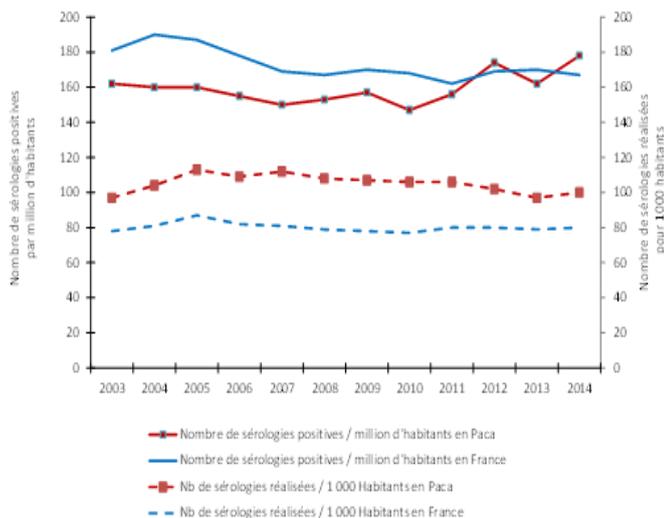
Figure 1 | : Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (LaboVIH), par région, 2014.



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2003-14

Les taux estimés de sérologies positives par million d'habitants en Paca ont augmenté entre 2010 et 2014 et sont comparables aux taux nationaux en 2014 avec 178 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [142-212]) pour la région Paca versus 167 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [158-175]) au niveau national. (figure 2).

Figure 2 | : Evolution du nombre estimé de sérologies réalisées pour 1000 habitants et du nombre de sérologies positives par million d'habitants en Paca et en France, 2003-14



Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2003-14

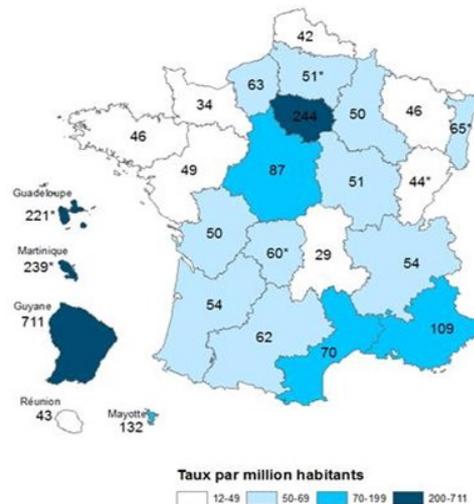
1.2 Notification obligatoire de l'infection à VIH

• Découverte de Séropositivité

En 2014, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région Paca était de 109 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [79-139]) proche du taux national de 100 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [92-107]) (figure 3).

Ce taux de découverte de séropositivité 2014 Paca (données corrigées pour les délais et la sous déclaration) est significativement supérieurs à celui observé en 2008 de 84 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [64-104]) en région Paca (figure 4).

Figure 3 | : Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, 2014

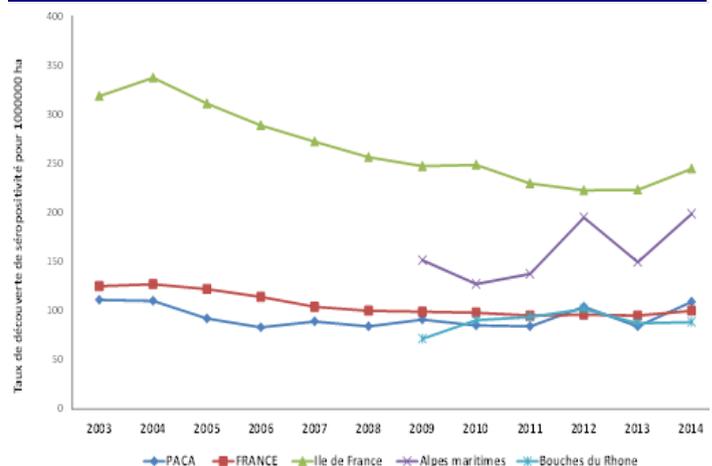


* Estimation 2014 impossible à ce jour, le taux présenté ici est calculé pour l'année 2013
 ** Estimation impossible à ce jour, le taux présenté est calculé à partir des données 2014 brutes (non corrigées)

Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous déclaration

Le taux corrigé de découverte de séropositivité en 2014 dans le département des Alpes Maritimes (199 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [77-321]) est plus du double de celui des Bouches-du-Rhône (88 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [50-127]) et se rapproche de celui d'Ile-de-France (244 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [221-268]) (figure 4). Ces chiffres sont à interpréter avec précaution du fait des larges intervalles de confiance.

Figure 4 | : Evolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH en France métropolitaine, Ile-de-France, Paca et départements des Alpes Maritimes et des Bouches du Rhône, de 2003 à 2014



- **Caractéristiques cliniques et sociodémographiques**

En région Paca, les hommes représentaient 75% des découvertes de séropositivité entre 2003 et 2013 et 82% en 2014, soit plus de trois quarts des cas. Ces proportions étaient respectivement de 65% (2003-13) et 69% (2014) pour la France métropolitaine. En Paca, la classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire et représentait 67% des cas en 2014. Les proportions des plus de 50 ans et des moins de 25 ans étaient respectivement de 24% et 8%. La médiane d'âge en Paca était de 40 ans en 2014 (tableau 1).

Tableau 1 | Caractéristiques sociodémographiques des déclarations obligatoires de découverte de séropositivité, Paca-France.

	Région Paca		France	
	2003-13 N=3042	2014* N=260	2003-13 N=53360	2014* N=3759
Effectifs				
Age (année)				
Médiane	38	40	36	38
< 25	9%	8%	11%	10%
25-49	70%	67%	72%	69%
> 50	21%	24%	17%	21%
Sexe				
Hommes	75%	82%	65%	69%
Femmes	25%	18%	35%	31%
Sex ratio H/F	2,9	4,4	1,8	2,2
Pays de naissance				
France	71%	74%	50%	53%
Afrique sub-saharienne	13%	14%	35%	32%
Autres	16%	12%	15%	15%
Mode de contamination				
Homosexuel	52%	58%	36%	44%
Hétérosexuel	44%	40%	60%	53%
Injection de drogues	3%	1%	2%	1%
Co-infection hépatite C				
oui	5%	4%	4%	4%
non	95%	96%	96%	96%
Co-infection hépatite B				
oui	3%	3%	5%	5%
non	97%	97%	95%	95%
Co-infection IST				
oui	20%	20%	16%	17%
non	80%	80%	84%	83%
CD4 au diagnostic VIH				
<200	23%	28%	30%	28%
200-349	20%	23%	21%	20%
350-499	24%	16%	20%	21%
>=500	32%	33%	29%	32%
Diagnostic précoce**	21%	26%	15%	21%
Diagnostic au stade avancé ***	16%	17%	17%	16%

En région Paca, les cas de séropositivité chez des patients originaires d'Afrique subsaharienne (14% en 2014), étaient très sous représentés en comparaison avec les chiffres nationaux (32% en 2014) (tableau 1).

Vingt pour cent des patients diagnostiqués séropositifs en région Paca en 2014 avaient également une IST au moment du diagnostic (tableau 1).

Les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) représentaient 58% des signalements de personnes découvrant leur séropositivité VIH en 2014 en Paca (versus 44% en France en 2014 et versus 52% en Paca sur la période 2003-13) (tableau 1).

Pour les autres variables, les données sont comparables entre la région Paca et la France métropolitaine.

Les répartitions sociodémographiques concernant les deux principaux départements de la région Paca, les Bouches-du-Rhône et les Alpes-Maritimes, sont concordantes avec celles observées en région Paca (tableau 2).

Le sex-ratio de 4,4 observé en région Paca en 2014 était principalement associé aux faibles effectifs de signalement de séropositivité chez les femmes dans les Bouches du Rhône ou le sex-ratio était de 7,1 en 2014 (tableaux 1 et 2).

Tableau 2 | Caractéristiques sociodémographiques des déclarations obligatoires de découverte de séropositivité, départements des Bouches-du-Rhône et des Alpes-Maritimes.

	Bouche-du-Rhône		Alpes-Maritimes	
	2003-13 N=1309	2014* N=73	2003-13 N=1001	2014* N=131
Effectifs				
Age (année)				
Médiane	39	38	38	40
Sex ratio H/F	3.0	7.1	3.2	3.7
Pays de naissance				
France	68%	68%	67%	73%
Afrique sub-saharienne	15%	20%	13%	13%
Autres	16%	11%	19%	15%
Mode de contamination				
Homosexuel	49%	53%	57%	58%
Hétérosexuel	47%	45%	40%	40%
Injection de drogues	3%	2%	3%	1%
Co-infection IST				
oui	oui	19%	19%	23%
non	non	81%	81%	77%
Diagnostic précoce**	21%	21%	24%	30%
Diagnostic au stade avancé ***	14%	22%	15%	15%

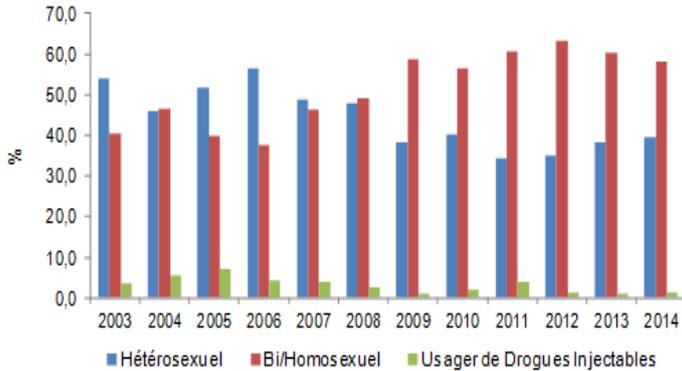
*2014 : données provisoires non corrigées pour les délais et la sous déclaration
 **Def diag précoce ; CD4>500/mm3 ou primo-infection VIH au diagnostic
 ***Def diag au stade avancé ; CD4 < 200/mm3 ou Sida au diagnostic
 NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou au stade avancé sont disponibles seulement depuis 2008 et les variables Co-infection VHB, VHC et IST seulement depuis 2012

- **Modes de contamination**

La part des HSH parmi les nouveaux cas d'infections à VIH déclarés en Paca continue d'augmenter, passant de 40% en 2003 à 49% en 2008 et à 58% en 2014. C'est devenu le mode de contamination prépondérant en région Paca (figure 5).

A noter le très faible pourcentage de contaminations liées à l'usage de drogues injectables (UDI) en région Paca (figure 5) comme en France (tableau 1 et 2).

