

[Page 1 | Editorial |](#)[Page 2 | Surveillance des infections à VIH et sida dans le Nord-Pas de Calais |](#)[Page 6 | Surveillance de la syphilis dans le Nord-Pas-de-Calais de 2000 à 2013 : bulletin du réseau RésIST |](#)[Page 11 | Estimation de la prévalence du VIH, des IST et des hépatites virales chez les hommes entrants en maison d'arrêt en 2014 |](#)[Page 15 | Acronymes |](#)

| Editorial |

Ce bulletin permet de vous présenter les données épidémiologiques régionales actualisées sur les infections par le VIH, le Sida, la syphilis, ainsi qu'une estimation de la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST) en population carcérale (centre pénitentiaire d'Annœullin Nord) pour lesquelles il y a peu de données en France.

Au début du 21^{ème} siècle celle qui s'était faite discrète réapparaît. La syphilis est de retour, accompagnée d'une recrudescence des autres IST. L'infection à *Chlamydia trachomatis* est de loin la plus fréquente, dépassant largement la prévalence de 1,4% en population générale pour les 18 à 44 ans [1] lorsque le dépistage concerne les populations à risques. Les résultats en milieu carcéral présentés dans ce numéro en sont le témoin.

Le rapport Morlat de 2013[2] recommande de traiter tous les patients porteurs du VIH dans un but individuel (baisse de la morbidimortalité) et collectif (diminution du nombre de transmissions). Il rappelle que les personnes porteuses du VIH non diagnostiquées seraient à l'origine de 60 % des nouvelles contaminations [3].

Force est de constater qu'il y a un réel relâchement au niveau des pratiques sexuelles à risques. Le port du préservatif pour les rapports oro-génitaux devient anecdotique, il est loin d'être systématique pour les rapports vaginaux et anaux. C'est ce que nous observons en pratique clinique, dans les enquêtes KABP[4] ou presse gays et lesbiennes de 2011[5] et les résultats présentés ci dessous vont dans ce sens.

Il est primordial de renforcer la prévention et d'adapter l'information aux différents publics. Il faut favoriser le dépistage du VIH et des IST. En 2014 encore trop de patients sont dépistés au stade de sida avec toutes les conséquences cliniques que cela peut engendrer. Les IST sont souvent banalisées, il est important de rappeler qu'en l'absence de diagnostic et de traitement certaines peuvent engendrer des complications qui peuvent être irréversibles.

Dr Véronique Baclet

Service universitaire des maladies infectieuses et du voyageur - Centre hospitalier Dron - Tourcoing

¹ Goulet V, de Barbeyrac B, Raheison S et al. Enquête nationale de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? Bull Epidemiol Hebd. 2011; 12: 161-164

² Prise en charge des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts 2013 sous la Direction du Pr Ph Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

³ Supervie V. Charge virale communautaire : de l'idée à la réalisation. Transcriptases. 2012 ; (147).

⁴ Saboni L, Beltzer N, et le groupe KABP. Vingt ans d'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France métropolitaine. Enquête KABP, ANRS-ORS-Inpes-IReSP-DGS France. Bull Epidemiol Hebd 2012; 46-47: 525-528

⁵ Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. Bull Epidemiol Hebd. 2013;39-40 :510-516

| Surveillance des infections à VIH et sida dans le Nord-Pas de Calais. Données actualisées au 31/12/13 |

Bakhao Ndiaye¹, Sylvie Haeghebaert¹
¹Institut de veille sanitaire – Lille – Cire Nord

Cet article présente les données de surveillance du dépistage et du diagnostic de l'infection à VIH et du diagnostic de sida, en région Nord-Pas-de-Calais, à partir de trois systèmes coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

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. Le formulaire papier ou le lien pour répondre en ligne à LaboVIH sont disponibles auprès de l'InVS⁶.

La notification obligatoire de l'infection par le VIH est initiée par le biologiste et complétée par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire. 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 l'InVS.

Les formulaires de notification, comportant 3 à 5 feuillets autocopiants, ne peuvent être ni photocopiés, ni téléchargés. Les déclarants (biologistes et cliniciens) doivent en faire la demande auprès de l'ARS de leur région d'exercice⁷.

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.

DONNEES NATIONALES [2]

- Le nombre total de sérologies VIH, réalisées en 2013, est estimé, à partir des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,21 millions (IC95%: [5,14-5,28]), soit 80 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Après avoir augmenté en 2011, ce nombre s'est stabilisé.
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2013 est estimé à environ 6 200 [3], stable par rapport à 2011. Depuis 2012, le nombre de découvertes de séropositivité est plus élevé en province qu'en Ile de France
- Environ 1200 diagnostics de sida ont été réalisés en 2013, dont environ 700 personnes 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 31/12/2013.
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à l'InVS 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.
- Ces corrections sont d'autant plus fiables et précises que l'exhaustivité de la déclaration est élevée. En 2013, l'exhaustivité de la DO était de 71% en France entière mais seulement de 57% en région Nord-Pas-de-Calais
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de sida résidant dans le Nord-Pas-de-Calais. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

1. L'infection par le VIH

1.1 SURVEILLANCE DE L'ACTIVITE DE DEPISTAGE DU VIH

Depuis 2001, un système de surveillance (LaboVIH) permet de suivre l'activité de dépistage du VIH à partir de l'activité des laboratoires d'analyses médicales, de ville et hospitaliers [4].

En 2013, le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région était de 73 p. 1 000 habitants (IC95%: [66-80]) (figure 1). Il est stable depuis 2006 et légèrement inférieur à celui observé au niveau national (80 p. 1 000 habitants) (Figure 2).

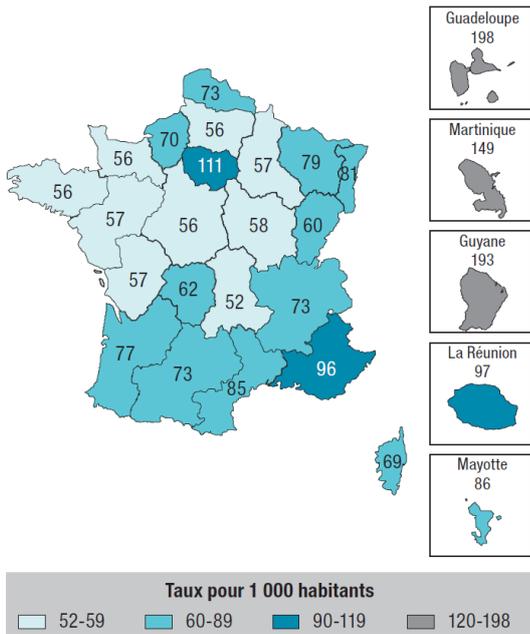
La proportion de sérologies positives pour 1 000 tests, estimée à 0,9 était légèrement en augmentation en 2013 par rapport en 2012 (0,7), après une diminution entre 2010 et 2012. Depuis 2006, elle varie entre 0,7 et 1,1. Cette proportion demeure environ 2 fois inférieure à celle retrouvée au niveau national (Figure 2).

⁶ INVS-DMI-VIC@invs.sante.fr

⁷ Ars-npcd-signal@ars.sante.fr

Figure 1

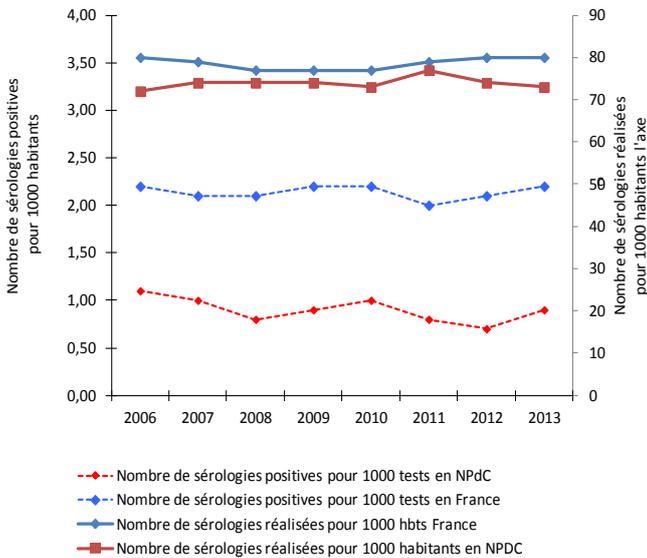
Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (LaboVIH), 2013.



