

Surveillance de la syphilis et des gonococcies en Lorraine de 2007 à 2013

| Sommaire |

- | Page 2 | Problématique des IST dans le monde en 2013
- | Page 4 | Organisation de la surveillance des IST en France et en Lorraine
- | Page 6 | Surveillance de la syphilis en Lorraine de 2007 à 2013 avec RésIST
- | Page 9 | Surveillance des gonococcies en Lorraine de 2009 à 2013 avec RésIST
- | Page 11 | Synthèse et discussion
- | Page 12 | Résumé du BVS

“ observer,
surveiller, alerter ”

| Editorial |

Dr Jenifer YAI, médecin épidémiologiste, Cire Alsace Champagne-Ardenne Lorraine

En France, la surveillance des IST est coordonnée par l'Institut de veille sanitaire et ses cellules en régions, en collaboration avec les Centres nationaux de référence (CNR). Cette surveillance repose sur un réseau de cliniciens volontaires RésIST en collaboration avec des réseaux de laboratoires Rénago et Rénachla.

Depuis les années 2000, une augmentation croissante des cas de syphilis et de gonococcies a été constatée dans plusieurs pays dont la France. L'analyse des données a permis de décrire le profil des cas apparus au cours de la dernière décennie et de comprendre les tendances épidémiologiques.

Ce bulletin présente la situation épidémiologique mondiale des IST et détaille l'organisation de la surveillance en France. Elle présente également l'analyse des données de surveillance du réseau RésIST en Lorraine de 2007 à 2013 pour la syphilis et de 2009 à 2013 pour les gonococcies.

Comme au niveau national et au niveau européen, la population la plus touchée par ces IST est celle des hommes homo bisexuels, surtout celle entre 25 et 35 ans. La dynamique de l'infection est plus forte ces dernières années où malgré les recommandations, l'usage du préservatif reste très peu suivi, surtout lors des fellations qui sont pourtant un mode de transmission courant. Une co-infection avec le VIH est rapportée dans plus de la moitié des cas de syphilis et de gonococcies. Chez les hommes hétérosexuels, la médiane d'âge en Lorraine est plus élevée que celle des autres régions et de la France métropolitaine.

Les caractéristiques décrites des cas montre l'importance de maintenir et renforcer les mesures de dépistage et de prévention ciblées sur les populations identifiées comme les plus à risque de contracter et diffuser ces IST, tout en excluant pas la population générale qui est aussi à risque. Toutefois, les disparités observées notamment au niveau de l'âge des cas de syphilis interpellent sur l'adaptation de ces mesures dans la population générale.

Afin de pouvoir améliorer la représentativité et l'exhaustivité des données, il est important de renforcer la surveillance des IST à travers le réseau RésIST déjà existant; et donc que les signalements soient effectués par tous les médecins recevant des patients d'IST.

Par le biais de ce BVS, nous espérons sensibiliser les cliniciens à participer à ce système de surveillance.

| Problématique des IST dans le monde en 2013 |

Jenifer YAI, CIRE Alsace Champagne-Ardenne Lorraine

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un problème de santé publique en raison de leur fréquence, des risques de séquelles (infertilité, mortinatalité élevée etc.) et de transmission accrue du VIH [1]. D'après les estimations de l'OMS, chaque jour, plus d'un million de personnes contractent une IST et chaque année, 500 millions de personnes contractent l'une des quatre IST suivantes: chlamydie, gonococcies, syphilis ou trichomonase [1]. Selon l'OMS, en considérant les tendances sociales démographiques migratoires et l'évolution des comportements sexuels, le nombre de personnes exposées aux IST va continuer d'augmenter considérablement.

En Europe, le nombre de personnes ayant contracté l'une des quatre IST en 2008 a été estimé à 47 millions (figure 1) dont 3,4 millions de gonococcies et 0,2 millions de syphilis. Le dernier rapport de l'ECDC [2] sur la surveillance des IST de 2008 à 2012, faisait état d'une augmentation variable en fonction des pays du nombre cas de gonococcies (figure 2) et de syphilis (figure 3) même si tous les pays d'Europe n'ont pas transmis des données de surveillance à l'ECDC. L'analyse des données mondiales et européennes a montré que les hommes étaient plus à risque que les femmes, particulièrement les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) et que la tranche d'âge de 15-49 ans était la plus touchée. L'ECDC en relation avec l'antenne régionale Europe de l'OMS a élaboré des stratégies dont le but était de rompre la chaîne de transmission des IST. Ces deux institutions collaborent avec les pays pour promouvoir des stratégies visant à accroître l'impact de la prévention des IST et favoriser la mise au point de nouvelles technologies pour le dépistage des IST [3-4].

En France, la déclaration obligatoire des IST avait été abandonnée en 2000 en raison d'un très faible taux d'exhaustivité et d'une mauvaise représentativité des cas déclarés durant les deux dernières décennies. Toutefois, une recrudescence importante des gonococcies a été observée à partir de 1998, et une résurgence de la syphilis récente à partir de 2000. Pour la syphilis, le nombre de cas est passé de 40 à 1013 cas entre les années 2000 et 2013, et pour les gonococcies de 300 à 2500 cas entre les années 2001 et 2013 [5]. Suite à cette recrudescence de cas, des plans nationaux de lutte ont été mis en place. Ainsi, dans le dernier plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014, des stratégies ont été élaborées afin de réduire l'incidence de ces IST au travers des cinq axes suivants :

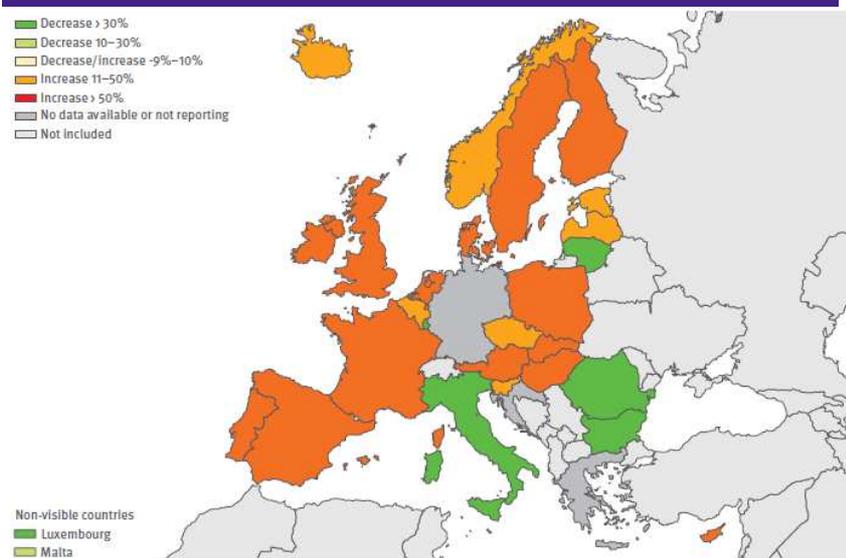
- prévention, information, éducation pour la santé ;
- dépistage ;
- prise en charge médicale ;
- prise en charge sociale et lutte contre les discriminations ;
- recherche et observation.