Figure 5 | Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés en région Paca, de 2003 à 2014.

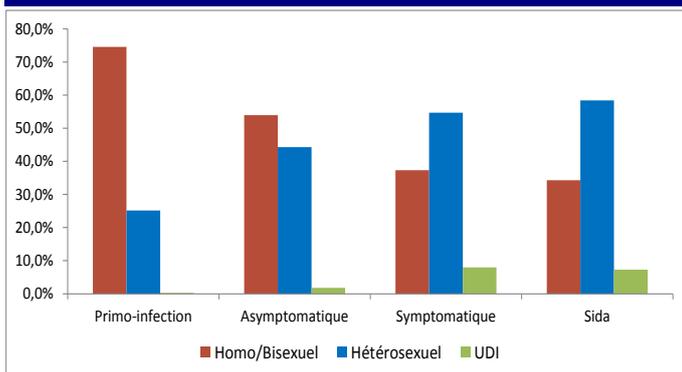


Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/14, non corrigées

- **Stades cliniques au moment du dépistage**

La découverte de la séropositivité au stade de primo-infection est plus fréquente dans la population des HSH alors que le diagnostic au stade symptomatique de la maladie ou de Sida concerne plutôt les hétérosexuels ou les usagers de drogues injectables (figure 6).

Figure 6 | Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité, selon le mode de contamination, Paca, 2003-2014

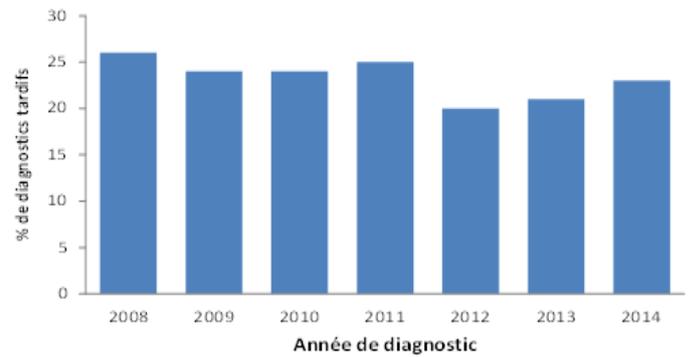


Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/14, non corrigées

La part de diagnostics tardifs ($CD4 < 200/mm^3$ ou Sida au diagnostic) parmi les découvertes de séropositivité est relativement stable sur la période 2008-14, entre 20 et 26 % (figure 7).

Figure 7 | Pourcentage de diagnostics tardifs parmi les découvertes de séropositivité, Paca, 2003 à 2014

Définition diagnostic tardif ; $CD4 < 200/mm^3$ ou Sida au diagnostic



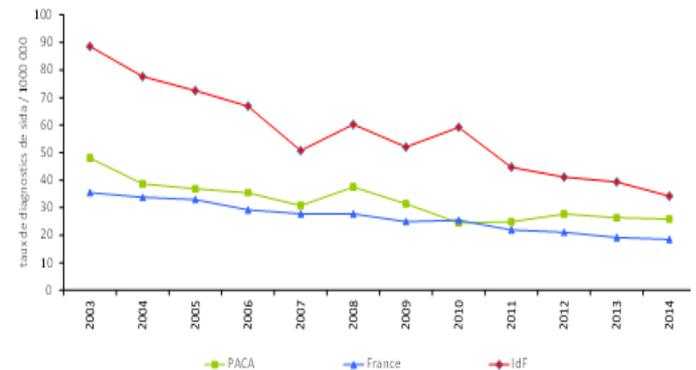
Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/14, non corrigées

2. Diagnostic de Sida

En 2014, le nombre de cas de Sida dans la région Paca est de 128 (IC95%: [95-162]). Après une diminution constante de 2003 à 2010, il n'est plus en régression.

Le taux de diagnostic de Sida (corrigé pour les délais de déclaration et la sous déclaration) est en région Paca de 26 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [19-33]) supérieur au taux national (corrigé) de 18 pour 1 000 000 d'habitants (IC95%: [17-20]) (figure 8).

Figure 8 | Evolution annuelle du taux de diagnostics de Sida en France métropolitaine et en région Paca, 2003-2014



Source : Santé publique France, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous déclaration

- **Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et modes de contamination**

En région Paca, les hommes représentaient la majorité des cas de Sida (72 % entre 2003-13 pour 86 % en 2014). L'âge médian des cas était de 43 ans. Les personnes diagnostiquées Sida en région Paca étaient majoritairement nées en France (74 % entre 2003-13 pour 66 % en 2014) (tableau 3).

Les modes de contamination des cas de Sida en région Paca se répartissaient en 28% pour la catégorie HSH entre 2003 et 2013 versus 52% en 2014. Le mode de contamination UDI représentait 27% des cas entre 2003 et 2013 pour 12% en 2014. Toujours en région Paca, les contaminations par rapports hétérosexuels concernaient 43% des cas de Sida entre 2003 et 2013 pour 36% en 2014 (tableau 3).

En région Paca, sur la période 2003-13, 37 % des cas ne connaissent pas leur séropositivité au moment du diagnostic de Sida versus 50% en 2014. Les 2 pathologies inaugurales les plus fréquentes étaient la pneumocystose inaugurale (25% sur l'ensemble de la période 2003-14) et en 2014 le sarcome de Kaposi (15%). (tableau 3).

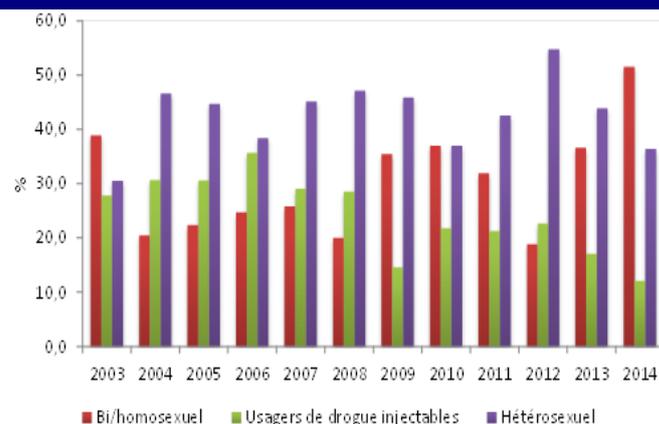
Tableau 3 | : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de Sida en région Paca et en France, entre 2003 et 2014

Effectifs	Région Paca		France	
	2003-13 N=817	2014* N=37	2003-13 N=11828	2014* N=401
Age (année)				
Médiane	42	43	42	44
< 25	2%	0%	4%	3%
25-49	76%	68%	72%	64%
> 50	21%	32%	24%	33%
Sexe				
Hommes	72%	86%	69%	67%
Femmes	28%	14%	31%	33%
	Région Paca		France	
	2003-13	2014*	2003-13	2014*
Pays de naissance				
France	74%	66%	54%	48%
Afrique subsaharienne	11%	17%	29%	35%
Autres	15%	17%	18%	17%
Mode de contamination				
Homosexuel	28%	52%	28%	28%
Hétérosexuel	43%	36%	60%	66%
Injection de drogues	27%	12%	10%	5%
Traitement antirétroviral avant Sida				
oui	30%	24%	22%	17%
non	70%	76%	78%	83%
Connaissance séropositivité avant Sida				
oui	65%	51%	52%	46%
non	35%	49%	48%	54%
Pathologies inaugurales				
Pneumocystose	24%	26%	22%	27%
Toxoplasmose cérébrale	11%	4%	10%	12%
Candidose autre	11%	9%	12%	10%
Lymphome cérébral	7%	2%	5%	5%
Kaposi	7%	15%	8%	9%

*2014 : données provisoires non corrigées pour les délais et la sous déclaration

Depuis 2006, en région Paca, parmi les cas de sida, le pourcentage des usagers de drogues injectables a fortement diminué passant de 36 à 12% tandis que celui des homosexuels masculins augmentait de 24 à 52% (figure 9).

Figure 9 | : Evolution des pourcentages de cas de Sida selon le mode de contamination, Paca, 2003 à 2014.



Source : InVS, données DO Sida au 31/12/2014 non corrigées

POINTS CLES - VIH - PACA - 2014

- En 2014, l'activité de dépistage du VIH rapporté à la population en région Paca est en légère diminution depuis 2008, mais reste supérieure à celle de métropole (100 tests versus 80 tests pour 1000 habitants en France).
- Le taux de découverte de séropositivité VIH en région Paca en 2014 est de 109 par million d'habitants vs 100 au niveau national (chiffres corrigés pour les délais et la sous déclaration). Cependant, ce taux s'élève à 199 par million d'habitants (IC95%: [77-321]) pour les Alpes-Maritimes, soit deux fois plus que pour les Bouches-du-Rhône (88 par million d'habitants (IC95%: [50-127])). Ce chiffre est particulièrement préoccupant dans le département des Alpes-Maritimes qui voit une forte hausse ces dernières années.
- La part des HSH parmi les nouveaux cas d'infections à VIH déclarés en Paca continue d'augmenter, passant de 40% en 2003 à 49% en 2008 et à 58% en 2014. Ce mode de transmission prédominant et cette augmentation incite à cibler ce groupe de transmission lors des campagnes de prévention.
- A noter le très faible pourcentage de contaminations liées à l'usage de drogues injectables (UDI) qui témoigne de l'efficacité des mesures de réduction des risques mises en œuvre en région Paca comme en France.
- Les co-infections IST (syphilis récentes, infections à gonocoques) représentent en région Paca 20% des patients lors de la découverte de leur séropositivité VIH.
- La part de diagnostics tardifs (stade clinique de Sida ou CD4<200 mm3) parmi les découvertes de séropositivité en région Paca est relativement stable sur la période 2008-14, entre 20 à 26 %. Les sensibilisations au dépistage doivent toujours être maintenues.
- Les résultats de l'édition 2015 de l'enquête Prévagay (enquête comportementale et de séroprévalence du VIH et des hépatites) auprès des HSH fréquentant les établissements de convivialité gay à Nice permettra de mieux comprendre l'évolution de l'infection au sein de cette population particulièrement touchée.
- Pour cette population, il est important de mobiliser l'ensemble des outils de prévention dans une logique de prévention combinée avec : le préservatif, trop peu utilisé, le dépistage régulier (IST, VIH, hépatite C,) en s'aidant des TROD et des auto-tests VIH, et les antirétroviraux à titre prophylactique.