Source : InVS, données LaboVIH au 31/12/2013

Figure 2

Evolution du nombre de sérologies réalisées et du nombre de sérologies positives pour 1000 habitants en Nord-Pas-de-Calais et en France, 2006-2013.



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2013 corrigées pour les délais et la sous déclaration

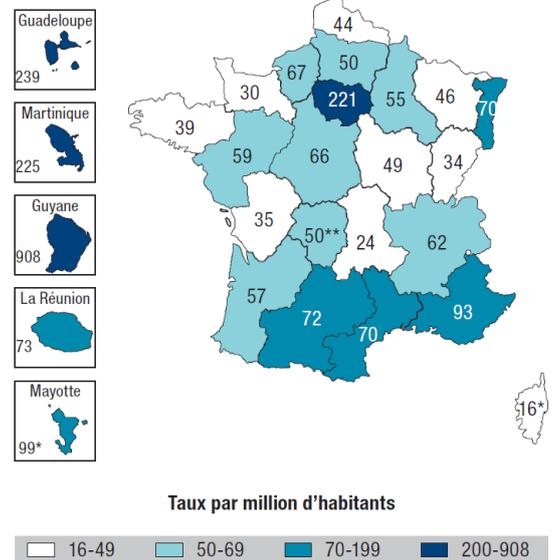
1.2 NOTIFICATION OBLIGATOIRE DE L'INFECTION A VIH

• Découvertes de séropositivité VIH

En 2013, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est de 44 p. 1 000 000 habitants (IC95%: [31-58]) (figure 3). Il est stable depuis 2003 et deux fois inférieur au taux national (95 p. 1 000 000 habitants (IC95%: [88-102]) (Figure 4).

Figure 3

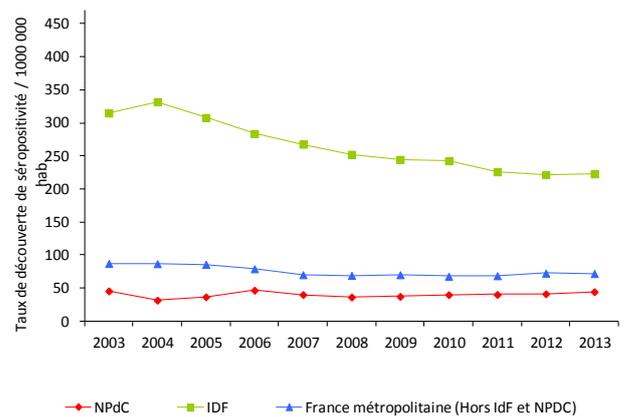
Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, 2013.



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2013 corrigées pour les délais et la sous déclaration

Figure 4

Evolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH en France métropolitaine, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais de 2003 à 2013



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2013 corrigées pour les délais et la sous déclaration

• Caractéristiques sociodémographiques

Les hommes (72 %) représentaient la majorité des cas sur la période 2003-2013 avec un sex-ratio H/F global de 3,0 variant de 1,4 à 5,8 suivant les années.

Entre 2003 et 2013, la classe d'âge des 30-39 ans était majoritaire et représentait 35 % des cas. Les proportions des moins de 30 ans des 20-29 ans et des 40-49 ans, étaient respectivement de 28%, 25% et 24% des cas.

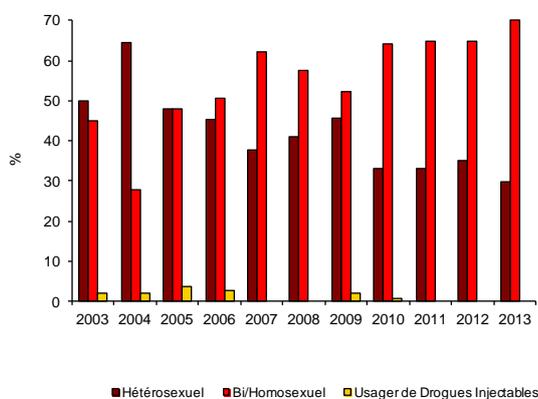
Entre 2003 et 2013, 70 % des personnes découvrant leur séropositivité étaient nées en France. La proportion de personnes nées à l'étranger est en diminution depuis 2008 : elle représentait 35 % des cas sur la période 2003-2008 vs 21 % en 2009-2013 ($p < 0.001$).

• Modes de contamination

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH entre 2003 et 2013, 55 % ont été contaminées par des rapports homosexuels (68 % des contaminations masculines), 42% par des rapports hétérosexuels (73 % chez les femmes et 22 % chez les hommes), et 1% par usage de drogues injectables. Les rapports hétérosexuels représentaient le mode de contamination le plus fréquent entre 2003 et 2005, puis, à partir de 2006, les rapports homosexuels sont devenus le mode de contamination le plus fréquent (Figure 5).

Figure 5

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés dans le Nord-Pas-de-Calais de 2003 à 2013



Source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2013 non corrigées

Chez les hétérosexuels, la part des moins de 30 ans est deux fois plus élevée chez les femmes (31 %) que chez les hommes (15 %). Inversement, chez les plus de 50 ans, la part des hommes est plus élevée (28 %) que celle des femmes (18 %). Ces pourcentages sont du même ordre que ceux observés au niveau national.

Quarante huit pour cent des personnes contaminées par voie hétérosexuelle sont nées dans un pays d'Afrique subsaharienne et 41% sont originaires de France. On retrouve une différence entre les hommes et les femmes selon les pays d'origines : les femmes contaminées par rapports hétérosexuels sont originaires d'Afrique subsaharienne dans 57 % des cas contre 36 % pour les hommes, elles sont originaires de France dans 31 % des cas contre 52 % chez les hommes.

Chez les homosexuels, la classe d'âge des 30-39 ans était majoritaire et représentait 40 % des cas. Les proportions des 20-29 ans et des 40-49 ans, étaient respectivement de 28% et de 24% des cas.

Parmi les hommes contaminés par rapports homosexuels, 90 % sont nés en France.

• Motifs de dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2013, les principaux motifs de dépistage étaient : la prise en charge d'une séropositivité (personnes qui connaissaient leur séropositivité depuis moins d'1 an et qui reviennent consulter) (23 %), la présence de signes cliniques (22 %) et une exposition au VIH (18 %).

Les motifs de dépistage diffèrent selon le mode de contamination. Les homosexuels sont plus souvent dépistés suite à une exposition au VIH (31 %) que les hétérosexuels (12 %). Les hétérosexuels sont plus souvent dépistés lors d'un bilan systématique (8 %) que les homosexuels (4 %).

• Stades cliniques au moment du dépistage

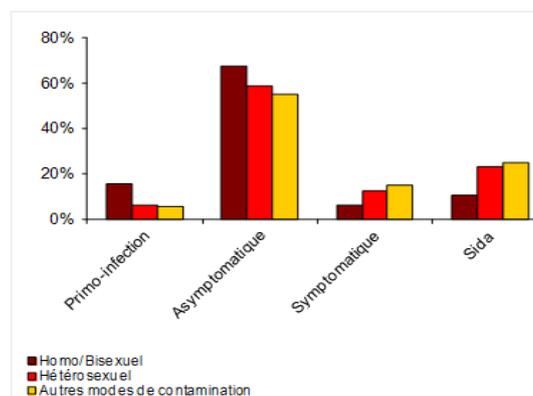
Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2013, 11 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection, 63 % au stade asymptomatique, 9 % à un stade symptomatique non sida, et 17 % à un stade de sida (figure 6).

Les stades cliniques au moment du diagnostic diffèrent significativement selon que le mode de contamination hétéro ou homosexuel: les homosexuels sont plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (76% vs 59% ; $p < 0,01$).