| Figure 1 | Estimated new cases of curable sexually transmitted infections (gonorrhoea, chlamydia, syphilis and trichomoniasis) by WHO region, 2008



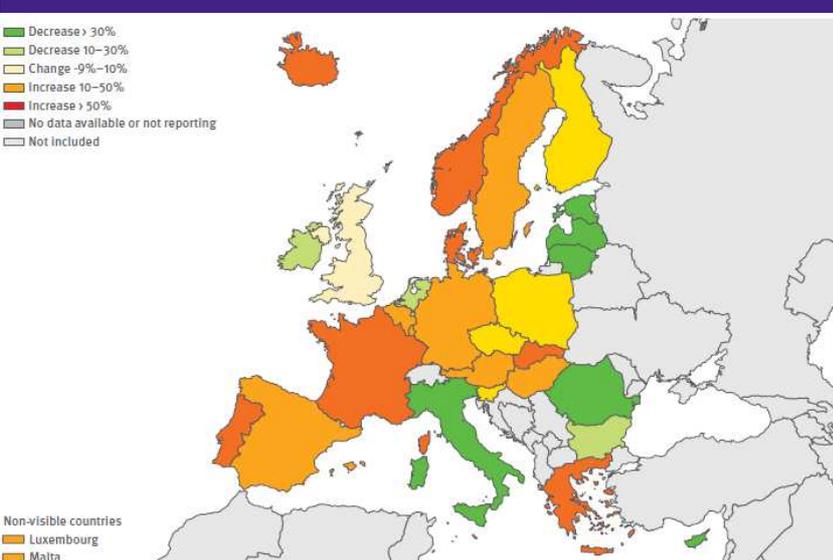
Source OMS

| Figure 2 | Relative change in the number of reported gonorrhoea cases, EU/EEA, 2008–2012
Surveillance report of sexually transmitted infection in Europe 2012



Source OMS

| Figure 3 | Relative change in the number of reported syphilis cases, EU/EEA, 2008–2012 –
Surveillance report of sexually transmitted infection in Europe 2012



Source OMS

Par ailleurs ce plan a prévu des actions concrètes en direction des HSH parmi lesquels la diffusion des IST reste élevée [6].

L'articulation au niveau régional de ce plan, le pilotage et l'évaluation impliquent des acteurs tels que l'agence régionale de santé (ARS), la coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) et l'Institut de veille sanitaire ou ses antennes en régions (InVS-CIRE).

En terme de résultats, l'analyse des données nationales de 2013 a montré une augmentation du nombre de cas de syphilis et de gonococcies surtout chez les HSH. Les résultats mettent également en évidence une augmentation des résistances aux antibiotiques et une prévalence élevée du VIH en cas de syphilis et gonococcies. Chez les patients présentant la syphilis ou les gonococcies, l'utilisation des préservatifs reste insuffisante, en particulier lors des fellations qui sont un mode de contamination très efficace [7].

Références

1. WHO | Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. WHO. [consulté le 20 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/en/>
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe 2012. Stockholm: ECDC; 2014
3. WHO. Stratégie mondiale de lutte contre les IST : 2006-2015 : rompre la chaîne de transmission [consulté le 20 décembre 2014]. Disponible sur: http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/stis_strategy_fr%5B1%5D.pdf
4. InVS. Actualités / Infection à VIH et sida / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques. [consulté le 20 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>
5. Plan national de lutte contre le VIH SIDA et les IST 2010-2014. [consulté le 10 décembre 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_les_IST_2010-2014.pdf
6. WHO. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections – 2008 [Internet]. WHO. [consulté le 20 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/stisestimates/en/>
7. InVS. Bulletins des réseaux de surveillance des IST / Infections sexuellement transmissibles (IST) / VIH-sida / IST / Maladies infectieuses / Dossiers thématiques. [consulté le 20 décembre 2014]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>

Organisation de la surveillance des IST en France et en Lorraine

Jenifer YAI, CIRE Alsace Champagne-Ardenne Lorraine

L'InVS et ses cellules en régions coordonnent la surveillance des IST au niveau national et régional (figure 4). Cette surveillance organisée en collaboration avec les trois laboratoires Centres Nationaux de Référence (CNR des gonocoques, des chlamydiae, et de la syphilis) repose sur :

- un réseau sentinelle de cliniciens volontaires RésIST qui signalent les cas de syphilis récente et les cas de gonocoques ;
- deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires : réseau Rénago pour la surveillance des gonocoques et des résistances des gonocoques aux antibiotiques et réseau Rénachla pour la surveillance des chlamydiae ;

- le réseau de surveillance des LGV (lymphogranulomatose vénérienne) coordonné par le CNR des chlamydiae.

Les données exploitées dans ce BVS sont issues de la surveillance des IST par le réseau RésIST.

1. Définition des cas de syphilis récente et des cas de gonocoques par le réseau RésIST

La définition de cas de syphilis récente inclut la syphilis primaire secondaire et latente précoce suivant le tableau ci-dessous.

Tableau 1 | Définitions des cas de syphilis et de gonocoques, réseau RésIST

Stade de la syphilis	Clinique	* <i>Treponema pallidum</i> + Fond noir	**VDRL + TPHA +	**VDRL + TPHA -	**VDRL - TPHA +
Primaire	Chancres	+	+	OU	+
Secondaire	Lésions cutanéomuqueuses Adénopathies ± Chancres	ET	+	OU	
	Absence de signes cliniques ET Contage < 12 mois OU Antécédents syphilitiques clinique primaire ou secondaire OU Partenaire syphilitique + < 12 mois				Séroconversion < 12 mois OU Titre VDRL ? 4 au dernier titre non tréponémique
Latente précoce			+	OU	

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

** VDRL ou RPR, TPHA ou FTA-abs | VDRL: Venereal Disease Research Laboratory; TPHA: Treponema Pallidum Hemagglutinations Assay; FTA-ABS: Fluorescent Treponemal Antibody

La définition de cas de gonocoques inclut :

la mise en évidence bactériologique de souches de *Neisseria gonorrhoeae* en culture sur gélose chocolat à partir de tous types de prélèvement, OU la mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* par technique de PCR; la localisation anatomique du prélèvement étant précisée.

2. Organisation du réseau de surveillance RésIST

Le réseau de surveillance existe depuis 2000 et est constitué de cliniciens volontaires exerçant dans différents lieux de diagnostic : centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), consultations de dépistage anonymes et gratuites (CDAG), consultations hospitalières de dermatologie, de maladies infectieuses ou de médecine interne ou de cabinets de médecine libérale...