Surveillance de la syphilis et des gonococcies en région Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) de 2000 à 2014

Bulletin du réseau de cliniciens RésIST |

Alexis ARMENGAUD¹, Laurence PASCAL¹, Ndeindo NDEIKOUNDAM¹
¹ Santé publique France

DONNEES NATIONALES 2014

- En 2014, les nombres de cas rapportés de syphilis récente, d'infection à gonocoque et de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) continuent à augmenter chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) quelle que soit la région. Plus de 80 % des syphilis et plus de 60 % des infections à gonocoque prises en charge dans les structures spécialisées, ainsi que la totalité des LGV concernent les HSH. Les co-infections au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) restent élevées chez les HSH avec 80 % des cas de LGV, 1/3 des cas de syphilis récente et 14 % des cas de gonococcies.

- Une augmentation du nombre de syphilis récente est également observée chez les hétérosexuels depuis 2012, notamment dans les régions non franciliennes de la métropole. Les cas de syphilis ont majoritairement moins de 20-29 ans chez les femmes et entre 20-49 ans chez les hommes.

- En 2014, le nombre de gonococcies semble se stabiliser chez les hétérosexuels quel que soit leur sexe. La grande majorité des cas de gonococcies ont entre 20 et 29 ans. Les résistances du gonocoque aux céphalosporines sont en diminution en 2014. La majorité des patients diagnostiqués avec une gonococcie ou une syphilis sont nés en France.

- Les motifs de consultation restent assez stables : l'existence de signes cliniques d'IST motive la moitié des consultations (51% en 2014) et le dépistage systématique près de 20%.

- L'utilisation régulière au cours des 12 derniers mois du préservatif lors des fellations reste rare (2 % en 2014) quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la fellation est un mode de contamination très efficace de la syphilis et des gonococcies. L'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales (34 %) et les pénétrations vaginales (28 %) reste très insuffisante.

Pour plus d'informations, consultez le site de Santé publique France et le bulletin national des réseaux de surveillance des IST, paru en février 2016.

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>

NOTA :

- Les analyses qui suivent sont réalisées à partir des données régionales de surveillance du réseau de surveillance des IST par les cliniciens (RésIST) [encadré 1] recueillies sur la période 2000-2014. Elles concernent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce de moins d'un an) et les cas de gonococcies [définitions de cas en encadré 3] rapportés par les cliniciens participant à ce réseau de surveillance.

- Ces résultats résultent de l'exploitation du questionnaire clinique et de l'auto-questionnaire comportemental. Ce dernier n'a été rempli au niveau régional que pour 57% des cas de syphilis et 47% des cas de gonococcies.

- En 2016 un nouveau questionnaire remplace les deux questionnaires précédents en fusionnant les principales informations.

1. Syphilis récente

1.1 Evolution du nombre de cas de Syphilis (source RésIST) et des ventes d'Extencilline® (source GERS)

L'augmentation du nombre de cas de syphilis déclarés en région Provence-Alpes-Côte-D'azur (Paca), observée en 2013 s'est poursuivie en 2014, où le nombre de cas a atteint 130 cas soit un triplement du nombre de cas depuis 2012 (figure 1). Ces 130 cas signalés en 2014 représentent 10,5% des cas métropolitains. L'analyse à « sites déclarants constants » (sites ayant participé à la surveillance les 3 dernières années consécutives) pour les années 2012 à 2014 confirme cette augmentation en région Paca en 2014 et dans les autres régions françaises, en Ile-de-

Figure 1 : Evolution du nombre de cas de syphilis récente dans la région Paca et dans les autres régions 2000-2014

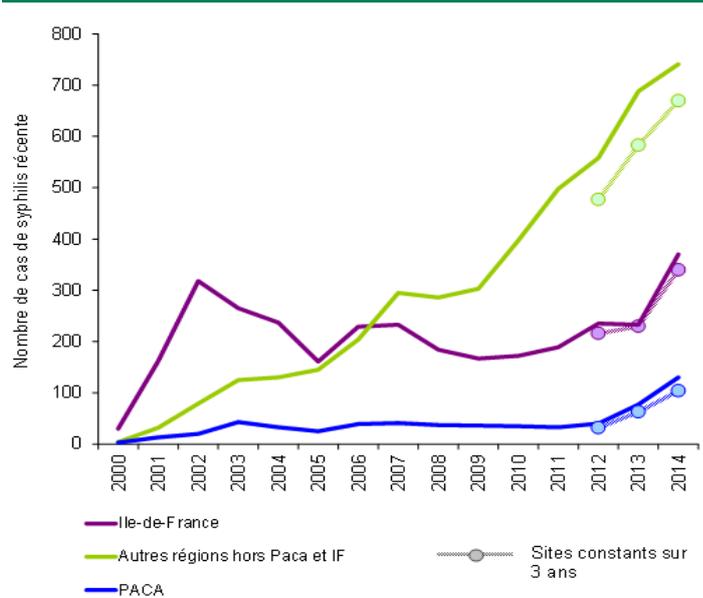
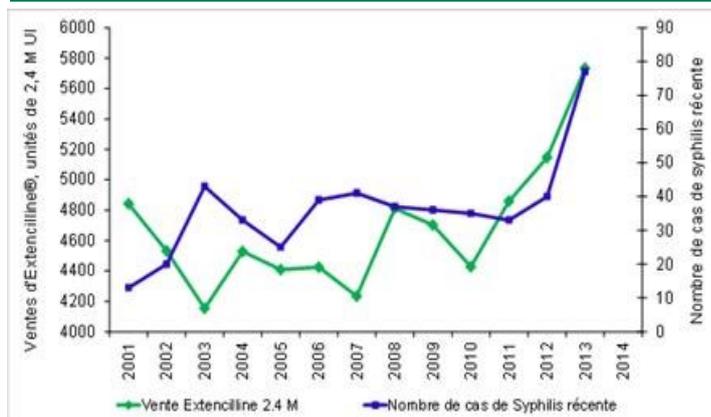


Figure 2 : Evolution des ventes d'Extencilline® 2,4 M UI dans la région Paca 2001-2013 (source GERS).

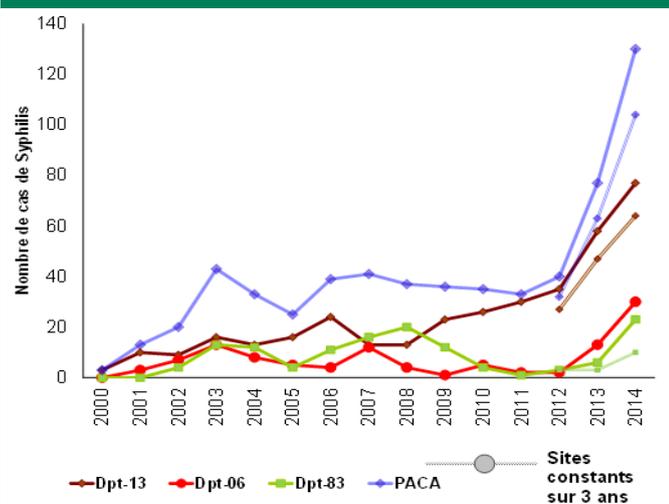


* Pas de données en 2014, l'Extencilline® 2,4 M n'étant plus commercialisée

L'analyse des données de ventes de benzathine benzylpénicilline (Extencilline®) en région Paca (figure 2), utilisée comme indicateur indirect du nombre de cas de syphilis, confirme les tendances observées avec une augmentation depuis 2011 jusqu'en 2013. Cet indicateur n'est plus disponible en 2014 (arrêt de commercialisation de l'Extencilline® 2.4M).

En région Paca, l'évolution du nombre de cas de syphilis déclarés par an et par département, de 2000 à 2014 (figure 3) montre que l'augmentation du nombre de cas de syphilis récente concerne les 3 départements déclarants du réseau « RésIST », Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes et Var. Cette augmentation est confirmée depuis 2012 pour ces 3 départements par l'analyse à « sites déclarants constants ».

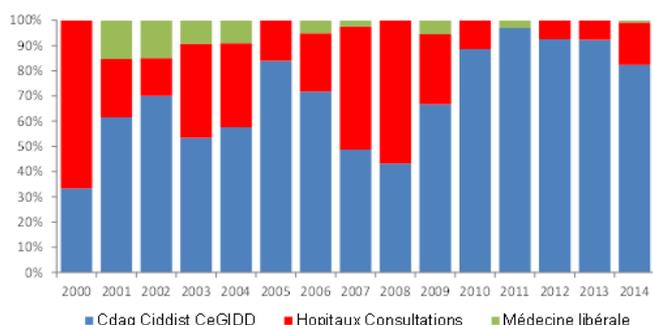
Figure 3 | Evolution du nombre de cas de syphilis déclarés par an et par département en région Paca, 2000-2014



1.2 Caractéristiques des recours au dépistage, 2000-2014

Sur l'ensemble de la période 2000-2014, 75% (n=452) des 605 cas de syphilis récente signalés en région Paca par le réseau RésIST ont consulté dans des structures spécialisées ambulatoires (Cdag, Ciddist ou CeGIDD)*, 22,1% (n=134) ont consulté à l'hôpital et 3,1% (n=19) en médecine libérale. Ces trois dernières années, l'ensemble des cas signalés ont consulté dans des structures Cdag, Ciddist ou CeGIDD [encadré 3] ou en consultations hospitalières. Ce résultat correspond à la nature des sites participants au réseau RésIST ou seuls ces types de structures ont participé à la surveillance depuis 2012 (figure 4).

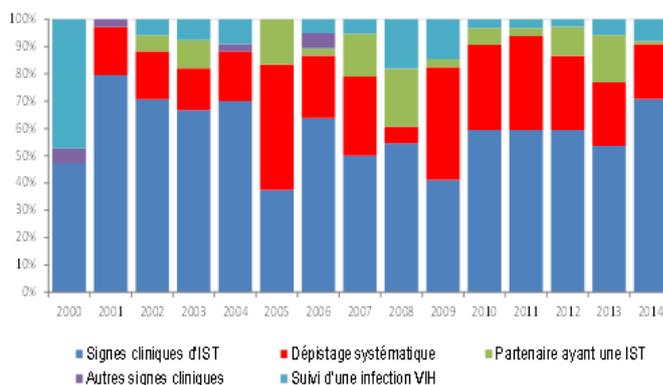
Figure 4 | Evolution des lieux de consultation des cas de syphilis récente, réseau RésIST, région Paca, 2000-2014.



*CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections VIH et des hépatites virales et des IST –Cdag: Consultations de dépistage anonyme et gratuit du VIH et des hépatites virales –Ciddist : Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST

Motifs de recours au dépistage : Sur l'ensemble de la période 2000-2013, en région Paca, 56,5% des cas de syphilis récente ont consulté pour des signes cliniques d'IST, 24,8% dans le cadre d'un dépistage systématique, 6,7% dans le cadre du suivi d'une infection VIH, 9,6% pour un partenaire ayant une IST et 2,5% pour d'autres signes cliniques. En 2014, l'existence de signes cliniques d'IST motivait 66,7% des consultations (60,5% au niveau national) et le suivi des personnes co-infectées par le VIH concernait 7,6% des cas (10,5% au niveau national) (figure 5 et tableau 1).

Figure 5 | Evolution des motifs de recours au dépistage des cas de syphilis récente, réseau RésIST, région Paca, 2000-2014.



1.3 Caractéristiques des cas 2000-2014

Le tableau 1 ci-dessous présente les caractéristiques des syphilis récentes déclarées par le réseau RésIST, en région Paca de 2000 à 2013 et en 2014, ainsi qu'en France en 2014.

1.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Tableau 1 | Caractéristiques des cas de syphilis récente, réseau RésIST, région Paca, années 2000-2014

	Région Paca		France
	2000-2013 (n=475)	2014 (n=130)	2014 (n=1274)
Sexe			
Hommes (%)	92,2	96,9	95,0
Femmes (%)	7,8	3,1	5,0
Motif de consultation initiale			
Suivi infection VIH (%)	6,7	7,6	10,5
Dépistage systématique (%)	24,8	19,0	21,3
Signes d'IST (%)	56,5	66,7	60,5
Partenaires avec une IST (%)	9,6	1,0	2,1
Autres signes cliniques (%)	2,5	5,7	5,5
Stade de la syphilis			
Primaire (%)	24,4	33,1	26,0
Secondaire (%)	34,5	30,0	36,1
Latence précoce (%)	41,1	36,9	37,9
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels (%)	72,6	84,6	84,6
Hommes hétérosexuels (%)	19,5	12,3	10,6
Femmes hétérosexuelles (%)	7,9	3,1	4,8

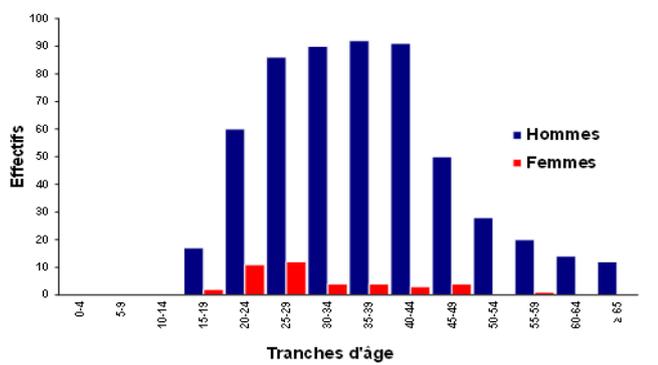
Suite tableau 1	Région Paca		France
	2000-2013	2014	2014
	(n=475)	(n=130)	(n=1274)
Statut sérologique VIH			
Positif connu (%)	20,0	29,7	33,0
Découverte de sérologie VIH (%)	5,8	6,8	3,4
VIH négatif (%)	74,3	63,6	63,6
Age médian (année)			
Hommes homo-bisexuels	35 ans	38 ans	36 ans
Hommes hétérosexuels	34 ans	33 ans	37 ans
Femmes	28 ans	29 ans	29 ans

En région Paca, entre 2000 et 2013, les hommes représentent la quasi-totalité des cas déclarés de syphilis récente (92,2%), et près de trois quarts des cas (72,6 %) concernent des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH).

En 2014 la proportion d'hommes présentant une syphilis récente a encore augmenté en région Paca avec 96,9% des cas versus 95% en France (tableau 1).

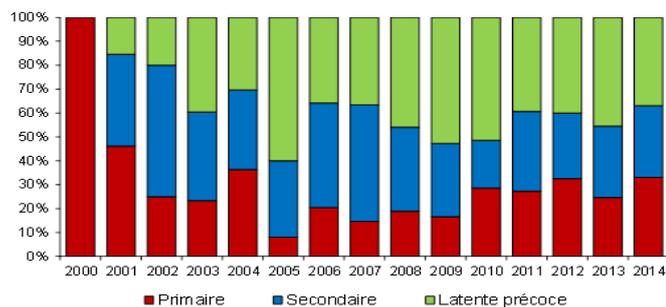
En région Paca, sur la totalité de la période 2000-2014, près de 84% des patients signalés pour syphilis récente avaient entre 20 et 49 ans et étaient en très grande majorité des hommes (figure 6). Les femmes étaient plus jeunes avec une médiane de 28 ans versus 36 ans pour les hommes (figure 6).

Figure 6 : Distribution des cas de syphilis récente selon l'âge et le sexe, réseau RésIST, région Paca, années 2000-14



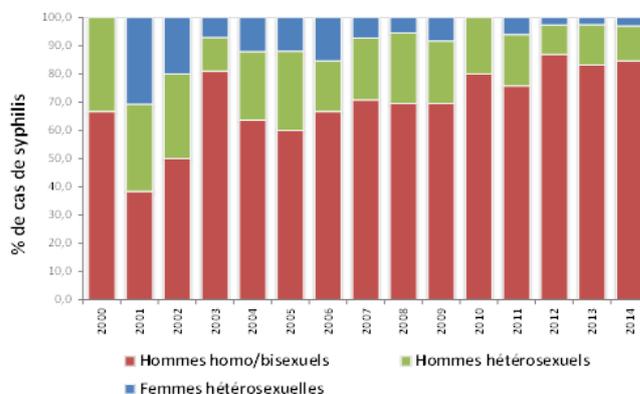
En région Paca, la part des syphilis diagnostiquées au stade primaire a augmenté, passant de 24,4% entre 2000 et 2013 à 33,1% en 2014 ($p=0,04$) (tableau 1). Ce taux de 33,1% n'est cependant pas significativement supérieur au taux de 26,0% observés en France en 2014 ($p=0,08$). Les formes latentes précoces représentaient en région Paca 41,1% des cas sur l'ensemble de la période 2000-13 et 36,9% en 2014, pour 37,9% en France (tableau 1) (figure 7).

Figure 7 : Evolution des cas de syphilis récente selon le stade, réseau RésIST, région Paca, 2000-2014



La proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) parmi les cas de syphilis récente était en augmentation de 2004 à 2014 en région Paca (figure 8). En 2014, 84,6% des cas signalés en Paca et en France concernait des HSH (tableau 1).

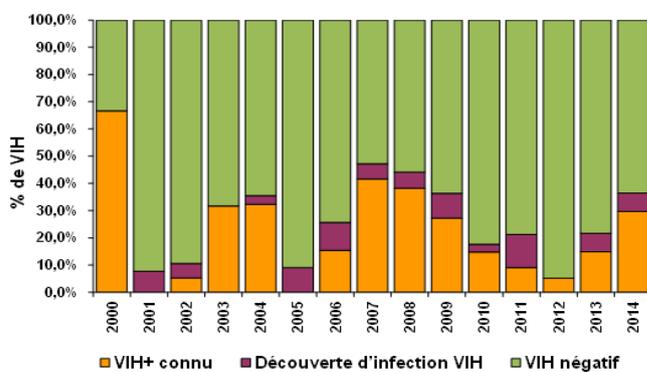
Figure 8 : Evolution des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau Résist, région Paca, 2000-2014.



La proportion de co-infections syphilis récente et VIH est variable selon les années. Ainsi en Paca, sur la période 2000-2013, les taux variaient entre 67% en 2000 et 5,1% en 2012 (36,4% en 2014) (figure 9).

En Paca la proportion de sérologies VIH positives chez les personnes ayant une syphilis récente a augmenté, passant de 25,7% sur l'ensemble de la période 2000-2013 à 36,4% en 2014. Cette proportion est comparable à celle observée en France en 2014 où le pourcentage des sérologies VIH positives est également de 36,4% (tableau 1).

Figure 9 : Evolution de la co-infection à VIH en cas de syphilis récente, réseau RésIST, région Paca, 2000-2014



De 2000 à 2014, parmi les patients de la région Paca ayant une co-infection syphilis récente et VIH, 91% ($n=143/157$) étaient des hommes homo-bisexuels, 8,2% ($n=13$) étaient des hommes hétérosexuels et 0,6% (une seule) était une femme. En 2014 toujours en Paca, les HSH ayant une co-infection syphilis récente et VIH représentaient 90,7% ($n=39/43$) des patients co-infectés et 33% de la totalité des cas de syphilis récentes ($n=39/118$).

1.3.2 Caractéristiques comportementales (auto-questionnaire)

En région Paca, les comportements sexuels étaient un peu différents sur la période 2000-2013 et en 2014 (tableau 2). En 2014 le préservatif était utilisé de manière systématique lors des 12 derniers mois pour les pénétrations anales et vaginales respectivement par 34,4% des cas (contre 35,3% en 2000-13) et 11,7% des cas (contre 20,3% en 2000-13) (tableau 2).

On constate une très faible utilisation systématique du préservatif pour les pratiques oro-génitales avec 2,7% d'utilisation systématique en 2014 pour 1,8% entre 2000 et 2013. En 2014, au niveau régional, la proportion des cas utilisant systématiquement le préservatif pour les pénétrations vaginales sont inférieures à celles du niveau national (11,7% vs 28,4%).

Tableau 2 | : Caractéristiques des cas de syphilis récente selon la période de diagnostic, réseau RésIST, auto-questionnaire, région Paca, 2000-2014

	< Région Paca >		France
	2000-2013 (n*=275)	2014 (n*=72)	2014 (n=**)
Nombre médian de part-			
HSH	5,5	5	6
hommes hétéro	3	3	2
femmes hétéro	1	3,5	1
Utilisation systématique de préservatif			
pénétration anale (%)	35,3	36,4	34.1 %
pénétration vaginale(%)	20,3	11,7	28.4 %
Fellation(%)	1,8	2,7	1.9 %

* Nombre de répondants à l'auto-questionnaire

** Les informations sur les comportements sont disponibles pour 57% des cas en Paca et deux tiers en France, aussi, les résultats issus de ces données comportementales doivent être interprétés avec prudence

POINTS FORTS – SYPHILIS – PACA

- En région Paca et en 2014, le nombre de cas de syphilis récente est en nette augmentation par rapport aux années 2012 et 2013 avec un triplement du nombre de cas par rapport à 2012. Cette tendance est également observée dans les 3 principaux départements de la région (06, 13, 83) ainsi qu'en France métropolitaine.