Les personnes nées à l'étranger ont découvert leur séropositivité plus fréquemment au stade sida que les personnes nées en France (19% vs 14% ; $p=ns$).

Figure 6

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, Nord-Pas-de-Calais, 2003 à 2013.

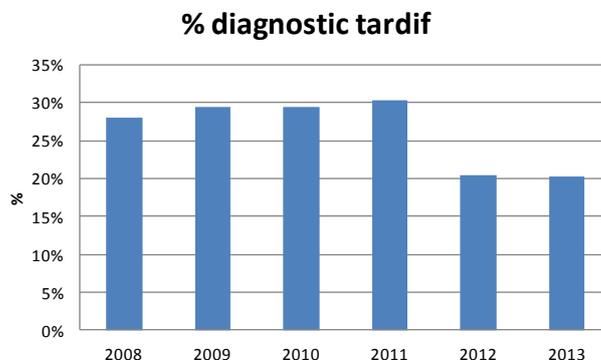


Source : InVS, données DO sida brutes au 31/12/2013 non corrigées

En 2013, le pourcentage de diagnostics tardifs dans la région est de 20%. Il est en diminution depuis 2012 et est inférieur au pourcentage national (25%) (figure 7).

Figure 7

Pourcentage de diagnostics tardifs parmi les découvertes de séropositivité, Nord-Pas-de-Calais, 2008 à 2013.



(Def diag tardif : $cd4 < 200/mm^3$ ou Sida au diagnostic)

Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2013 corrigées pour les délais et la sous déclaration

1.3 NOTIFICATION OBLIGATOIRE DU SIDA

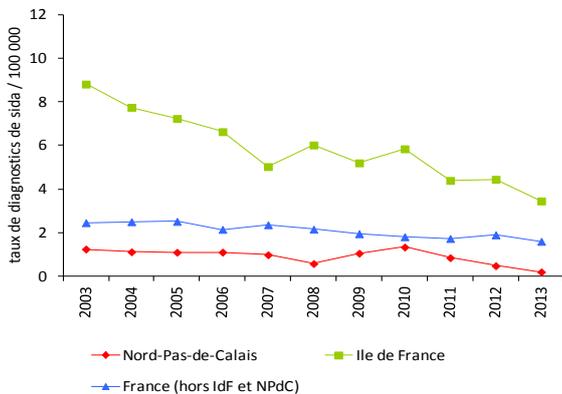
• Taux de diagnostic de sida

Depuis 1984, 1 324 cas de sida ont été notifiés dans la région Nord-Pas-de-Calais dont 638 (48,2%) sont connus comme décédés. Le taux régional de diagnostics de sida a diminué de manière importante à partir de 1996 avec l'introduction des associations d'antirétroviraux. Il est inférieur à celui observé en France métropolitaine (hors Ile de France et Nord Pas-de-Calais) depuis 1990. On observe, depuis 2009, une diminution du taux de diagnostics. Cette tendance doit être surveillée et réévaluer avec la consolidation des données de 2012 et 2013 (figure 8).

L'analyse suivante porte sur les 311 cas de sida notifiés entre 2003 et 2013 dans le Nord-Pas-de-Calais : 238 dans le Nord et 73 dans le Pas de Calais.

Figure 8

Evolution annuelle du taux de diagnostics de sida en France métropolitaine, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais de 2003 à 2013.



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2013 corrigées pour les délais et la sous déclaration

• Caractéristiques sociodémographiques

Entre 2003 et 2013, 311 cas de sida ont été notifiés dans le Nord-Pas-de-Calais : 238 dans le Nord et 73 dans le Pas de Calais.

Les hommes représentaient la majorité des notifications de cas de sida sur la période 2003-2013 (74 %) avec un sex-ratio H/F global de 2,9 variant de 1,5 à 9,5 selon les années.

Les classes d'âge des 30-39 ans et 40-49 ans étaient majoritaires avec 33% et 34% des notifications de sida sur la période 2003-2013. Les personnes de moins de 30 ans représentaient 10,6 % des cas notifiés.

Les personnes diagnostiquées sida étaient majoritairement nées en France (70% vs 22 % en Afrique Subsaharienne).

• Mode de contamination, connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral

Concernant les modes de contamination, les rapports hétérosexuels étaient les plus fréquents (48 %) parmi les personnes diagnostiquées sur toute la période, devant les rapports homosexuels (36 %) et l'usage de drogues injectables (6 %). Le mode de contamination était inconnu dans 7 % des cas.

Sur toute la période d'étude, 53 % des cas connaissaient leur séropositivité au moment du diagnostic sida. Ce pourcentage est beaucoup plus important chez les usagers de drogues injectables (81 %) que chez les homosexuels (57 %) et les hétérosexuels (51%).

Près d'un tiers (27 %) des personnes diagnostiquées ont bénéficié d'un traitement antirétroviral pré-sida de trois mois ou plus.

• Pathologies inaugurales

Les pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes parmi les cas notifiés entre 2003 et 2013 étaient la pneumocystose (25 % des cas), la candidose œsophagienne (16 % des cas), la tuberculose (13 % des cas), et le sarcome de Kaposi 9 % des cas (Tableau 1).

La fréquence des pathologies inaugurales diffère selon le mode de contamination ; pneumocystose et sarcome de Kaposi étant plus fréquemment retrouvées chez les homosexuels (31 % et 17 %) que chez les cas hétérosexuels (20 % et 5 %). A l'inverse, la tuberculose était plus fréquemment observée chez les hétérosexuels (12 %) que chez les homosexuels (4 %). Entre 2003 et 2013, 53 (17%) décès ont été rapportés.

Tableau 1

Fréquence des pathologies inaugurales des cas de sida notifiés en Nord-Pas-de-Calais entre 2003 et 2013

Pathologies Inaugurales	effectif	%
Pneumocystose	78	25,08
Candidose œsophagienne	51	16,40
Tuberculose quelle que soit la localisation	41	13,18
Kaposi	28	9,00
Toxoplasmose cérébrale	24	7,72
Encéphalopathie à VIH	20	6,43
Syndrome cachéctique	17	5,47
Infection a CMV	15	4,82
Cryptosporidiose	10	3,22
Pneumopathie bactérienne récurrente	10	3,22
Lymphome quelle que soit la localisation	10	3,22
Infection à HSV	8	2,57
Infection à Mycobactéries atypiques	8	2,57
Candidose autre localisation	7	2,25
Cryptococcose	6	1,93
Cancer invasif du col	5	1,61
Isosporidiose	4	1,29
Leucoencéphalite multifocale progressive	1	0,32

PONTS FORTS VIH

- Depuis 2006, la proportion de sérologies positives pour 1 000 tests varie entre 0,7 et 1,1 dans la région Nord Pas-de-Calais. Cette proportion demeure environ 2 fois inférieure à celle retrouvée au niveau national
- Le taux de découverte de séropositivité pour le VIH en Nord Pas-de-Calais, est stable et inférieur au taux national (44 par million d'habitants contre 95 au niveau national).
- Depuis 2006, les rapports homosexuels sont devenus le mode de contamination le plus fréquent (plus de 60% depuis 2010), ce qui incite à cibler ce groupe de transmission lors des campagnes de prévention.