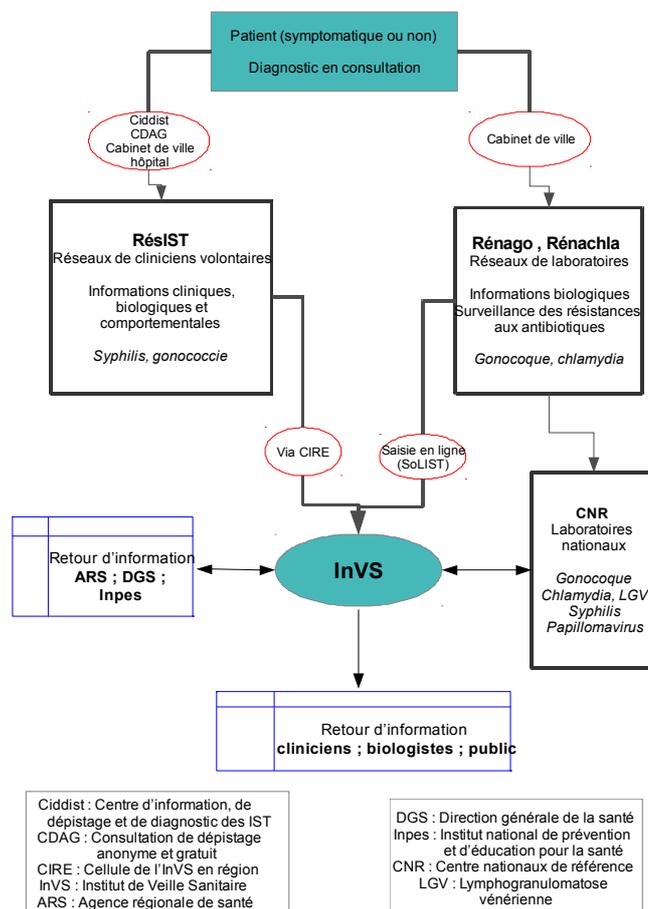
Les IST incluses dans la surveillance sont :

- les syphilis récentes : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce,
- les gonocoques.

Le développement du réseau peut être décomposé en 3 phases:

- 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,
- la phase marquée par l'augmentation du nombre des sites participants à partir de 2007 et la régionalisation de la surveillance.

Figure 4 | Organisation de la surveillance des IST en France



Organisation de la surveillance des IST en France et en Lorraine (suite)

L'augmentation des sites participants a fait suite à l'incitation active des CIDDIST (créés en 2007), pour participer à la surveillance, ainsi qu'à la régionalisation progressive de la surveillance des IST s'appuyant sur les CIRE. En 2009, le réseau de surveillance a pris l'appellation de « réseau RésIST ».

Le réseau RésIST permet de recueillir des informations sociodémographiques, comportementales et biologiques par le médecin au moyen d'un questionnaire clinique lorsque le diagnostic d'IST est confirmé. Ces informations sont recueillies après consentement du patient. Un auto-questionnaire centré sur les comportements sexuels au cours des 12 derniers mois est ensuite proposé au patient.

Le questionnaire clinique et l'auto-questionnaire sont ensuite envoyés aux CIRE, qui assure la réception, la validation et l'analyse régionale des données. Un retour d'informations (national et régional) est assuré aux principaux acteurs concernés par la surveillance des IST (figure 4).

La surveillance des gonococcies est complétée par le réseau Rénago (figure 4) dans la mesure où les patients du réseau Rénago consultent majoritairement en médecine de ville; alors que les patients atteints de gonococcies observés dans le réseau RésIST consultent quasi exclusivement dans des structures spécialisées (CIDDIST et CDAG).

3. Organisation du réseau RésIST en Lorraine

En Lorraine, le réseau RésIST a été mis en place entre 2009 et 2010 et est animé par un comité de suivi régional composé de professionnels de santé, d'un représentant de l'ARS et de la CIRE Alsace Champagne-Ardenne Lorraine. Son fonctionnement est le même qu'au niveau national.

La CIRE assure la réception, la validation et la transmission des signalements au département des maladies infectieuses de l'InVS en vue de l'analyse nationale annuelle. La CIRE assure également l'analyse régionale des données et la rétro-information.

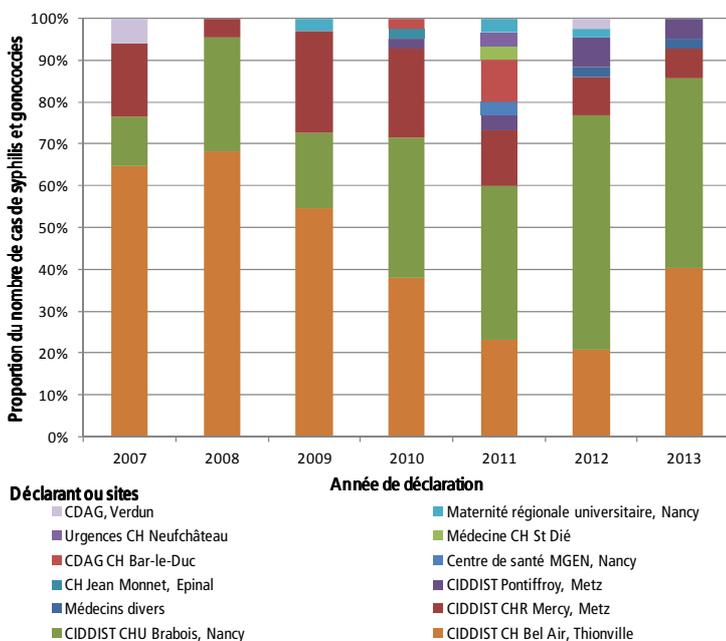
Suite à la régionalisation du réseau, les données des gonococcies ont commencé à être exploitables à partir de 2009. Par rapport à la syphilis, les données étaient exploitables depuis 2007 du fait de la surveillance nationale qui était bien organisée.

En Lorraine, un total de 12 sites déclarants et de médecins libéraux ont participé à la surveillance de 2007 à 2013.

La figure 5 permet de voir que 3 centres ont essentiellement contribué à la transmission des informations sur les cas de syphilis et gonococcies. Ce sont les CIDDIST du CH Bel Air à Thionville, du CHU Brabois à Nancy, et celui du CHR de Mercy à Metz. Ces centres sont aussi ceux qui ont été constamment présents dans le réseau depuis la régionalisation de la surveillance.

Une redynamisation du réseau semble nécessaire afin d'améliorer la participation des centres restants.

Figure 5 | Proportion des diagnostics de syphilis et de gonococcies par déclarant ou sites et par années de 2007-2013 en Lorraine selon le réseau RésIST, N=229



| Surveillance de la syphilis en Lorraine de 2007 à 2013 avec RésIST |

Jenifer YAI, CIRE Alsace Champagne-Ardenne Lorraine

Les analyses ont porté sur les données de 2007 à 2013, soit sur 178 cas de syphilis récente déclarés.

1. Les participants au réseau RésIST de 2007-2013 en Lorraine

Un total de 10 sites déclarants ainsi que des médecins libéraux ont participé au réseau de 2007 à 2013 pour la surveillance des cas de syphilis récentes.