- Dans la région, entre 2000 et 2013, les hommes représentent 92,2% des cas déclarés de syphilis récente et près de trois quart (72,6 %) concerne des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). En 2014 la proportion d'hommes présentant une syphilis récente a encore augmenté en région Paca avec 96,9% des cas (versus 95% en France).

- En 2014, en région Paca, 66,7% des cas de syphilis récente ont consulté pour des signes cliniques d'IST alors qu'ils étaient 60,5% en France et 56,5% en Paca entre 2000 et 2013.

- En 2014 toujours en Paca, la proportion de sérologies VIH positives chez les personnes ayant une syphilis récente a augmenté, passant de 25,7% sur l'ensemble de la période 2000-2013 à 36,4% en 2014. Cette proportion est comparable à celle observée en France. En Paca toujours en 2014, les HSH ayant une co-infection VIH et syphilis récente représentaient 90,7% des patients co-infectés et 33% de la totalité des cas de syphilis récentes.

- L'utilisation systématique du préservatif est très faible pour les pratiques oro-génitales (< 3%) qui sont un mode de transmission efficace de la syphilis. L'usage systématique du préservatif reste globalement très insuffisant dans la région comme en France.

Pour plus d'informations, consultez le site de Santé publique France (rubrique IST).

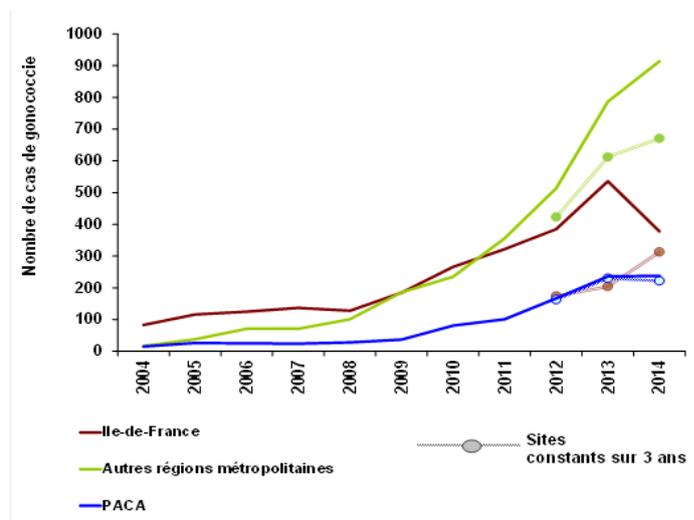
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>

2. Gonococcie

2.1 Evolution du nombre de cas de Gonococcies (source RésIST 2004-14)

De 2004 à 2014, soit depuis le début de la surveillance par le réseau RésIST, 978 cas de gonococcies ont été signalés en région Paca, dont 238 cas en 2014 (figure 10 et tableau 3).

Figure 10 | : Evolution du nombre de cas de gonococcies en région Paca et dans les autres régions, réseau RésIST, 2004-2014.

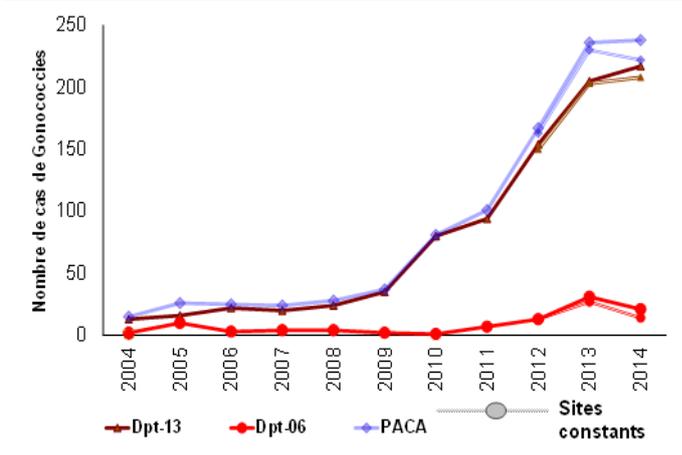


Depuis 2009, on observe une forte augmentation du nombre de cas de gonococcies signalées en région Paca, plus particulièrement entre 2012 et 2013, ou cette augmentation a été de +70% avec une stabilisation en 2014. Cette tendance observée en région Paca est confirmée par l'évolution à sites constants.

Cette augmentation du nombre de cas de gonococcies s'observe dans toutes les régions de France depuis 2009 (la diminution du nombre de cas déclarés en Ile-de-France en 2014 n'est pas confirmée à sites constants et résulte de la non-participation d'un site important). (figure 10)

La répartition des cas de gonococcies de la région Paca par départements de signalement montre une très forte représentation des Bouches-du-Rhône qui déclare 90% des cas de la région. (figure 11).

Figure 11 | : Evolution du nombre de cas de gonococcies déclarées par an et par département, réseau RésIST, région Paca, 2004-2014.

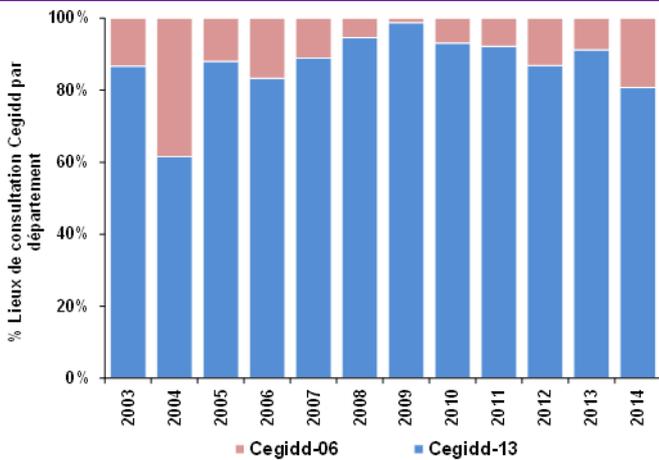


2.2 Caractéristiques des recours au dépistage, 2004-2014

En Paca de 2004 à 2014, seuls les Cdag-Ciddist et CeGIDD ont signalé des cas de gonococcies sauf un cas signalé par un médecin de ville dans le département des Alpes-Maritimes au tout début de la surveillance. De même, aucune consultation hospitalière participant à la surveillance RésIST en région Paca n'a signalé des gonococcies entre 2004 et 2014.

L'évolution des signalements de cas de gonococcie par les consultations CeGIDD (ex Cdag-Ciddist) par an et par département montre une très nette sur-représentation des Bouches-du-Rhône (figure 12).

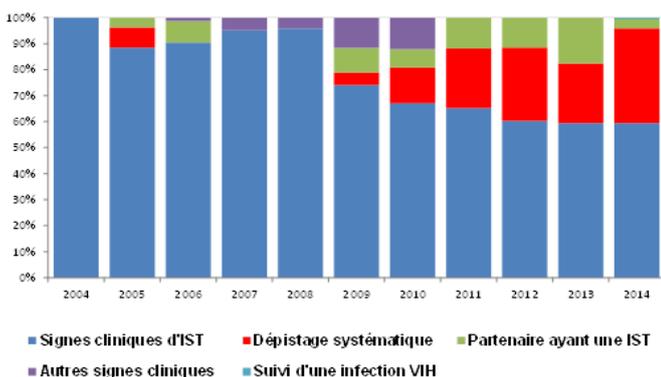
Figure 12 | Evolution des cas de gonococcie selon les lieux de consultation CeGIDD par an et par département, réseau RésIST, région Paca, 2003-14.



Les signalements des cas de gonococcie selon les motifs de consultation ou de recours au dépistage ont évolué entre 2004 et 2014 en région Paca. En 2014, les consultations pour signes cliniques d'IST constituent toujours le motif de consultation le plus fréquent (51,3 %), bien qu'il soit en forte baisse depuis 2009 (le taux moyen était de 65,9 % entre 2004 et 2013). En deuxième position, la part des dépistages systématiques (31,5 %) est en constante augmentation depuis 2009 (le taux moyen était de 17,6 % entre 2004 et 2013) (figure 13 et tableau 3).

Les motifs de consultation pour un partenaire ayant une IST, ou pour d'autres signes cliniques en région Paca sont fluctuants selon les années de la surveillance RésIST. La détection d'une gonococcie dans le cadre du suivi d'une infection VIH est exceptionnelle (un seul cas en 2014 en région Paca) (figure 13 et tableau 3).

Figure 13 | Evolution des cas de gonococcie selon le motif de consultation ou de recours au dépistage, réseau RésIST, région Paca, 2004-2014.



2.3 Caractéristiques des cas 2004 -2014

2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

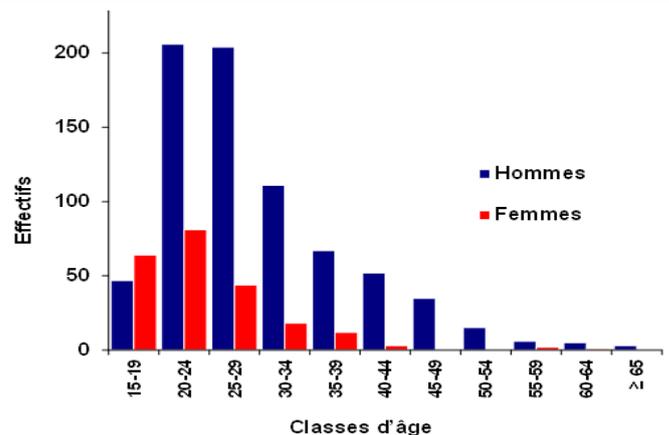
En Paca, la majorité des cas de gonococcie signalés concerne les hommes : 76,1 % des cas entre 2004 et 2013 et 79,8 % des cas en 2014 versus 80,3% en France métropolitaine (tableau 3).

Tableau 3 | Caractéristiques des cas de gonococcies, réseau RésIST, région Paca, 2004-2014

	Région PACA		France
	2004-2013 (n=740)	2014 (n=238)	2014 (n=1339)
Sexe			
Hommes (%)	76,1	79,8	80,3
Femmes (%)	23,9	20,2	19,7
Motif de consultation initiale			
Suivi infection VIH (%)	0,0	0,5	0,7
Dépistage systématique (%)	17,6	31,5	24,9
Signes d'IST (%)	65,9	51,3	65,3
Partenaires avec une IST (%)	10,7	3,0	2,6
Autres signes cliniques (%)	5,9	13,7	6,4
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels (%)	46,2	61,4	62,1
Hommes hétérosexuels (%)	29,8	19,1	18,5
Femmes hétérosexuelles (%)	24,0	19,5	19,4
Statut sérologique VIH			
Positif connu (%)	4,3	3,7	7,9
Découverte de séropositivité VIH	1,4	2,3	1,1
Négatif	94,4	94,1	91,0
Age médian			
Hommes homo-bisexuels	30	27	27
Hommes hétérosexuels	26	25	25
Femmes	22	21	21

La classe d'âge [20-29 ans] représente 54,7% des cas de gonococcie signalés par le réseau RésIST Paca entre 2004 et 2014 dont 41,9% d'hommes et 12,8% de femmes (figure 14).