Références

1. Modification des fiches de notification obligatoire du VIH et du Sida, juillet 2007. Site du réseau Sentinelles ? : http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/PDF/modif_fiches_vih_sida.pdf
2. Françoise Cazein, Yann le Strat, Jocelyn Dutil, Sophie Couturier, Charly Ramus, Caroline Semaille. Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2013. BEH 2015: 531-34. <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2014/BEH-n-32-33-2014>
3. Spaccaferri G, Cazein F, Lièvre L, Bernillon P, Geffrard S, Lot F, et al. Estimation de l'exhaustivité de la surveillance des cas de sida par la méthode capture-recapture, France, 2004-2006. Bull Epidemiol Hebd. 2010 ;(30):313-6

Bakhao Ndiaye¹, Sylvie Celia², Véronique Baclet², Isabelle Alcaraz², Thomas Huleux², Aissi Emmanuelle³, Clotilde Fontier⁴, Annie Vermersch-Langlin⁴, Isabelle Aubertin⁵, Pascal Chaud¹

¹Institut de veille sanitaire – Lille – Cire Nord

²Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur, Tourcoing

³Centre Hospitalier de Lens

⁴Service de dermatologie, Centre Hospitalier de Valenciennes

⁵Service de prévention santé, Valenciennes

DONNEES NATIONALES

- Au cours des cinq dernières années, le nombre de cas rapportés de syphilis récente augmente chez les hommes tandis que chez les femmes, ce nombre est relativement stable.
- En 2013, plus des 2/3 des cas rapportés concernent des patients ayant consulté en structures spécialisées (Ciddist, CDAG).
- Les femmes représentent 4% des cas rapportés en 2013.
- Les femmes ayant une syphilis récente sont plus jeunes que les hommes (âge médian de 24 ans pour les femmes contre 35 ans pour les hommes en 2013).
- L'orientation sexuelle des cas est stable : 86% d'hommes homo/bisexuels, 10% d'hommes hétérosexuels et 4% de femmes hétérosexuelles en 2013.
- Les motifs de consultation restent assez stables : l'existence de signes cliniques d'IST motive la moitié des consultations (51% en 2013) et le dépistage systématique près du quart (21% en 2013).
- Les co-infections syphilis récente et VIH représentent 32% des cas rapportés en 2013 et sont stables ces dernières années. En 2010, ces co-infections concernent 40% des hommes homo/bisexuels, 25% des hommes hétérosexuels et 3% de femmes.
- Les comportements sexuels sont globalement stables en ce qui concerne tant le nombre de partenaires sexuels que l'utilisation systématique du préservatif. L'utilisation régulière au cours des 12 derniers mois du préservatif lors des fellations reste rare (6 % en 2013) quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la fellation est un mode de contamination très efficace de la syphilis.
- Pour plus d'informations, consultez le bulletin national des réseaux de surveillance des IST, paru le 30/12/2013 sur le site de l'InVS [1] ainsi que le bulletin épidémiologique hebdomadaire thématique sur les IST [2].

NOTA :

Les analyses qui suivent sont réalisées à partir des données de surveillances recueillies sur la période 2000-2013. Elles concernent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce de moins d'un an [3;4] rapportés par les praticiens participant au réseau de surveillance. Elles résultent de l'exploitation du questionnaire clinique et de l'auto-questionnaire comportemental. Ce dernier n'est rempli que pour 47% des patients.

1. Evolution du nombre de cas de Syphilis et vente d'Extencilline® (source Resist)

La diminution du nombre de cas déclarés en région Nord-Pas-de-Calais, observée en 2012 ne s'est pas poursuivie en 2013, année où le nombre de cas a fortement augmenté atteignant 117 cas (+97% par rapport en 2012) (figure1), bien au delà des pics observés en 2006 et 2007 (86 cas). L'analyse à « centres déclarants constants » pour les années 2011 à 2013 confirme une augmentation du nombre de cas de syphilis dans la région Nord-Pas-de-Calais (NPDC) en 2013 et dans les autres régions françaises, en dehors de la région Île-de-France (figure 1).

L'analyse des ventes de benzathine benzylpénicilline (Extencilline®) dans la région (Figure 2), utilisée comme indicateur indirect du nombre de cas, confirme les tendances observées : baisse importante des ventes entre 2007 et 2009, augmentation entre 2009 et 2011, diminution en 2012, suivie d'une augmentation en 2013.

Figure 1 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récente dans le Nord-Pas-de-Calais et dans les autres régions, 2000-2013.

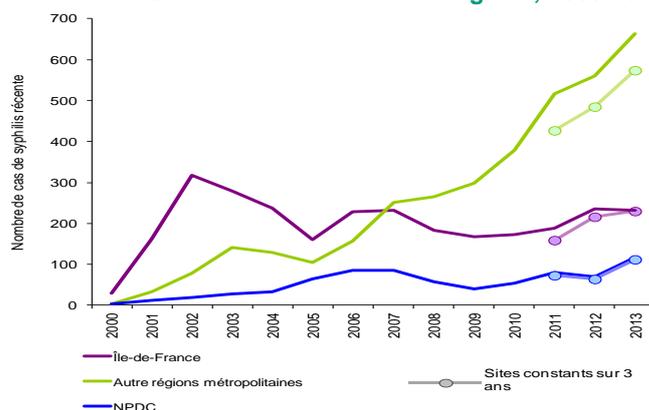
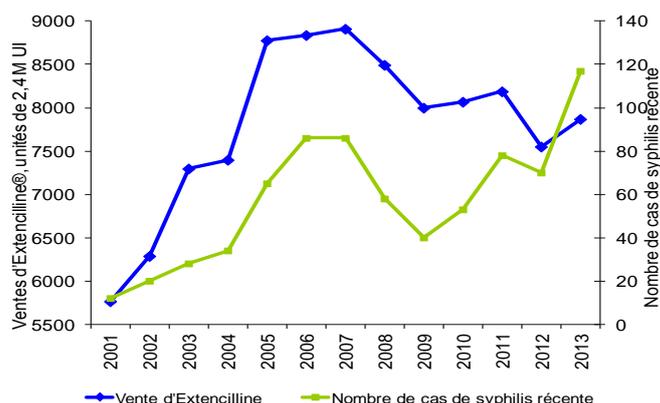


Figure 2 |

Evolution du nombre des ventes d'Extencilline® 2,4 M UI dans la région Nord-Pas-de-Calais, 2000-2013 (source GERS).

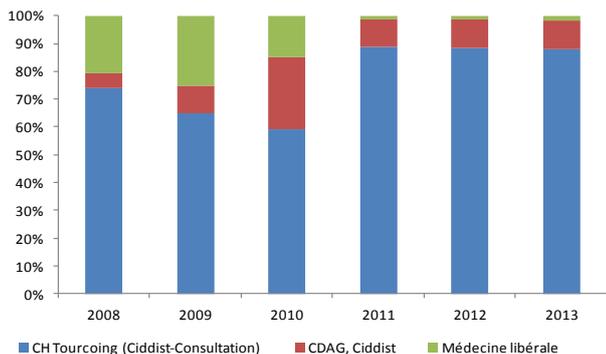


2. Caractéristiques des recours au dépistage, 2008-2013

Lieux de consultation : Sur la période 2008-2013, 77% des cas déclarés dans la région ont été vus à l'hôpital de Tourcoing (consultation et Ciddist), 12% en structures spécialisées (CDAG, Ciddist) et 11% par des médecins libéraux. Depuis 2011, près de 90% des cas sont signalés par l'hôpital de Tourcoing* (Figure 3).

Figure 3 |

Evolution des lieux de consultation des cas de syphilis récente, réseau RésIST, Nord-Pas-de-Calais, 2008-2013.

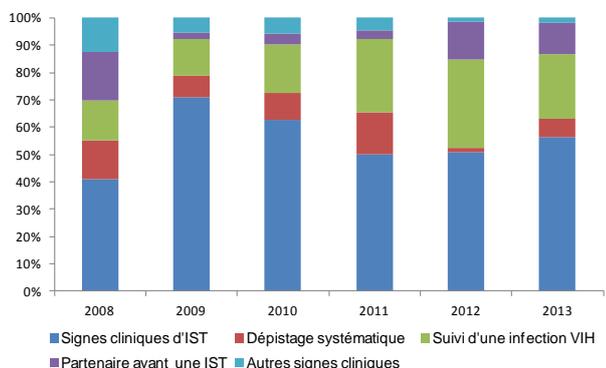


*CH Tourcoing : service universitaire des maladies infectieuses et du voyageur. Centre de référence de la région NPDC (Consultation hospitalière, Ciddist)

Motifs de recours au dépistage : Sur l'ensemble de la période 2008-2013, 55% des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST, 9% dans le cadre d'un dépistage systématique, 21% dans le cadre du suivi d'une infection VIH, 9% pour un partenaire ayant une IST et 5% pour d'autres signes cliniques. En 2013, l'existence de signe clinique d'IST motive 56% des consultations (51% au niveau national) et le suivi des personnes infectées par le VIH concerne 24% des cas (13% au niveau national) (figure 4).