La figure 6 illustre la distribution des cas de syphilis par déclarant ou sites de 2007 à 2013. Elle permet de voir que le nombre de déclarant participant au réseau est inconstant depuis sa mise en place en 2010. Avant 2010, les CIDDIST du CHR Mercy de Nancy, CIDDIST du CH bel air de Thionville et le CIDDIST du CHU Brabois étaient les 3 centres qui remontaient de l'information pour la surveillance des IST. En 2010, avec la régionalisation du réseau RésIST en Lorraine, d'autres centres se sont ajoutés. Mais la participation de ces centres au réseau n'a pas été constante: de 6 centres en 2010, le réseau est passé à 8 centres en 2011 et est redescendu à 4 centres participants depuis 2012 dont 3 centres qui participaient à la remontée des informations bien avant la régionalisation de la surveillance.

2. Nombre de cas et stades de syphilis récente en Lorraine

Le nombre de cas déclarés au réseau RésIST n'a cessé d'augmenter depuis 2007 (16 cas) jusqu'en 2010 (36 cas). En 2011, alors que le nombre de déclarants avait augmenté (6 en 2010 vs 8 en 2011) (cf figure 5), une baisse des cas déclarés a été observée avec 36 cas en 2010 vs 23 cas en 2011 (figure 7). A partir de 2012, il y a eu une reprise de l'augmentation des cas déclarés.

Parmi les 3 stades de syphilis récente, la syphilis secondaire a été le stade le plus fréquemment retrouvé (55%) suivi de la syphilis latente précoce (24%) et de la syphilis primaire (21%).

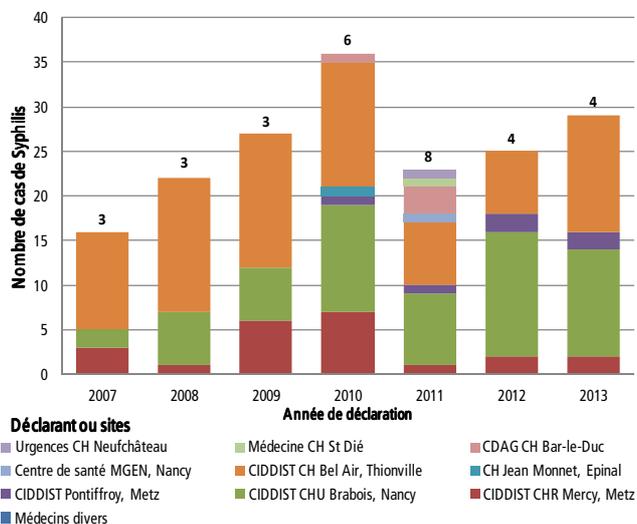
3. Caractéristiques des cas déclarés de 2007 à 2013

- **Le sexe** : Parmi les 178 cas de syphilis, 170 (96%) étaient des hommes et 8 (4%) des femmes.

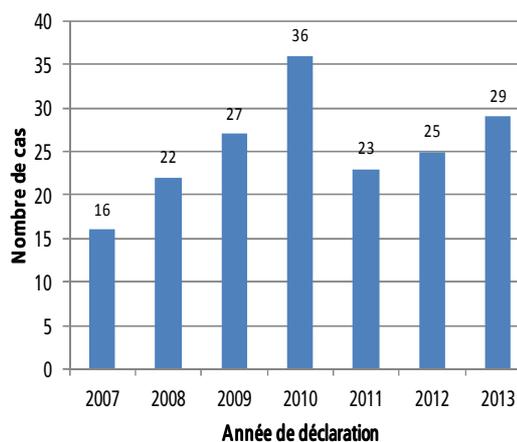
- **L'orientation sexuelle** : Parmi les 170 hommes, 83% (n=141 hommes) étaient des homo bisexuels et 17% (n=29 hommes) des hétérosexuels. Les 8 femmes étaient toutes hétérosexuelles. De 2007 à 2013 (figure 8), la tendance a été à une augmentation des hommes homo bisexuels chez les cas déclarés de syphilis récente et à une diminution chez les hommes hétérosexuels ($p=0,03$; test de rang de Mann Whitney Wilcoxon).

- **L'âge** : Chez les hommes, les médianes d'âge étaient de 45 ans [min=18 ; max=66] pour les hétérosexuels et de 35 ans [min=16 ; max=65] pour les homo bisexuels. Les hommes homo bisexuels étaient en général plus jeunes que les hommes hétérosexuels ($p=0,05$; test de la médiane). La médiane d'âge des femmes étaient de 30 ans [min=23 ; max=52]

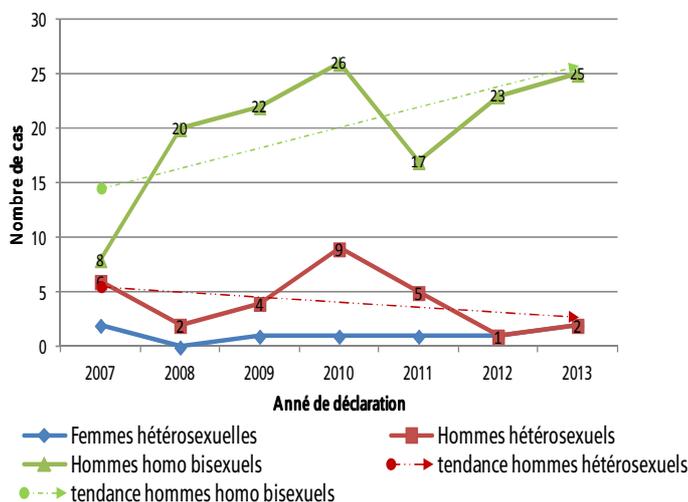
| Figure 6 | Distribution du nombre de cas de syphilis par déclarant ou sites et par années, RésIST 2007-2013, Lorraine



| Figure 7 | Nombre de cas de syphilis récente en Lorraine par années, RésIST 2007 à 2013, N=178



| Figure 8 | Evolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle par années, RésIST 2007-2013, N=178



| Surveillance de la syphilis en Lorraine de 2007 à 2013 avec RésIST (suite) |

- **Les motifs de consultation** : L'apparition de signes évocateurs d'une IST a été le motif de consultation le plus fréquent, suivi du dépistage systématique d'une IST (figure 9).

- **Le statut sérologique par rapport au VIH** : Les résultats du statut par rapport au VIH ont été obtenus chez la majorité des cas (96%). Parmi les hommes, 50% des homo bisexuels (n=69) étaient séropositifs au VIH contre seulement 11% (n=3) des hétérosexuels (p<0,0001; Khi deux de Pearson). Les séropositifs au VIH hétérosexuels ont tous découvert leur statut VIH le jour de leur consultation IST. Parmi les hommes homo bisexuels, 46% (n=63) se savaient séropositifs au VIH avant leur consultation IST et 4%(n=6) ont découvert leur séropositivité au VIH le jour de la consultation.