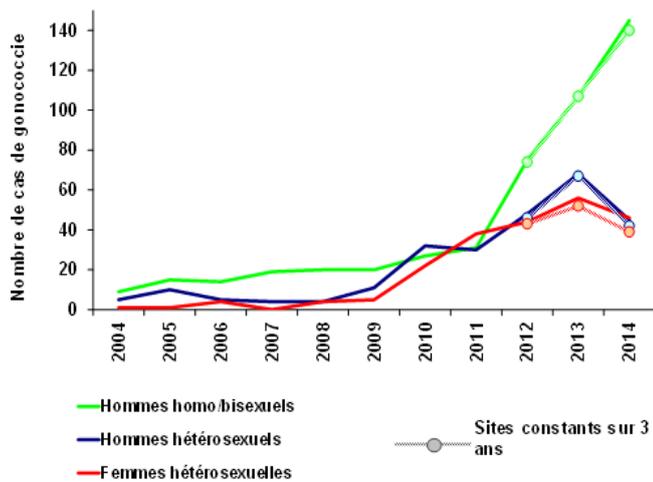
Figure 14 | Distribution des cas de Gonococcie selon l'âge et le sexe, réseau RésIST, région Paca, année 2004-14



La part des HSH est en très nette augmentation depuis 4 ans et cette augmentation est confirmée à sites constants (figure 15). Les pourcentages de HSH parmi les cas de gonococcies signalées entre 2004 et 2013 (45,2%) et ceux de 2014 (61,4%) attestent de cette augmentation en région Paca. Ces pourcentages de 2014 sont comparables à ceux du niveau national (62,1 %) (tableau 3 et figure 15).

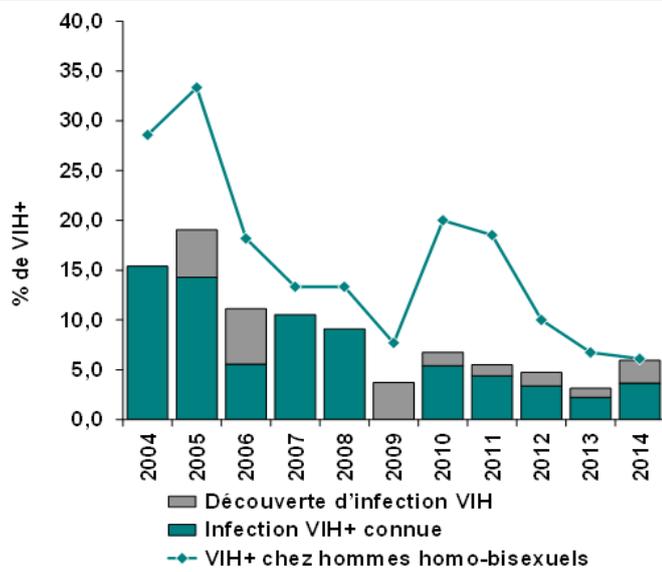
En 2014, l'âge médian des cas de gonococcie était respectivement ; de 27 ans chez les HSH en Paca et au niveau national ; de 25 ans pour les hommes hétérosexuels en Paca et en France et de 21 ans pour les femmes en Paca et au niveau national (tableau 3). En 2014, les femmes sont significativement plus jeunes que les hommes ($p=0,006$).

Figure 15 | : Distribution des cas de Gonococcie selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, région Paca, année 2004-14



Sur la période 2004 à 2013 les co-infections VIH représentent 5,7% des cas de gonococcies signalées, pour 6% en 2014 en région Paca versus 9% au niveau national. En 2014, les pourcentages d'infections VIH connues et de découvertes de séropositivités lors de la consultation pour gonococcie sont respectivement de 3,7% et 2,3% en région Paca versus 7,9% et 1,1% en France (tableau 3 et figure 16).

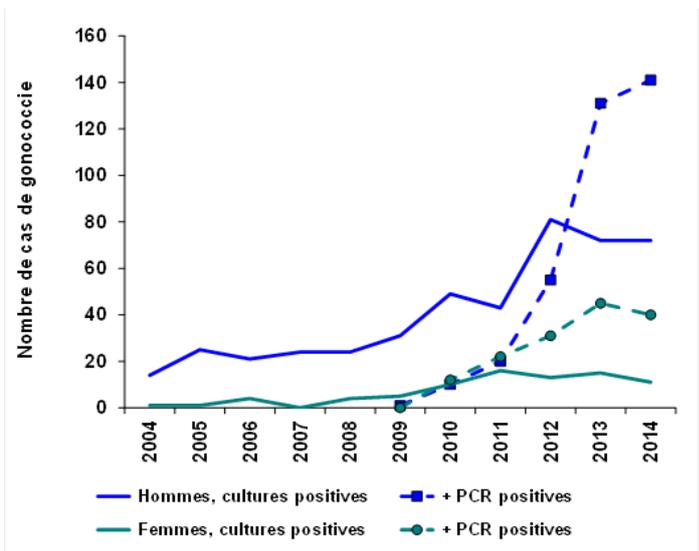
Figure 16 | : Distribution des cas de Gonococcie selon le statut VIH et orientation sexuelle, réseau RésIST, région Paca, année 2004-14



En région Paca, en 2014, le diagnostic des cas de gonococcie signalés par le réseau RésIST est confirmé majoritairement par PCR

(76,1%), tandis que la culture cellulaire en confirme 34,9%. Entre 2009 et 2013 la PCR confirmait 44,2% des cas signalés de la région Paca et la culture en diagnostiquait 61,2% sur la période 2004 à 2013. L'accroissement du nombre de cas de gonococcies diagnostiqués par PCR depuis 2009 concerne à la fois les hommes et les femmes (figure 17).

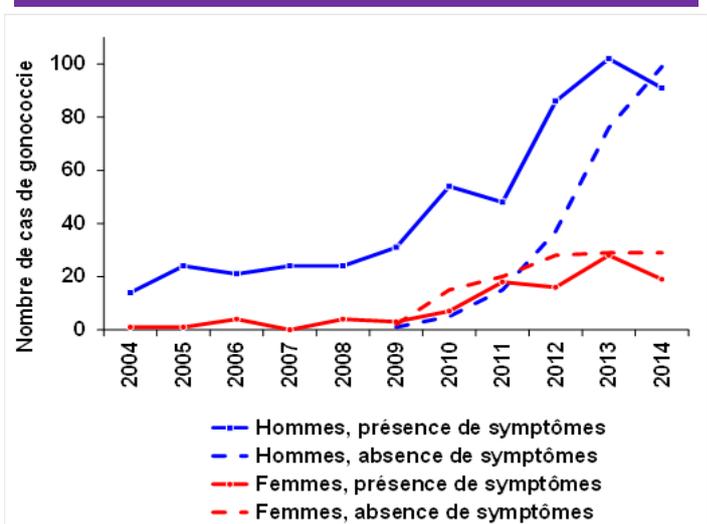
Figure 17 | : Distribution des cas de Gonococcie par sexe selon les résultats biologiques culture et PCR, réseau RésIST, région Paca, année 2004-14



En région Paca, l'apparition de signes cliniques d'IST a motivé 65,9 % des consultations entre 2004 et 2013 pour diminuer à 51,3 % des consultations en 2014. Le dépistage systématique représente 17,6 % des cas entre 2004 et 2013 et augmente à 31,5% en 2014. (tableau 3).

La pratique du prélèvement systématique chez des patients asymptomatiques (à risque d'IST) permet le diagnostic de plus de la moitié (53,8%) des gonococcies signalées en région Paca en 2014. Les patients asymptomatiques ne représentaient que 30,9% entre 2005 et 2013. En 2014, les hommes et les femmes asymptomatiques représentent respectivement 41,6% et 12,2% des gonococcies signalées en Paca (figure 18).

Figure 18 | : Distribution des cas de Gonococcie par sexe selon la présence de symptômes ou non, réseau RésIST, région Paca, année 2004-14



2.3.2 Caractéristiques comportementales (auto-questionnaire)

Le taux de remplissage de l'auto-questionnaire des cas de gonococcie était de 47% en région Paca pour deux tiers au niveau national (tableau 4).

En Paca, les comportements sexuels (nombre de partenaires sexuels et utilisation systématique du préservatif) sont stables sur les périodes 2004-13 et 2014, avec un nombre de partenaires toujours plus élevé chez les HSH même si ce nombre de partenaires est moins élevé qu'au niveau national (tableau 4).

POINTS FORTS – GONOCOCCIES – PACA

- En 2014, en région Paca, plus de trois-quarts des cas de gonococcie sont des hommes (79,8%) et deux tiers (61,4%) sont des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH).
- Le département des Bouches-du-Rhône est surreprésenté principalement du fait de la bonne adhésion des Cdag-Ciddist, et CeGIDD, de ce département, aux diagnostics et aux signalements des gonococcies.
- En 2014, les consultations pour signes cliniques d'IST constituent toujours le motif de signalement de gonococcies le plus fréquent (51,3 %), bien qu'il soit en forte baisse depuis 2009, tandis que la part des dépistages systématiques (31,5%) est en constante augmentation.
- Les signalements de gonococcie asymptomatique progressent pour atteindre 53,8% en 2014. L'utilisation des PCR combinées (Chlamydiae-Gonocoque) est en hausse depuis 2009. En 2014, la part du dépistage systématique est plus importante en région Paca (31,5%) qu'au niveau national (24,9%) ($p=0,000$).
- L'utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois reste très insuffisante en région Paca et en 2014 son utilisation systématique est 2 fois moindre qu'au niveau national.

En 2014, l'utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois pour la pénétration anale et vaginale a été estimée en région Paca à respectivement 18,7% et 10,7% versus 32,6% et 20,7% au niveau national. Seulement 0,8% des patients avaient déclaré utiliser le préservatif systématiquement lors de rapports oro-génitaux (tableau 4).

Ainsi, en région Paca l'utilisation systématique du préservatif est très insuffisante et le préservatif est moitié moins utilisé qu'au niveau national pour les pénétrations anales et vaginales.