Figure 4 |

Evolution des motifs de recours au dépistage des cas de syphilis récente, réseau RésIST, Nord-Pas-de-Calais, 2008-2013.



3. Caractéristiques des Cas, 2008- 2013

3.2.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Sexe : Sur la période 2008-2013, la proportion de femmes parmi les cas de syphilis est de 4,6% (min : 0,9% en 2013 ; max : 12,1% en 2008) (Tableau 1). Ces proportions sont comparables à ce qui est observé au niveau national.

Stade : En 2013, la répartition des stades est : syphilis primaire 11%, syphilis secondaire 55% et syphilis précoce 34% (tableau1). Ces proportions sont stables par rapport à la période 2008-2012 (Cf. figure 5) et sont sensiblement différentes de celles observées au niveau national où la part des syphilis secondaire est plus faible (39% vs 55% dans le NORD-PAS-DE-CALAIS) et celle de la syphilis primaire deux fois plus élevée (tableau1).

Orientation sexuelle : La proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est relativement stable depuis 2008. Elle est un peu plus faible en 2008 (80%) et est un peu plus élevée les cinq dernières années (figure 6).

En 2013, l'orientation sexuelle des cas était comme suit : hommes homo-bisexuels 93% ; hommes hétérosexuels 6% et femmes hétérosexuelles 1% (tableau 1). Ces proportions sont comparables à celles du niveau national.

Co-infections syphilis précoce et VIH

La proportion de co-infections syphilis récente et VIH est variable selon les années : sur la période 2008-2013, le taux varie ainsi entre 40% en 2008 et 66% en 2012 (65% en 2013) (figure 7).

La prévalence du VIH chez les personnes ayant une syphilis récente a augmenté passant de 52% en 2008-2012 à 65% en 2013 (tableau 1). Cette proportion est plus élevée que sur l'ensemble de la France où l'on observe 32% de sérologies VIH positives connues parmi les cas de syphilis récente. Cette différence pourrait s'expliquer, au moins en partie, par un signalement majoritaire des cas par le centre hospitalier de Tourcoing (centre régional de référence pour le VIH) et notamment des cas issus de la consultation de suivi des patients infectés par le VIH.

Age : Sur la période 2008-2013, les femmes sont plus jeunes que les hommes : âge médian respectivement de 31 ans et 37 ans. Dans la région, l'âge médian des cas de syphilis est presque le même en 2013 (38 ans) que sur la période 2008-2012 (36 ans). Au niveau national, Il est plus bas chez les hommes hétérosexuels (34 ans vs 43 ans dans le NORD-PAS-DE-CALAIS).

Tableau 1 |

Evolution des caractéristiques des cas de syphilis récente, Résist, Nord-Pas-de-Calais, 2008-2013.

	Nord-Pas-de-Calais		France
	2008-2012 (n=302)	2013 (n=117)	2013 (n=857)
Sexe			
Hommes	96%	99%	96%
Femmes	4%	1%	4%
Stade de la syphilis			
Primaire	12%	11%	20%
Secondaire	52%	55%	39%
Latence précoce	36%	34%	40%
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels	89%	93%	86%
Hommes hétérosexuels	8%	6%	10%
Femmes hétérosexuelles	3%	1%	4%
Statut sérologique VIH			
Positif connu	52%	65%	32%
Découverte de sérologie VIH	1%	1%	3%
Négatif	42%	33%	61%
Statut inconnu	5%	2%	4%
Age médian (année)			
Hommes homo-bisexuels	38	36	35
Hommes hétérosexuels	43	43	34
Femmes	32	-	24

Figure 5

Evolution des stades de syphilis, réseau RésIST, Nord-Pas-de-Calais, 2008-2013.

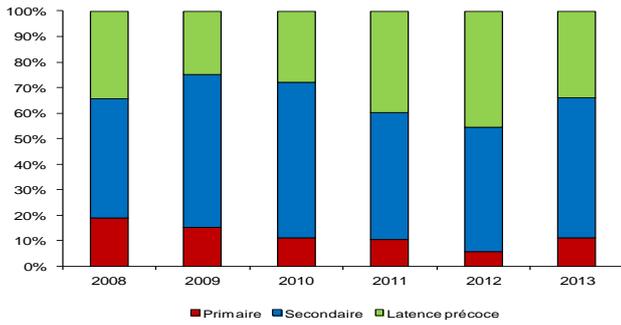


Figure 6

Evolution annuelle des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau Résist, Nord-Pas-Calais, 2008-2013.

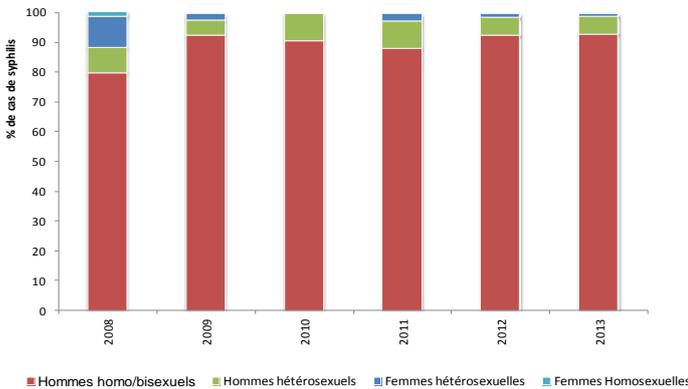
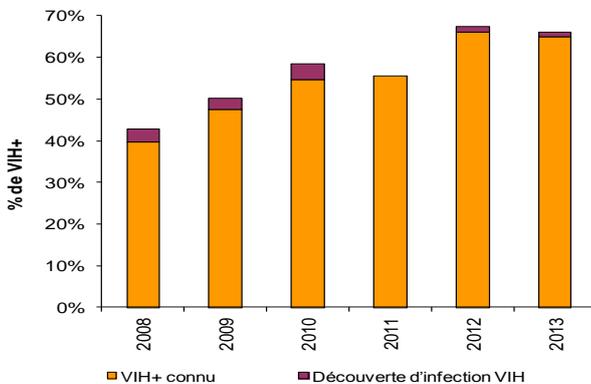


Figure 7

Fréquence annuelle de l'infection à VIH en cas de syphilis récente, réseau RésIST, Nord-Pas-de-Calais, 2008-2013.



3.2.2 Caractéristiques comportementales (Auto-questionnaire)

Pratiques sexuelles : Dans la région, les comportements sexuels sont globalement stables en 2013 et sur la période 2008-2012 (Tableau 2). En 2013 le préservatif est utilisé de manière systématique lors des pénétrations anales et vaginales respectivement par 29% (contre 22% en 2008-2012 ; 35% en 2012) et 2% (contre 10% en 2008-2012) des cas (tableau 2). On constate une très faible utilisation systématique du préservatif pour les pratiques oro-génitales (<1% d'utilisation systématique). En 2013, au niveau régional, les proportions d'utilisation systématique du préservatif sont inférieures à celles du niveau national (29% vs 37%).

Les auto-questionnaires sont renseignés à 47%, les résultats issus de ces données comportementales doivent être interprétés avec prudence.

Tableau 2

Caractéristiques des cas de syphilis récente selon la période de diagnostic, région Nord Pas-de-Calais, 2008-2013.

	Nord-Pas-de-Calais		France
	2008-2012	2013	2013
Nombre médian de partenaires			
HSH	5	4	6
hommes hétéro	1	3	2
femmes hétéro	1	-	2
Utilisation systématique de préservatif			
pénétration anale	22%	29%*	37%
pénétration vaginale	10%	2%	24%
Fellation	1%	2%	6%

*Non statistiquement significatif entre 2008-2012 et 2013

Nota : Les données de surveillance de la syphilis (non encore validées) montrent que le nombre de cas continue d'augmenter dans la région en 2014 (n= 131 cas).