Concernant les femmes, le statut VIH était connu pour 6 d'entre elles et elles étaient toutes séronégatives pour le VIH.

3. Données comportementales

Les informations sur le comportement des cas ont été recueillies à l'aide du questionnaire clinique rempli par le médecin et de l'auto-questionnaire rempli par le patient.

3.1 Nombre de partenaires et utilisation du préservatif

- **L'existence de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois** est fluctuante. Parmi les 149 cas pour lesquels l'information était disponible, 114 (77%) ont déclaré avoir eu un partenaire occasionnel et 35 (23%) ont déclaré ne pas en avoir eu.

- **Le nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois** a été renseigné pour 138 patients et est variable en fonction du sexe et de l'orientation sexuelle. Chez les femmes (toutes hétérosexuelles), la médiane était de 2 [min=1; max=3], chez les hommes hétérosexuels de 2 [min=1; max=6] et chez les hommes homo bisexuels de 5 [min=1; max=100].

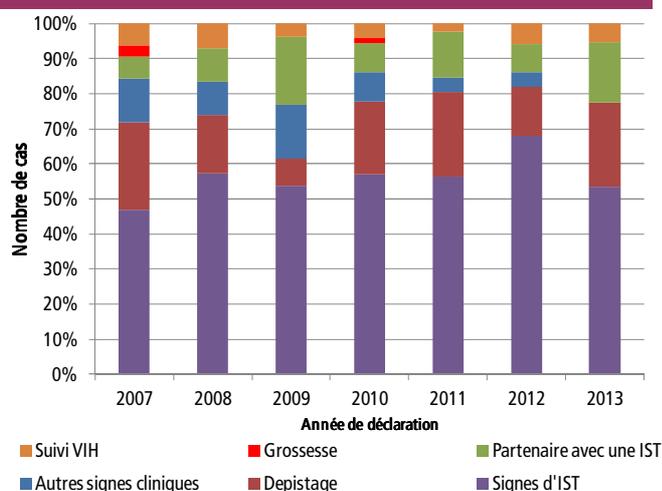
- **L'utilisation d'un préservatif pour les pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois** a été renseignée par 151 (89%) hommes et par 8 (100%) femmes dans le questionnaire clinique. Les 151 hommes étaient répartis en 26 (17%) hétérosexuels et 125 (83%) homo bisexuels. L'utilisation d'un préservatif au cours des 12 derniers mois (tableau 2) était dépendante de l'orientation et des pratiques sexuelles rapportées :

⇒ Pour la pénétration anale

◇ Les 150 hommes ayant répondu à la question étaient répartis en 25 (17%) hétérosexuels et 125 (83%) homo bisexuels. Chez les hommes hétérosexuels, 6 (24%) ont déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif et 2 (8%) ont déclaré toujours l'utiliser. Chez les hommes homo bisexuels, 11 (9%) ont déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif pour la pénétration anale et 48 (38%) ont déclaré toujours l'utiliser.

◇ Parmi les 7 femmes ayant répondu à la question : 4 ont déclaré ne pas avoir pratiqué la pénétration anale, 1 a déclaré avoir utilisé rarement le préservatif et 2 ont déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif.

| Figure 9 | Motifs de consultation des cas de syphilis récente par années, RésIST 2007-2013, N=178



| Tableau 2 | Tableau récapitulatif de l'utilisation du préservatif pour les pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois (pénétrations vaginales, anale et fellation). RésIST 2007-2013

Utilisation du préservatif pour les pratiques sexuelles	Femmes hétérosexuelles		Hommes homo bisexuels		Hommes hétérosexuels	
	n	%	n	%	n	%
Pénétration anale (N=157)						
Jamais	2	*	11	9	6	24
Non pratiquée	4	*	3	2	15	60
Rarement	1	*	23	18	0	0
Souvent	0	*	40	32	2	8
Toujours	0	*	48	38	2	8
Pénétration vaginale (N=129)						
Jamais	4	*	6	6	13	50
Non pratiquée	0	*	74	78	3	12
Rarement	1	*	4	4	3	12
Souvent	2	*	4	4	5	19
Toujours	1	*	7	8	2	8
Fellation (N=156)						
Jamais	4	*	82	66	14	54
Non pratiquée	1	*	1	1	7	27
Rarement	1	*	29	23	2	8
Souvent	0	*	12	10	2	8
Toujours	0	*	0	0	1	4

*Le pourcentage des effectifs inférieurs ou égaux à 15 n'a pas été calculé.

| Surveillance de la syphilis en Lorraine de 2007 à 2013 avec RésIST (suite) |

⇒ Pour la pénétration vaginale

- ◇ Parmi les hommes hétérosexuels, 13 (50%) ont déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif pour la pénétration vaginale et seulement 2 (8%) ont déclaré toujours l'utiliser. Pour la majorité des hommes homo bisexuels (78%), cette pratique n'a pas été réalisée au cours des 12 derniers mois. Parmi les 21 ayant pratiqué la pénétration vaginale, 6 ont déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif pour la pénétration vaginale et 7 ont déclaré toujours l'utiliser (tableau 2).
- ◇ Parmi les 8 femmes ayant répondu à la question, 4 ont déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif pour la pénétration vaginale au cours des 12 derniers mois et seule une a déclaré toujours l'utiliser (tableau 2).

⇒ Pour la fellation

- ◇ Parmi les hommes ayant répondu, la majorité a déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif pour la fellation : 54% pour les hétérosexuels et 66% pour les homo bisexuels. Seulement 4% des hétérosexuels ont déclaré avoir toujours utilisé le préservatif alors qu'aucun homo bisexuel ne l'a déclaré.
- ◇ Parmi les 6 femmes qui ont répondu, 4 ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif pour la fellation et une a déclaré l'avoir rarement utilisé.

Les analyses ont par ailleurs permis de montrer qu'il n'y avait pas de différence significative ($p=0,25$) entre l'utilisation du préservatif de façon systématique pour la fellation ou la pénétration anale en fonction de l'orientation sexuelle chez les hommes.

3.2 Connaissance du statut VIH du partenaire

Cette connaissance du statut VIH a été explorée pour les partenaires occasionnels en fonction du statut des cas (tableau 3) :

⇒ Parmi les 13 hommes hétérosexuels ayant répondu, 2 étaient séropositifs pour le VIH et 10 étaient séronégatifs. Les 2 séropositifs au VIH ne connaissaient pas le statut VIH du partenaire occasionnel. Pour les 11 restants qui étaient séronégatifs pour le VIH, 10 ne connaissaient pas le statut VIH de leur partenaire occasionnel et seul un savait que le partenaire était séronégatif au VIH.

⇒ Parmi les 95 hommes homo bisexuels ayant répondu, 46 (49%) étaient séronégatifs pour le VIH, 45 (47%) étaient séropositifs déjà connus pour le VIH et 4 (4%) ont découvert leur séropositivité pour le VIH le jour de la consultation.