En ce qui concerne les fellations, le préservatif n'est quasiment jamais utilisé en région Paca et au niveau national alors que c'est un moyen efficace de transmettre une gonococcie.

| Tableau 4 | : Caractéristiques des cas de gonococcie selon la période de diagnostic, réseau RésIST, auto-questionnaire, région Paca, 2004-2014

	Région Paca		France
	2004-2013 (n*=342)	2014 (n*=117)	2014 (n=**)
Nombre médian de partenaires			
HSH	6	7	10
hommes hétéro	4	4	4
femmes hétéro	2	2	3
Utilisation systématique de			
pénétration anale (%)	21,8	18,7	32,6
pénétration vaginale(%)	10,9	10,7	20,7
Fellation(%)	0,9	0,8	1,8

* Nombre de répondants à l'auto-questionnaire

** Les informations sur les comportements sont disponibles pour 47% des cas en Paca et deux tiers en France aussi, les résultats issus de ces données comportementales doivent être interprétés avec prudence

IST - Conclusion

Dans un contexte national de progression des IST depuis 2000, la surveillance reste indispensable pour décrire l'épidémiologie de ces pathologies et adapter les actions de prévention.

La surveillance RésIST permet de suivre l'évolution de la syphilis récente et de la gonococcie et de décrire les caractéristiques des patients. Basée sur le volontariat des cliniciens, elle ne permet cependant pas d'être exhaustif ou représentatif de l'ensemble des cas et il convient de rester prudent sur l'interprétation des tendances observées.

Ces IST sont des indicateurs de pratiques sexuelles non protégées et des indicateurs indirects du risque de transmission du VIH. La sensibilisation des professionnels de santé au dépistage et à la prise en charge de ces infections ainsi que les actions de prévention pour le public doivent être poursuivies.

ACRONYMES

ARS : Agence régionale de santé

Cdag : Centre de dépistage anonyme et gratuit du VIH

Ciddist : Centre d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles

CeGIDD : Centre d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles

CPEF : Centre de planification et d'éducation familiale

Cire : Cellule d'intervention en région de Santé publique France

Corevih : Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH

DO : Déclaration Obligatoire

HPV : Human papillomavirus

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

IC : Intervalle de confiance

IST : Infection sexuellement transmissible

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

PCR : Polymérase chain reaction

Rénago et Rénachla : Réseaux de surveillance par les laboratoires de microbiologie pour le gonocoque et Chlamydiae

RésIST : Réseau de surveillance des IST par les cliniciens

SIDA : Syndrome de l'immunodéficience acquise

TAAN-PCR : Test d'amplification des acides nucléiques

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

UDI : Utilisateurs de drogues injectables

ENCADRE 1 | Organisation de la surveillance des IST en France métropolitaine |

Rappel

La surveillance des IST a pour objectif de décrire l'évolution annuelle des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et de décrire les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et comportementales.

Cette surveillance est mise en place depuis 2001, suite à la ré-émergence de la syphilis en 2000 puis de la LGV en 2003.

Santé publique France (ex Institut de Veille Sanitaire -InVS) coordonne la surveillance des IST qui repose au niveau national sur :

A/ un réseau de cliniciens volontaires dénommé « RésiST » (réseau de surveillance des IST) qui signale les 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) ;
- gonococcie : sur la mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* par culture sur « gélose chocolat » à partir de tout prélèvement OU par technique de PCR.

B/ deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires, Rénago pour les gonococcies (nombre d'isolements, résistance aux antibiotiques) et Rénachla pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (nombre de tests et de diagnostics positifs).

RésiST

Après consentement du patient, les informations anonymes sont consignées sur un questionnaire mis sous enveloppe et envoyés aux Cire qui les valident et les transmettent au département des maladies infectieuses de Santé publique France. Ce dernier qui est destinataire de tous les signalements d'IST au niveau national est chargé de la validation finale, de la saisie et du contrôle des données (encadré 1). Les résultats présentés dans ce bulletin sont issus des données Resist de la région Paca

Rénago

Les laboratoires de microbiologie participant au réseau Rénago envoient à Santé publique France :

pour les prélèvements positifs à *Neisseria gonorrhoeae*, une fiche épidémiologique indiquant le sexe, l'âge, le site de prélèvement, la présence de signes cliniques, le type de prescripteur ;

une fiche semestrielle comportant des données agrégées concernant le nombre de prélèvements et le nombre de gonocoques diagnostiqués. Comme le nombre de laboratoires varie chaque année, l'indicateur retenu pour suivre les tendances épidémiologiques est le nombre moyen de gonocoques diagnostiqués par an par laboratoire actif (Ng/lab/ an). Un laboratoire est considéré comme "actif" s'il a envoyé les données d'au moins un semestre.

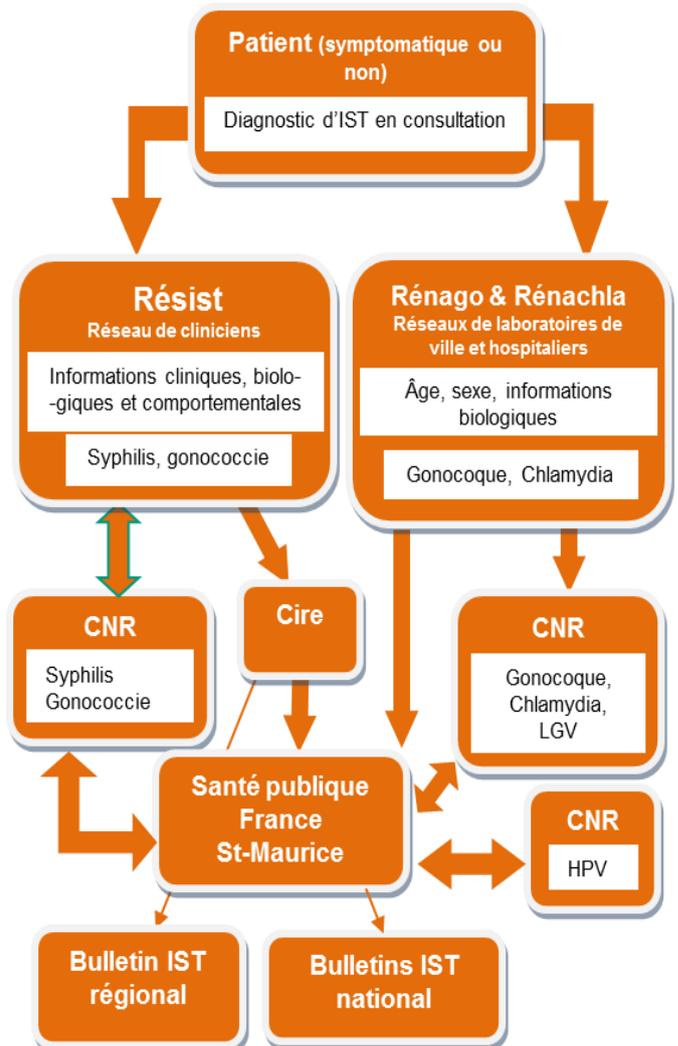
Pour les centres participant à la surveillance microbiologique, les souches isolées sont envoyées à l'Institut Alfred Fournier (Centre National de Référence des gonocoques) où leur sensibilité à 6 antibiotiques (azithromycine, tétracycline, ciprofloxacine, ceftriaxone, céfixime et spectinomycine) est testée.

Rénachla

Les laboratoires volontaires qui participent au réseau communiquent chaque mois à Santé publique France le nombre de recherches de *Chlamydia trachomatis* (essentiellement par PCR). L'analyse des tendances repose sur l'évolution de l'activité des

laboratoires (nombre de recherches, nombre d'identifications de *C. trachomatis*) et du pourcentage de positivité (nombre de cas identifiés / nombre de recherches de *C. trachomatis*).

| Figure | Organisation de la surveillance des IST en France

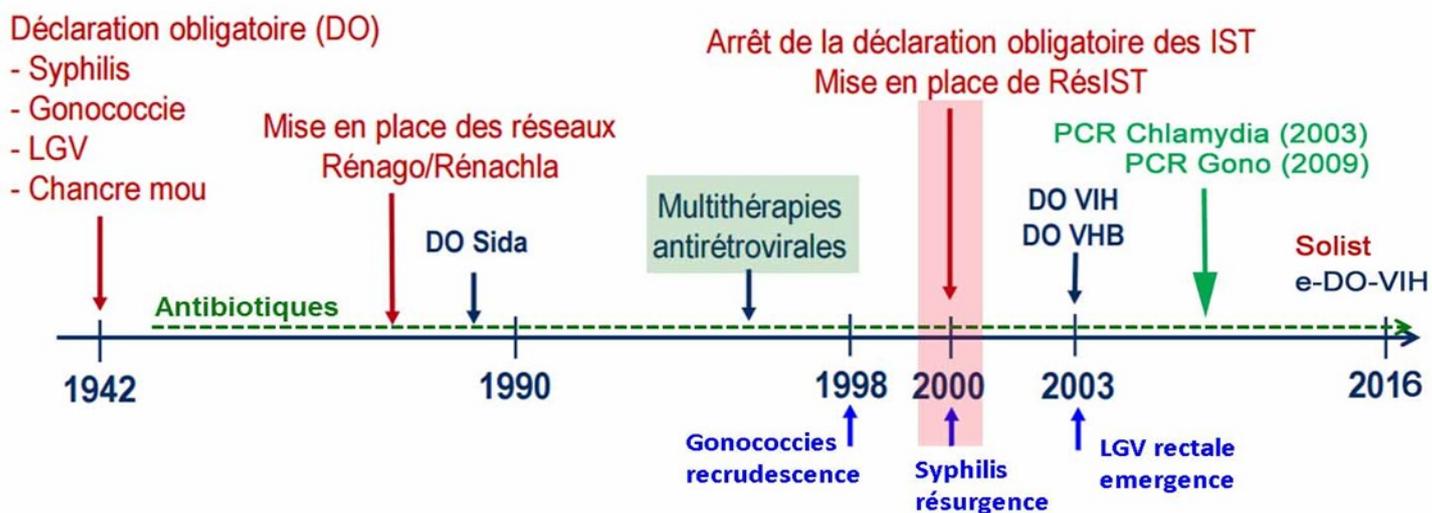


| Plus d'information sur la surveillance des IST, les questionnaires et les bilans nationaux |

Disponibles sur le site de Santé publique France :

<http://invs.santepubliquefrance.fr//Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Comment-surveiller-les-IST>

ENCADRE 2 | Évolution de la surveillance des IST en France



Avec l'apparition des antibiotiques, traitements efficaces des IST, la déclaration obligatoire (très peu exhaustive) a laissé place au réseau de surveillance des IST par les laboratoires de biologie (Renago et Renachla) et par les CNR.