POINTS FORTS – SYPHILIS – Nord-Pas-de-Calais

- En 2013, le nombre de cas est en nette augmentation par rapport à l'année 2012 (+97% par rapport en 2013). En France métropolitaine, cette tendance est surtout constatée hors Île-de-France. Le nombre de cas continue d'augmenter dans la région en 2014 (n= 131 cas) (données provisoires).
- Parmi les centres déclarants des cas de syphilis dans la région, le centre hospitalier de Tourcoing (Centre de référence régional pour le VIH) représente près de 90% des signalements depuis 2011.
- Depuis 2008, environ **9 cas de syphilis sur 10 sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)**. La proportion de femme reste faible (< 5%).
- Entre 2008 et 2013, **55% des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST** (Proportion stable : 56% en 2013).
- En 2013, l'existence de signe clinique d'IST motive **56% des consultations** (51% au niveau national) et le suivi des personnes infectées par le VIH concerne 24% des cas (13% au niveau national)
- **Les co-infections syphilis récente et VIH sont fréquentes et en augmentation** ; elles représentent plus de 2/3 (65%) des cas rapportés en 2013 contre 1/2 (52%) sur la période 2008-2012 et concernent plus fortement les HSH. Cette proportion est plus élevée dans la région que sur l'ensemble de la France (32%).
- **L'utilisation systématique du préservatif est très faible pour les pratiques orogénitales (< 1%)**. Par rapport à 2012, on note une diminution de l'utilisation systématique du préservatif pour les pénétrations anales chez les HSH (35% en 2012 versus 29% en 2013).
- Excepté la part de co-infection syphilis récente et VIH, plus importante chez les patients signalés dans la région, les caractéristiques des cas rapportés en 2013 sont globalement similaires à celles des cas rapportés en France.

| Recommandations |

Dans un contexte où, d'une part, plus de 90% des cas de syphilis sont des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et la part des co-infections syphilis récente et VIH représente plus de 2/3 des cas en 2013 et d'autre part, l'utilisation systématique du préservatif demeure très faible dans la région par rapport au niveau national, il est recommandé :

- d'améliorer les connaissances sur les comportements sexuels à risque (Cf. la mise en œuvre de l'étude Prevagay* dans le Nord Pas-de-Calais en 2015) ;
- de renforcer les actions de prévention notamment chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), ciblant plus particulièrement la promotion de l'utilisation du préservatif lors des pratiques sexuelles (fellation comprise).

En termes de surveillance épidémiologique, il est recommandé :

- d'inciter les Ciddist et les CDAG de la région à signaler les cas de syphilis ;
- de poursuivre les signalements des infections à gonocoques dans la région, (30 cas de gonocoques signalés en 2013, vs 4 en 2012) ;
- d'améliorer le remplissage de l'auto-questionnaire comportemental par les patients ;
- d'analyser la faisabilité de l'utilisation des bases de données des remboursements de l'assurance maladie (Sniiram) comme indicateur du nombre de cas de syphilis.

* Enquête de séroprévalence VIH et hépatites B et C auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay : http://www.invs.sante.fr/presse/2009/communiqués/resultats_enquete_prevagay_171109/resultats_prevagay.pdf

| Organisation de la surveillance des IST en France métropolitaine |

1. 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 réémergence de la syphilis en 2000 puis de la LGV en 2003.

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) coordonne la surveillance des IST au niveau national qui repose sur 3 réseaux.

A/ un réseau de cliniciens volontaire 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) ;
- gonocoque : 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 gonocoques (nombre d'isolements, résistance aux antibiotiques) et **Réachla** pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (nombre de tests et de diagnostics positifs)

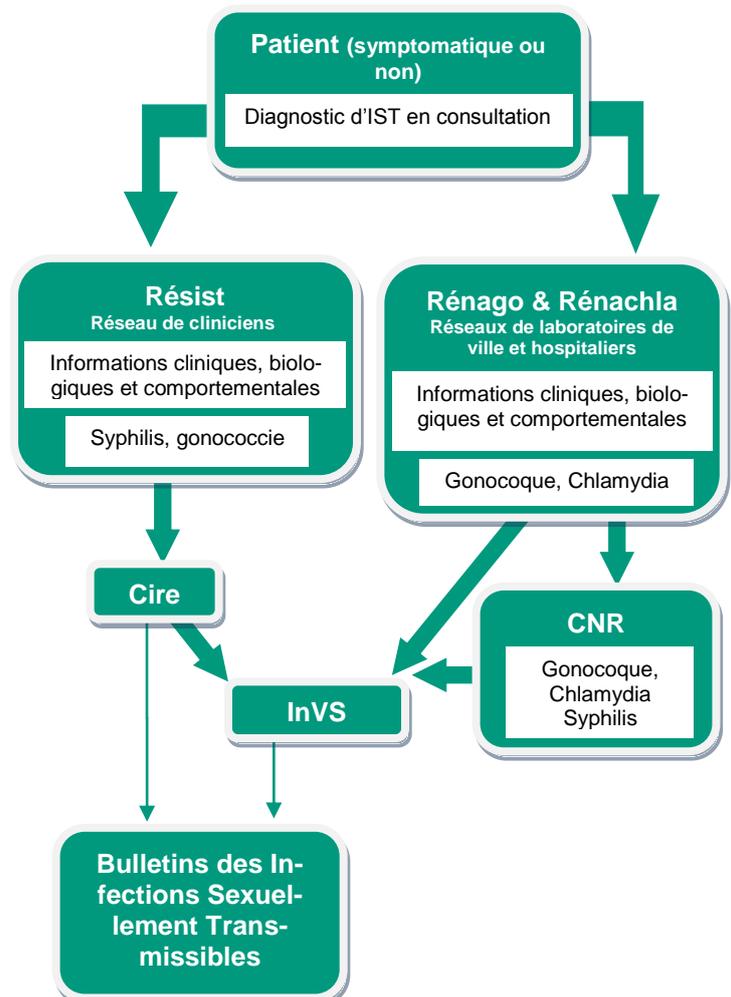
2. Résist

Après consentement du patient, les informations anonymes sont consignées sur deux questionnaires : un questionnaire clinique rempli par le praticien et un auto-questionnaire centré sur les comportements sexuels des 12 derniers mois.

Les questionnaires ainsi remplis puis mis sous enveloppe, sont envoyés aux Cire qui les valident et les transmettent au département des maladies infectieuses de l'InVS. 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 RésIST nationales et de la région Nord pas de Calais.

| Encadré 1 |

Organisation de la surveillance des IST dans en France.



3. Rénago

Les laboratoires de microbiologie participant au réseau Rénago envoient à l'InVS :

- 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.

4. Rénachla

Les laboratoires volontaires qui participent au réseau, communiquent chaque mois à l'InVS 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*).

NB : les données issues des réseaux de surveillance Rénago et Rénachla ne permettent pas d'effectuer des analyses régionales.

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

Disponibles sur le site de L'InVS :

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

5. Références

1. 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.
2. Galloway 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>
3. Nicolay N, Galloway 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.
4. 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

J.C. Guichard¹, V. Baclet², M. Valette², H. Bazus², V. Hédouin¹, E. Senneville²

¹SMLMP Service de Médecine Légale et de Médecine en milieu Pénitentiaire, CHRU de Lille, France

²SUMIV Service Universitaire des Maladies Infectieuses et du Voyageur, Hôpital Dron de Tourcoing, France

Résumé

Objet : Evaluer un dispositif de dépistage du VIH, des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et des hépatites, en maison d'arrêt (EDDISTMA) et estimer la prévalence des pathologies recherchées

Méthode : Ce travail a été réalisé par le Service de Médecine en Milieu Pénitentiaire du CHRU de Lille (Nord) en collaboration avec le Service Universitaire des Maladies Infectieuses du CH Dron, Tourcoing (Nord). Le recueil de données anonymisées a été effectué à la maison d'arrêt du Centre Pénitentiaire* d'Annoeullin (Nord), chez les hommes majeurs entrants. Lors d'une consultation systématique, un dépistage est proposé. Celui-ci comprend un prélèvement sanguin pour les sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis, un prélèvement d'urine pour rechercher *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Pour les détenus ayant eu plus d'un séjour carcéral dans la période d'étude, seules les données de la première consultation ont été prises en compte, ce qui permet d'estimer la prévalence pour chaque pathologie.