Chez les 46 séronégatifs au VIH, 28 (61%) ne connaissaient pas le statut VIH de leur partenaire occasionnel, 17 (36%) savaient que le partenaire était séronégatif

| Tableau 3 | Tableau récapitulatif du statut VIH des cas en fonction de la connaissance du statut VIH du partenaire occasionnel, RésIST 2007-2013

Orienta- tion sexuelle	Connaissance du statut VIH du partenaire occasionnel	Statut VIH du cas					
		Négatif (jour de la consulta- tion)		Positive (découverte à la consulta- tion)		Positive (déjà connue)	
		n	%	n	%	n	%
Femmes hétéro- sexuelles	N=3	3		0		0	
	nsp	3	*				
	VIH Négatif	0	*				
	VIH Positif	0	*				
Hommes homo bisexuels	N=95	46		4		45	
	nsp	28	61	4	*	35	78
	VIH Négatif	17	36	0	*	5	11
	VIH Positif	1	3	0	*	5	11
Hommes hétéro- sexuels	N=13	11		2		0	
	nsp	10	*	2	*		
	VIH Négatif	1	*	0	*		
	VIH Positif	0	*	0	*		

*Le pourcentage des effectifs inférieurs ou égaux à 15 n'a pas été calculé.

N et n= nombre de cas ayant répondu à la question ;

nsp= ne sait pas: nombre et proportion de cas ayant répondu qu'ils ne connaissaient pas le statut VIH du partenaire occasionnel.

pour le VIH et 1 (3%) savait que le partenaire était séropositif pour le VIH.

Parmi les 45 qui étaient séropositifs déjà connus pour le VIH, 35 (78%) ne connaissaient pas le statut VIH du partenaire occasionnel, 5 (11%) savaient que leur partenaire occasionnel était séronégatif et 5 (11%) savaient qu'il était séropositif pour le VIH.

Les analyses ont permis de montrer aussi qu'il n'y avait pas de différence dans l'utilisation du préservatif pour la pénétration anale entre les séropositifs anciens et les séronégatifs ($p=0,20$).

3.3 Origine suspectée de la transmission de la syphilis

Parmi les 156 cas de syphilis récente ayant répondu à la question, 105 (67%) avaient une idée du partenaire qui leur avait transmis la syphilis. Parmi ces 105, 27 (26%) ont déclaré que c'était une personne avec qui ils avaient une relation stable, 40 (38%) ont déclaré que c'était un partenaire occasionnel et 38 (36%) que c'était un partenaire anonyme.

Surveillance des gonococcies en Lorraine de 2009 à 2013 avec RésIST |

Jenifer YAI, CIRE Alsace Champagne-Ardenne Lorraine

1. Les participants au réseau RésIST de 2009-2013 en Lorraine

Le nombre de centres participant à cette surveillance n'a pas été constant de 2007 à 2013 (figure 10).

Depuis la régionalisation de la surveillance, 6 sites ont participé à la formation du réseau. De 2 sites en 2009, le réseau est passé progressivement à 5 en 2012 puis est redescendu à 4 en 2013. Seul 1 site a été constant pendant ces 5 années: le CIDDIST du CHR de Mercy.

2. Nombre de cas en Lorraine

En Lorraine, 47 cas de gonococcies ont été déclarés de 2009 à 2013. Sur la figure 11, on voit que depuis 2009 (5 cas), le nombre de cas n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2012 (16 cas). En 2013, il y a eu moins de cas déclarés qu'en 2012 (13 vs 16).

3. Caractéristiques des cas déclarés

- **Le sexe** : Parmi les 47 cas de gonococcies, 35 (74%) sont survenus chez des hommes et 12 (26%) chez des femmes.

- **L'orientation sexuelle** : Parmi les 35 hommes, 21 (60%) étaient des homo bisexuels et 14 (40%) des hétérosexuels. Parmi les 12 femmes, 11 étaient hétérosexuelles et une homosexuelle.

- **L'âge** : La médiane d'âge des femmes étaient de 21 ans [min=17 ; max=39]. Chez les hommes, les médianes d'âge étaient respectivement de 25 ans [min=16 ; max=46] pour les hétérosexuels et de 30 ans [min=18 ; max=50] pour les homo bisexuels. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les hommes homo bisexuels et les hétérosexuels quant à l'âge ($p=0,7$; test de la médiane).

- **Les motifs de consultation** : L'apparition de signes évocateurs d'une IST a été le motif de consultation le plus fréquent (66%). Les autres motifs retrouvés étaient : consultation d'un partenaire d'une personne ayant une IST (18%), dépistage systématique d'une IST (14%) et suivi pour VIH (2%).

- **Le statut sérologique par rapport au VIH** : Les résultats du statut VIH ont été obtenus chez 83% des cas (8/12 femmes et 33/35 hommes). Les 8 femmes (7 hétérosexuelles et 1 homosexuelle) dont le statut VIH était connu étaient toutes séronégatives pour le VIH. Quant aux 33 hommes, ils étaient répartis en 13 hétérosexuels et 20 homo bisexuels. Tous les hétérosexuels ($n=13$) étaient séronégatifs pour le VIH contre seulement 16 homo bisexuels parmi les 20 ($p=0,09$). Tous les homo bisexuels co-infectés VIH et gonocoques ($n=16$) étaient des séropositifs pour le VIH déjà connus.

Figure 10 | Distribution du nombre de cas de gonococcies par déclarant ou sites et par années, RésIST 2009-2013, Lorraine

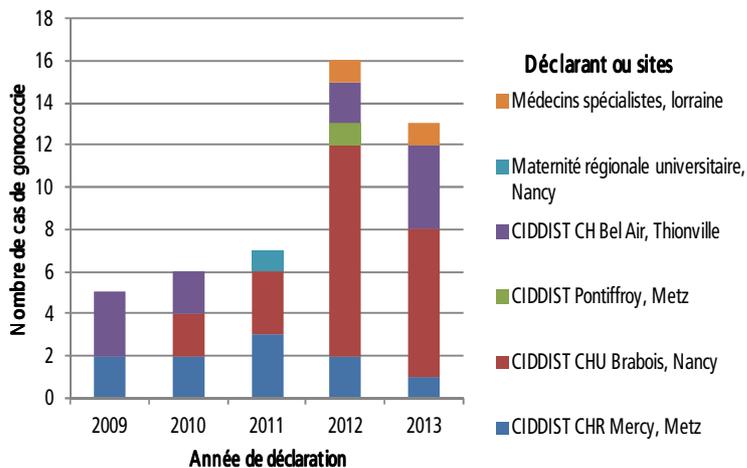
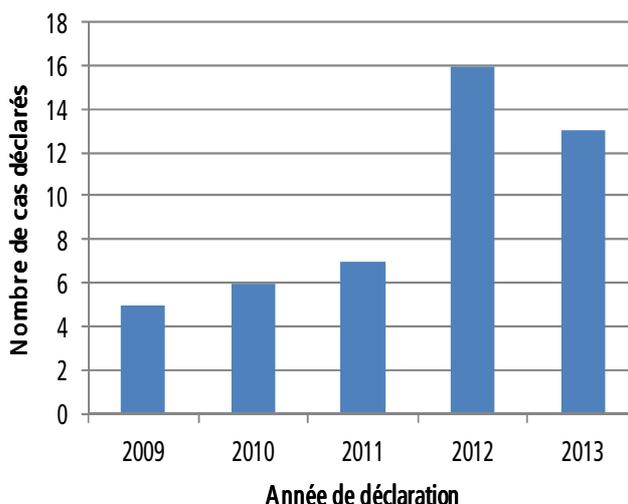