Après l'apparition du VIH et du Sida et le renforcement des mesures de prévention, l'efficacité des trithérapies VIH s'est traduite par un relâchement des mesures préventives et la recrudescence des IST (gonococcie, syphilis et lymphogranulomatose vénérienne (LGV) parmi les populations les plus à risque.

Les moyens de dépistage et de diagnostic plus performants (PCR combinée Gonocoque-Chlamydiae) ont renforcé le dispositif de surveillance des IST. La surveillance Renago et Renachla s'effectue en ligne depuis 2015 (Solist) et la DO VIH et Sida est mise en œuvre sous e-DO en 2016.

ENCADRE 3 | Définitions de cas de syphilis récente et de gonococcie ResIST

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	▶ Chancre	ET	+		+	OU	+	OU	+
Secondaire	▶ Lésions cutanéomuqueuses ▶ Adénopathies ▶ ± Chancre		+	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		

* Mise en évidence de *Treponema pallidum* dans des prélèvements par un examen au microscope à fond noir, par immunofluorescence directe ou PCR positive

** VDRL ou RPR, TPHA ou FTA-abs

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.

ENCADRE 4 | Création des CeGIDD en 2016

Les Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ont été créés en 2016.

Ces CeGIDD sont de nouvelles structures nées de la fusion des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) du VIH et des hépatites virales et des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist).

Les CeGIDD ont des missions élargies dans une approche globale de la santé sexuelle. Leur objectif est d'accroître l'accessibilité et la qualité de l'offre de prévention et de dépistage du VIH, des hépatites virales et des IST, notamment en direction des populations les plus vulnérables et les plus éloignées de cette offre, et de garantir la simplification et la continuité de leur parcours de santé.

Missions confiées aux CeGIDD

Les CeGIDD assurent dans leurs locaux ou hors les murs, notamment auprès des publics les plus concernés :

la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le VIH et les hépatites virales ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés ;

la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des IST ;

la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle, notamment par la prescription de contraception d'urgence et de certains vaccins.

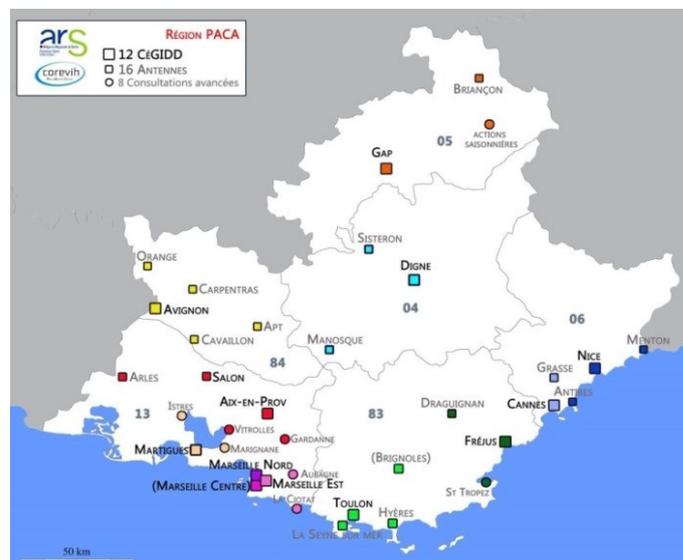
Habilitation et financement

Les CeGIDD sont habilités par les ARS.

L'autorisation de fonctionnement et le financement des CeGIDD ainsi que les modalités de suivi et de coordination de leur activité relèvent de l'Agence régionale de santé.

Les CeGIDD de la région Paca

Ceux-ci sont répartis en sites principaux, en antennes et en consultations avancées. Voici la carte de leurs implantations en région Provence-Alpes-Côte-D'azur au cours de l'année 2016.



ENCADRE 5 | « e-DO » : Le nouvel outil en ligne pour les Maladies à Déclaration Obligatoire

La dématérialisation de la déclaration obligatoire (DO) est en cours de déploiement sous la forme d'une application en ligne nommée « e-DO ».

Ce nouvel outil va progressivement remplacer l'ancien dispositif de déclaration des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) et a pour objectifs de :

Simplifier le processus de notification et les échanges entre les différents acteurs de la DO.

Renforcer l'adhésion des professionnels de santé.

Réduire les délais de transmission des déclarations.

Améliorer la traçabilité et renforcer la sécurité des échanges d'information.

L'application e-DO est dans un premier temps dédiée à la déclaration de l'infection par le VIH et du Sida, les autres MDO seront progressivement intégrées à cette application.

« e-DO VIH Sida » : Le déploiement de l'application « e-DO VIH Sida » a été prévu en deux temps : elle a commencé par une phase pilote en janvier 2016 en Ile-de-France et en Guyane, puis a été étendue à partir de mai 2016 dans les autres régions françaises.

Les principes de fonctionnement de l'application « e-DO VIH Sida »

La déclaration est faite sous la responsabilité de professionnels de santé déclarants (médecins, pharmaciens, biologistes), qui ont la possibilité d'autoriser des non professionnels de santé

(Techniciens d'études cliniques, internes, etc.) à saisir et envoyer des DO.

L'authentification de l'ensemble des déclarants est basée sur l'utilisation des cartes de la famille CPS (Carte de Professionnel de Santé), dispositif garant d'une connexion sécurisée à l'application.

La déclaration est toujours anonyme et le circuit de déclaration de la DO du VIH/sida est modifié par rapport au circuit papier actuel. Les biologistes n'ont plus à transmettre de feuillets de notification au clinicien, mais chaque déclarant (clinicien et biologiste) fait sa propre déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO.

Cette application permet une saisie interactive, des échanges en ligne avec les autorités sanitaires (ARS, Santé publique France) et la consultation d'un historique des déclarations envoyées les 12 derniers mois. Elle propose également des tableaux de bord automatisés.

Une campagne de communication nationale accompagne la sortie de l'application.

Pour plus d'informations sur e-DO VIH Sida :

Rendez-vous sur www.invs.sante.fr/e-do

<http://www.invs.sante.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/e-DO-Declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-VIH-et-du-sida>

| Bibliographie |

VIH – SIDA

-Santé publique France. Dépistage du VIH [Internet]. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Depistage-du-VIH>

-Santé publique France. Déclaration obligatoire de l'infection à VIH et du sida. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Declaration-obligatoire-de-l-infection-a-VIH-et-du-sida>

-Cazein F, Le Strat Y, Pillonel J et al. Dépistage du VIH et découverte de séropositivité, France 2003 - 2010. Bull Epidemiol Hebd 2011;43-44:446-54. Disponible : <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-43-44-2011>

-Cazein F, Le Strat Y, Sarr A, Ramus C, Bouche N, Le Vu S et al. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. Bull Epidemiol Hebd. 2014;32-33:534-40

-Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R et al. Découverte de séropositivité VIH et sida - France, 2003-2012. Bull Epidemiol Hebd [Internet]. 2014;9-10:154-62. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvi=notice_display&id=12010

-Point épidémiologique – Infection par le VIH/SIDA et les IST-23/11/2015 :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>

IST : Syphilis - Gonococcies

- Velter A, Bouyssou-Michel A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre Gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. Bull Epidemiol Hebd 2006;25.

- Gallay A, Bouyssou A, Basselier B, Goulet V. Épidémiologie des infections sexuellement transmissibles (IST) en France. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2007. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr>

- 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 Epidemiol Hebd.2008;(14-15): 114-6.

- Bouyssou A, Janier N, Dupin N, Alcaraz I et al. La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur 10 ans 2000-2009. Bull Epidemiol Hebd 26-27-28, 295-298. 2011.

- Vous pouvez consulter le bulletin des réseaux de surveillance des IST, Rénago, Rénachla et ResIST sur le site de Santé publique France : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance>

| Remerciements |

A l'ensemble des déclarants, médecins cliniciens des CDAG, Ciddist, CeGIDD et des services hospitaliers qui contribuent à la surveillance épidémiologique des IST et du VIH, ainsi que le département des maladies infectieuses de Santé publique France pour l'organisation de la surveillance au niveau national, et les Corevih Paca est et Paca ouest Corse pour leur contribution.

| Journée IST Paca | le 23 septembre 2016 à Marseille



La Cire Paca Corse (Santé publique France : ex Cire-InVS) et le COREVIH Paca Ouest Corse en lien avec l'ARS Paca organisent, en collaboration avec les CeGIDD, les consultations hospitalières spécialisées et les associations impliquées, une journée sur les infections sexuellement transmissibles (IST) le 23 septembre 2016 à l'Hôpital de la Timone Amphithéâtre HA2 - 264, rue Saint Pierre 13005 Marseille. Suivre le lien pour : [le programme](#)

Cette réunion à l'attention des professionnels de santé et des associations impliqués dans ce domaine fait suite à l'installation récente des CeGIDD et s'inscrit dans la mise en œuvre de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui préconise l'amélioration du dépistage des IST.

Au cours de cette journée, il est prévu que Santé publique France (ex InVS et INPES) intervienne sur les aspects épidémiologiques et comportementaux et que les cliniciens des CeGIDD et des hôpitaux traitent des aspects cliniques, de dépistages, de diagnostics et de prise en charge des IST. Des associations de la région Paca en charge de la prévention des IST interviendront également sur les modalités de prévention des populations exposées.

L'essentiel et les nouveautés des guides de prises en charge des IST qui ont été récemment actualisés seront présentés. Afin de favoriser la prévention des IST, l'accent sera mis sur la gravité potentielle ou inhabituelle de certaines IST, (gonococcies invasives et résistantes, implication du méningocoque C, syphilis compliquées et congénitales, hépatites A, B, C, VIH, etc.) pour davantage motiver les populations exposées et faire intervenir en ce sens les acteurs associatifs.

Une table ronde prévention sur le thème "Les IST ce n'est pas rien !" permettra de réfléchir aux modalités de prévention les plus adaptées aux populations particulièrement exposées.

Si vous désirez recevoir par mail les prochains Bulletins de Veille Sanitaire, merci de vous inscrire sur le [site de Santé publique France](#)



Directeur de la publication :
François Bourdillon, Santé publique France

Rédacteur en chef :
Philippe Malfait, Santé publique France

Coordination du numéro :
Alexis Armengaud Santé publique France

Retrouvez-nous sur :
www.santepubliquefrance.fr

Cire Sud
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur
132, boulevard de Paris
CS 50039
13331 Marseille Cedex 03

Tél. : 04 13 55 81 01
Mail : ars-paca-cire@ars.sante.fr