Résultats : Entre le 15 avril 2013 et le 31 janvier 2015, 791 consultations ont été recensées. A chacun de ces entretiens est proposé le dépistage. Au total, 689 prélèvements sanguins (87 %) et 680 prélèvements urinaires (86 %) ont été effectués. Aucun dépistage n'est revenu positif pour le VIH et la syphilis, 44/689 (6,39 %) sérologies VHC sont positives, dont 18/44 hépatites C actives (40,9 %) soit 2,61 % de la totalité des patients prélevés. La population la plus touchée concerne la tranche d'âge 40/44 ans (sérologie positive dans 28,6 % des cas), hépatite B : 1,02 %, NG : 1,47 %, CT : 8,26 % pour l'ensemble des prélèvements avec des valeurs élevées chez les plus de 30 ans (12,1 % pour les 30/34 ans).

Conclusion : Les personnes incarcérées apparaissent comme étant à risque élevé d'IST et d'hépatites. L'hépatite C est beaucoup plus fréquente qu'en population générale. Le dépistage permet aux patients porteurs d'infections chroniques d'être traités pendant leur incarcération. Cela sera d'autant plus vrai que l'accès aux nouvelles molécules apportera des schémas de traitements plus courts. La prévalence de CT est particulièrement élevée, notamment au-delà de 30 ans, ce qui laisse penser qu'une recherche systématique même au-delà de cet âge a toute son importance. Le dépistage a un intérêt individuel et collectif. Le passage en maison d'arrêt est un moment propice au bilan mais aussi à la prévention et à l'éducation à la santé.

1. Introduction

Face à la croissance des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), des nouvelles découvertes d'infections à VIH qui demeurent constantes (environ 6 200 personnes ont découvert leur séropositivité VIH en 2013) (1) et du manque de données au sein de la population carcérale, nous avons souhaité évaluer le dispositif de dépistage pilote du VIH, des hépatites et IST mis en place en maison d'arrêt (EDDISTMA).

Le plan d'action stratégique 2010/2014 pour les personnes placées sous-main de justice (2) comprend dans ses objectifs l'amélioration du dépistage du VIH, des hépatites et des IST à l'entrée et pendant la détention. En application de l'article

D. 381 du code de procédure pénale, les médecins des

UCSA* (dorénavant unités sanitaires) réalisent un examen médical systématique pour les détenus venant de l'état de liberté, autrement dit la visite « Entrant ». L'article 53 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 a introduit une visite médicale pour toute personne condamnée dans le mois précédant sa libération (3).

Le dépistage du VIH, du VHC et des IST (notamment syphilis) est proposé lors de la visite « Entrant ». Le dépistage des autres IST est proposé éventuellement en fonction du contexte clinique. Ces dépistages sont censés être renouvelés en fonction des facteurs d'exposition connus ou supposés (sexuels ou sanguins) ou sur demande de la personne.

Le dépistage systématique de *Chlamydia trachomatis* et des papillomavirus humain (HPV) lors de la visite « entrant » est recommandé uniquement pour les femmes. Nous avons ajouté la proposition d'une recherche systématique de *Chlamydia trachomatis* (CT) et *Neisseria gonorrhoeae* (NG) au bilan recommandé afin d'évaluer la prévalence et l'intérêt d'étendre cette proposition de dépistage systématique chez les hommes incarcérés.

Les objectifs de cette étude sont d'estimer la prévalence du VIH, des infections sexuellement transmissibles (IST), des hépatites virales et d'évaluer la pertinence du dépistage urinaire *Chlamydia trachomatis* (CT) et *Neisseria a gonorrhoeae* (NG) chez les hommes entrants en maison d'arrêt (Annoeullin Nord).

Il s'agit d'un travail mené en collaboration entre le Service de Médecine en Milieu Pénitentiaire de Lille (CHRU) responsable de la prise en charge médicale des détenus du Centre Pénitentiaire d'Annoeullin (Nord) et le Service Universitaire des Maladies Infectieuses du CH Dron de Tourcoing (Nord).

2. Méthodes

2.1 Période d'étude, population éligible et mode d'inclusion

L'étude s'est déroulée du 15 avril 2013 au 31 janvier 2015 (21,5 mois) dans le Centre Pénitentiaire d'Annoeullin et concernait que les hommes majeurs. Ce centre est composé de 2 Maisons d'Arrêt, un Centre de Détention, un Quartier Maison Centrale ou Quartier Longue Peine et un Hôpital de Jour régional de Psychiatrie (SMPR).

Lors des consultations systématiques à l'entrée le bilan de dépistage des IST et des hépatites est proposé. Les primo arrivants sont représentés par les hommes entrants majeurs venant de l'état de liberté*, en maison d'arrêt depuis moins de 24 heures. Les détenus en provenance d'une autre structure pénitentiaire sont exclus du dispositif de dépistage EDDISTMA car ils ne peuvent être reconnus comme primo-arrivants ainsi que les arrivants du week-end. Ont également été exclus les détenus déjà pris en compte lors d'une première entrée, afin d'obtenir des mesures de prévalence considérant des personnes distinctes.

2.2 Types et modes de réalisation des prélèvements

Le prélèvement sanguin proposé de façon systématique comprend : sérologies VIH (Elisa/Enzygnost – SIEMENS), VHB Ag HBs (Elisa/ Enzygnost – SIEMENS), VHC Ac (CMIA/ Architect- Abbott Diagnostics Division) et PCR-VHC quantitative si sérologie positive (COBAS AmpliPrep/COBAS TaqMan v2.0- Roche), syphilis TPHA (TPHA 200, Biorad) VDRL (Immutrep RPR).

Le prélèvement urinaire permet la recherche de CT et NG par PCR (polymerase chain reaction quantitative COBAS TaqMan - Roche). Il est réalisé sur un 1^{er} jet avec une urine ayant au moins stagné 2 h dans la vessie.

2.3 Rendu des résultats et prise en charge

Les résultats sont rendus au patient lors d'une « consultation de remise de résultats », avec prise en charge thérapeutique en cas d'infection avérée. Des informations personnalisées sont délivrées sur les IST et les hépatites, les mesures de prévention y sont associées ainsi qu'une incitation au dépistage des partenaires potentiels.

Le patient est systématiquement reconvoqué s'il ne s'est pas présenté en cas de résultats positifs.

Si un résultat est positif pour le VIH, un suivi spécialisé est réalisé. Pour les patients porteurs d'hépatites chroniques, une prise en charge pluridisciplinaire est mise en place en concertation avec les hépatologues et les psychiatres, associée à des séances d'éducation thérapeutique spécifiques.

2.4 Gestion des informations et analyse statistique

Les informations anonymes (démographiques, symptômes, résultats des tests) recueillies lors des consultations médicales (initiale et rendu des résultats) sont saisies et gérées dans une base de données.

L'analyse des données, au moyen du logiciel Mathematica v10.02 (Wolfram research), comprend une analyse descriptive monovariée permettant d'obtenir les prévalences et de construire les intervalles de confiance correspondant pour chacune des IST prise en compte. L'analyse bivariée repose pour la comparaison des variables qualitatives sur le test du chi-2 en cas d'applicabilité sinon le recours au test exact de Fisher est retenu. Pour la comparaison des variables quantitatives le t-test de Student est employé et en cas de non applicabilité l'utilisation du test des signes sur la médiane est retenue.

3. Résultats

3.1 Description de la population et des différents tests de dépistages

Au cours des 21,5 mois, 791 patients ont été dépistés. Une même personne n'est comptabilisée qu'une seule fois, même si elle a été incarcérée plusieurs fois au cours de cette étude.

Les patients sont âgés de 18 à 72 ans et l'âge médian est de 29 ans. La répartition des classes d'âges montre que 419 hommes soit 52,97 % ont moins de 30 ans (figure 1).