Figure 11 | Nombre de cas déclarés de gonococcies par années, RésIST 2009-2013, Lorraine



4. Description et analyse du comportement des cas gonococcies

Les informations sur le comportement du cas ont pu être recueillies à l'aide du questionnaire clinique rempli par le médecin et de l'auto-questionnaire rempli par le patient.

4.1 Nombre de partenaires et utilisation du préservatif

L'information a été renseignée pour 38 patients répartis en 9 (24%) femmes et 29 (76%) hommes. Parmi les hommes, il y avait 11 (38%) hétérosexuels et 18 (62%) homo bisexuels. Parmi les femmes, 8 étaient des hétérosexuelles et une était homosexuelle.

- **L'existence d'un partenaire occasionnel**: Parmi les 38 cas ayant répondu à la question, 31 (82%) ont déclaré avoir eu un partenaire occasionnel contre 7 (18%) qui ont déclaré ne pas en avoir eu.

- Le nombre de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois :

Parmi les femmes hétérosexuelles, la médiane du nombre de partenaires sexuels était de 1 [min=1; max=3], pour les hommes hétérosexuels de 4 [min=1; max=100] et pour les hommes homo bisexuels de 6 [min=1; max=50]. La seule femme homosexuelle avait eu 5 partenaires sexuelles.

- L'utilisation d'un préservatif pour les pratiques sexuelles au cours des 12 derniers mois était dépendante de l'orientation et des pratiques sexuelles rapportées :

⇒ Pour la pénétration anale

- ◇ Parmi les 18 hommes homo bisexuels, 1 a déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif, 6 ont déclaré l'avoir utilisé rarement, 9 ont déclaré l'avoir utilisé souvent et 2 ont déclaré l'avoir toujours utilisé au cours des 12 derniers mois.
- ◇ Parmi les 11 hommes hétérosexuels, 8 ont déclaré ne pas avoir pratiqué la pénétration anale, 1 a déclaré n'avoir jamais utilisé de préservatif pour ce type de pénétration et 2 ont déclaré avoir toujours utilisé de préservatif.
- ◇ Parmi les 8 femmes ayant répondu à la question sur l'utilisation du préservatif pour la pénétration anale : 4 ont déclaré ne pas avoir pratiqué la pénétration anale, une a déclaré avoir toujours utilisé le préservatif et 3 ont déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif.

⇒ Pour la pénétration vaginale

- ◇ Parmi les 14 hommes ayant répondu à la question : 4 ont déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif pour la pénétration vaginale, 5 ont déclaré l'avoir utilisé rarement, 4 l'avoir souvent utilisé et 1 a déclaré l'avoir toujours utilisé.
- ◇ Parmi les femmes, elles étaient 3 à avoir déclaré n'avoir jamais utilisé le préservatif pour la pénétration vaginale, une à l'avoir utilisé rarement, 3 à l'avoir souvent utilisé et 2 à l'avoir toujours utilisé.

⇒ Pour la fellation

- ◇ La majorité (60%) des hommes a déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif pour la fellation. Seul 1 homo bisexuel a déclaré avoir toujours utilisé le préservatif alors qu'aucun hétérosexuel ne l'a déclaré.
- ◇ 8 femmes hétérosexuelles ont répondu : une a déclaré ne pas avoir pratiqué la fellation, 5 n'avoir jamais utilisé de préservatif pour la fellation et 2 ont déclaré avoir toujours utilisé le préservatif.

4.2 Connaissance du statut VIH du partenaire

- ⇒ Parmi les 9 hommes hétérosexuels ayant répondu, 5 ne connaissaient pas le statut VIH du partenaire et 4 savaient qu'il était séronégatif.
- ⇒ Parmi les 17 hommes homo bisexuels ayant répondu, 9 ne connaissaient pas le statut VIH du partenaire occasionnel, 7 savaient qu'il était séronégatif et 1 savait qu'il était séropositif.
- ⇒ Les 4 femmes hétérosexuelles ayant répondu ne connaissaient pas le statut VIH de leur partenaire occasionnel.

4.3 origine suspectée de la transmission des gonococcies

Parmi les 38 cas de gonococcies ayant répondu à la question, 28 (74%) avaient une idée du partenaire qui leur avait transmis la syphilis. Parmi ces 28, 5 (18%) ont déclaré que c'était une personne avec qui ils avaient une relation stable, 14 (50%) ont déclaré que c'était un partenaire occasionnel et 9 (32%) que c'était un partenaire anonyme.

Jenifer YAI, CIRE Alsace Champagne-Ardenne Lorraine

L'analyse des données de surveillance de la syphilis récente et des gonococcies à partir du réseau RésIST a permis d'apprécier l'évolution du nombre de cas, de décrire le profil des cas et de suivre les tendances épidémiologiques récentes. La synthèse des données pour ces deux IST a été groupée car les caractéristiques observées étaient les mêmes pour les cas de syphilis et les cas de gonococcies.

Il est ressorti que la majorité des cas de gonococcies et de syphilis étaient des hommes homo bisexuels et leur proportion n'a pas cessé d'augmenter pendant les années. La médiane d'âge des hommes homo bisexuels était différente de celle des hommes hétérosexuels d'après nos données. Il est possible que la différence observée soit propre à la région Lorraine car cette situation n'a pas été relevée dans les autres régions ni au niveau national. Toutefois, cela interpelle sur l'applicabilité des mesures de prévention des IST mises en place, car plusieurs études ont montré que les comportements sexuels et les modes de vie étaient différents en fonction des âges[1].

Comme ce qui a été relevé au niveau national, la moitié des hommes homo bisexuels était co-infectée par le VIH et la syphilis ou les gonococcies et parmi ces derniers, plus de la moitié des cas était des séropositifs au VIH déjà connus. Hormis cette caractéristique, près de 75% des cas de syphilis et de gonococcies avaient eu un partenaire occasionnel au cours des 12 derniers mois alors que très peu ont utilisé un préservatif que ce soit pour la pénétration anale quelque soit l'orientation sexuelle ou pour la pénétration vaginale pour les hétérosexuels. De même, presque tous les cas ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatif pour la fellation qui est pourtant un mode de contamination efficace des IST. Enfin, peu de cas connaissaient le statut VIH de leur partenaire occasionnel alors que comme dit précédemment la grande majorité n'utilisait pas de préservatif pour les rapports sexuels. Les cas avaient souvent une idée de la personne avec qui l'IST a été contractée et cette personne était soit un partenaire occasionnel soit un partenaire anonyme pour la plupart.

Les caractéristiques décrites ici devront être utilisées avec prudence car il est à rappeler que le réseau RésIST est constitué de cliniciens volontaires et que tous les centres recevant des patients souffrant d'IST n'ont pas adhéré au réseau en Lorraine. Ce défaut d'exhaustivité a donc probablement un impact sur les chiffres observés. En Lorraine, les centres ayant participé à la surveillance ont été inconstants depuis la régionalisation de

la surveillance des IST. Le regroupement de petits centres avec les plus gros CIDDIST et la cessation d'activité de certains pourraient expliquer cette inconstance et la baisse observée. Une redynamisation du réseau semble nécessaire avec la sensibilisation des anciens centres à maintenir et renforcer l'action amorcée et la mobilisation de nouveaux centres. La création des CEGIDD (centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic) nés de la fusion des CIDDIST et CDAG semble être une opportunité de promouvoir cette redynamisation et l'extension du réseau dès 2016.

Malgré ce potentiel défaut d'exhaustivité lié à la composition du réseau, le nombre et le profil des cas équivalent à ce qui est observé au niveau national, européen et mondial. La problématique des IST est aussi présente en Lorraine et la recrudescence observée s'est aussi traduite au niveau régional.

Les chiffres enregistrés par le réseau pour les cas de gonococcies sont faibles. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans notre analyse nous n'avons utilisé que les données du réseau RésIST sans ajouter celle du réseau Rénago qui est vraiment spécifique de la surveillance des gonococcies. Cependant, les chiffres montrent une augmentation des cas, ce qui va dans le même sens que ce qui est observé au niveau France métropolitaine. La hausse au plan national rapportée par les réseaux RésIST et Rénago s'explique en partie par la montée en charge de la PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné Chlamydia/Gonocoque.

Au niveau national et européen, la population la plus atteinte par les IST est celle des hommes homo bisexuels. Même si des mesures spécifiques de prévention sont déjà prises à l'endroit de cette population, il serait intéressant de cibler plus spécifiquement les hommes homo bisexuels de 30 à 35 ans. Par rapport à la population hétérosexuelle, les mesures de prévention pourraient viser outre les populations les plus jeunes, les sujets de 40 ans et plus car cette tranche semble plus exposée aussi aux IST. Il est nécessaire de mener d'autres études afin de pouvoir confirmer cette caractéristique épidémiologique qui a été observée.

Tous ces éléments plaident en faveur d'un renforcement et d'une adaptation des interventions aussi bien en direction des populations homo bisexuelles qu'hétérosexuelles.

1- Etude des comportements sexuels des plus de 45 ans dans le monde et en suisse, chavaillaz rachel, mémoire de master décembre 2010 disponible sur http://www.iumsp.ch/Publications/tm/tm_254.pdf [consulté le 5 novembre 2015]

Problématique des IST dans le monde

Les IST représentent un problème de santé publique toujours actuel. En 2008, 4 millions de personnes ont contracté une syphilis ou des gonocoques et ce chiffre devrait augmenter considérablement (OMS). Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes et la tranche d'âge des 15-49 ans semblent les plus impactés par les infections. En France, suite à la recrudescence des cas depuis 2000, des plans nationaux de lutte ont été mis en place.

Organisation de la surveillance des IST en France et en Lorraine

En collaboration avec les CNR (Gonocoques, Chlamydiae et syphilis), l'InVS et ses cellules en régions coordonnent la surveillance des IST via 3 réseaux: un réseau de cliniciens volontaires RésIST, un réseau de laboratoires de microbiologie volontaires Rénago et un réseau de surveillance des Lymphogranulomatose vénérienne. Le réseau RésIST mis en place en 2000 au niveau national, a été régionalisé à partir de 2007. Depuis cette régionalisation de la surveillance, les centres ayant participé au réseau ont été inconstants. Face à ce constat, une redynamisation du réseau semble nécessaire.

Surveillance de la syphilis en Lorraine de 2007 à 2013 avec RésIST

L'analyse des données a porté sur 178 cas de syphilis déclarés de 2007 à 2013 par les 10 centres ayant participé au réseau RésIST sur cette période. Cette analyse a permis de montrer que le nombre de cas n'a pas cessé d'augmenter depuis 2007, que les hommes (96%) étaient plus atteints, surtout les homo bisexuels (83%). La médiane d'âge des hommes homo bisexuels était différente de celle des hommes hétérosexuels en Lorraine ($p=0,05$). Les co-infections avec le VIH étaient rapportées dans plus de la moitié des cas chez les homo bisexuels et l'usage du préservatif était très peu suivi. La majorité des cas avait eu au moins un partenaire occasionnel et très peu connaissaient le statut par rapport au VIH de ce(s) partenaire(s).

Surveillance des gonocoques en Lorraine de 2007 à 2013 avec RésIST

L'analyse des données a porté sur 47 cas de gonocoques déclarés de 2009 à 2013 par les 6 centres ayant participé au réseau RésIST sur cette période. Le nombre de cas déclaré n'a pas cessé d'augmenter depuis 2009 avec une prédominance d'hommes (74%) surtout d'homo bisexuels (60%). Les co-infections avec le VIH étaient fréquentes parmi les homo bisexuels. La majorité des cas avait eu au moins un partenaire occasionnel et très peu connaissaient le statut par rapport au VIH de ce(s) partenaire(s).

| Contacts régionaux |

Pour recevoir les questionnaires de signalement de **syphilis et gonocoques** ou pour toute information relative au réseau **RésIST**, vous pouvez contacter la Cellule de l'InVS en région (CIRE) Alsace Champagne-Ardenne Lorraine :

Tel : 03 83 39 29 43

ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr

| Retrouvez ce numéro sur: www.invs.sante.fr ou www.ars.lorraine.sante.fr |

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur général de l'Institut de veille sanitaire

Rédactrice en chef : Christine Meffre, Responsable de la CIRE Alsace Champagne-Ardenne Lorraine

Comité de rédaction : Jenifer Yai, Oriane Broustal, Sophie Raguet, Isabelle Sahiner, Caroline Fiet, Morgane Trouillet, Nguyen-Hu Ngoc ha

Diffusion : CIRE Alsace Champagne-Ardenne Lorraine, ARS Lorraine 3 boulevard Joffre CS 80071 54036 Nancy Cedex

Mail : ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr Tél. : 03.83.39.29.43 Fax : 03.83.39.28.95

Ce BVS a pu se faire avec le concours de Philippe GERMONNEAU et de Ndeindo NDEIKOUNDAM NGANGRO. Qu'ils en soient remerciés.

La publication d'un article dans le BVS n'empêche pas sa publication par ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.