La proportion de prélèvements réalisés a été de 87% (689/791), pour le prélèvement sanguin et de 86 % (680/791) pour la PCR urinaire (tableau 1).

1.1 Résultats des prélèvements sanguins

Au total, 689 prélèvements sanguins ont été effectués. Les hommes de plus de 30 ans acceptent davantage le prélèvement sanguin: 89,8 % vs 84,7 % chez les moins de 30 ans (p = 0,03).

Au cours des 21,5 mois il n'y a pas eu de dépistage positif pour la syphilis et le VIH (tableau 2).

Figure 1

Répartition du nombre de patients par tranche d'âge (N=791)



Tableau 1

Niveau de réalisation (%) des éléments du dispositif (N=791)

	Sanguin n (%)	Urinaire n (%)
Prélèvement réalisé		
Oui	689 (87%)	680 (86%)
Non	102 (13%)	111 (14%)
Total	791 (100%)	791 (100%)

1.2 Résultats des prélèvements sanguins

Au total, 689 prélèvements sanguins ont été effectués. Les hommes de plus de 30 ans acceptent davantage le prélèvement sanguin: 89,8 % vs 84,7 % chez les moins de 30 ans (p = 0,03).

Au cours des 21,5 mois il n'y a pas eu de dépistage positif pour la syphilis et le VIH (tableau 2).

Pour le VHC, 44/689 (6,39 %) sérologies sont positives, dont 18/44 hépatites C actives (PCR positive quand la sérologie est positive : 40,9 %). Près de 3% (2,61 %) des hommes ayant effectué le prélèvement sanguin sont porteurs d'une hépatite C active (tableau 2). L'âge moyen (Deviation Standard) pour la sérologie VHC positive est de 40,6 ans (6,88) et 41,83 ans (5,65) pour l'ARN VHC (tableau 2).

La répartition des cas d'hépatite C (Ac VHC positifs) n'est pas homogène selon les classes d'âge (tableau 3). Elle touche peu les moins de 30 ans. Les prévalences les plus élevées concernent la population de plus de 35 ans avec un pic pour la tranche d'âge 40 - 44 ans : 28,6 %, (IC95 % : 18,4 - 40,62).

Les cas d'hépatites C actives (PCR VHC positives) touchent pour la quasi-totalité les plus de 35 ans. La classe d'âge 40 - 44 ans prédomine avec une prévalence à 17,1 % (IC95 % : 9,18 - 28,03) (tableau 3). Plus de 2/3 (65,9 %) de la totalité des sérologies d'hépatites C positives sont dépistées chez les 40 ans et plus dont 83,3 % des hépatites actives.

Concernant l'hépatite B, 7/687 consultants ont une hépatite B active (Ag HBS positif), soit 1,02 % (IC95 % : 0,41 - 2,09) (tableau 2) avec un âge moyen de 33,43 ans. Il n'y a pas de classe d'âge prédominante.

Tableau 2

Prévalence des agents infectieux

	n	Positifs	Prévalence (%)	IC ₉₅ %	Age des cas ($\mu \pm \sigma$ [IC ₉₅ %])
PCR Chlamydiae	678	56	8.26	6.3-10.59	27.23 \pm 5.14 [26.08-28.38]
PCR Gonocoque	680	10	1.47	0.71-2.69	28.0 \pm 3.97 [25.7-30.3]
Syphilis VDRL	683	0	-	-	-
Ac VIH	687	0	-	-	-
Ac VHC	689	44	6.39	4.68-8.48	40.66 \pm 6.88 [38.92-42.40]
ARN VHC		18	2.61	1.56-4.1	41.83 \pm 5.65 [39.52-44.15]
Ag HBs VHB	687	7	1.02	0.41-2.09	33.43 \pm 14.29 [22.93-43.93]

Prévalence n (% , IC à 95%) des hépatites (Ac VHC positif, PCR VHC positive, Ag HBs positif) en fonction des classes d'âge (N = 689)

	Effectif	Réalisation test sanguin	Ac VHC positif	PCR VHC positive	Ag HBs positif
18-19 ans	11	10 (90,9%)	0 [0%-30,85%]	0 [0%-30,85%]	0 [0%-30,85%]
20-24 ans	201	169 (84,1%)	2 (1,18%) [0,14%-4,21%]	1 (0,59%) [0,01%-3,25%]	2 (1,18%) [0,14%-4,21%]
25-29 ans	207	176 (85%)	1 (0,57%) [0,01%-3,12%]	0 [0%-2,07%]	1 (0,57%) [0,01%-3,12%]
30-34 ans	122	110 (90,2%)	4 (3,64%) [1%-9,05%]	0 [0%-3,3%]	2 (1,82%) [0,22%-6,41%]
35-39 ans	83	73 (88%)	8 (11%) [4,85%-20,46%]	2 (2,74%) [0,33%-9,55%]	1 (1,37%) [0,03%-7,4%]
40-44 ans	77	70 (90,9%)	20 (28,6%) [18,4%-40,62%]	12 (17,1%) [9,18%-28,03%]	0 [0%-5,21%]
45-49 ans	51	42 (82,4%)	5 (11,9%) [3,98%-25,63%]	1 (2,38%) [0,06%-12,57%]	0 [0%-8,6%]
50 ans et plus	39	39 (100%)	4 (10,3%) [2,87%-24,22%]	2 (5,13%) [0,63%-17,32%]	1 (2,56%) [0,06%-13,48%]

1.3 Résultats des prélèvements urinaires

Six cent quatre-vingts (680) prélèvements urinaires ont été effectués. Le taux de réalisation est identique selon les classes d'âges : 88,2 % chez les 30 ans et plus, 84 % chez les moins de 30 ans ($p = 0,09$). Ces derniers représentent 53 % de l'effectif total.

Parmi les 791 consultants, 15 (1,90 %) déclarent avoir une symptomatologie d'urétrite, 14/15 (93,3 %) réalisent le prélèvement urinaire.

Pour les CT, 56/678 hommes ont une PCR positive soit 8,26 % (IC à 95% : 6,3 - 10,59). Les valeurs de prévalence de CT varient selon les classes d'âges (tableau 4) : les classes d'âges les plus touchées sont : 20-24 ans ; 25-29 ans et 30-34 ans, respectivement 11,1% ; 11,1% et 12,1% comme prévalence de CT. Parmi les patients CT positifs 92,9 % sont asymptomatiques.

Pour le NG, 1,47 % (10/680) des PCR (IC95 % : 0,71 - 2,69) sont positives. Il n'y pas de cas chez les 18-19 ans et chez les plus de 35 ans (tableau 3). Les prévalences des NG dans les classes d'âges : 20-24 ans, 25-29 ans et 30-34 ans sont respectivement : 1,17 % ; 1,74 % et 4,63 %. Parmi les patients NG positif 70 % sont asymptomatiques.

Tableau 4

Prévalence n (% , IC à 95%) des infections à CT et NG par classe d'âge (N =680)

	Effectif	Réalisation test urinaire	CT positif	NG positif
18-19 ans	11	9 (81,8%)	0 [0%-33,63%]	0 [0%-33,63%]
20-24 ans	201	171 (85,1%)	19 (11,1%) [6,82%-16,81%]	2 (1,17%) [0,14%-4,16%]
25-29 ans	207	172 (83,1%)	19 (11,1%) [6,82%-16,81%]	3 (1,74%) [0,36%-5,01%]
30-34 ans	122	108 (88,5%)	13 (12,1%) [6,63%-19,88%]	5 (4,63%) [1,52%-10,47%]
35-39 ans	83	71 (85,5%)	4 (5,63%) [1,56%-13,8%]	0 [0%-5,06%]
40-44 ans	77	68 (88,3%)	1 (1,47%) [0,04%-7,92%]	0 [0%-5,28]
45-49 ans	51	42 (82,4%)	0 [0%-8,41%]	0 [0%-8,41%]
50 ans et plus	39	39 (100%)	0 [0%-9,03%]	0 [0%-9,03%]

2. Discussion

Les examens urinaires sont réalisés dans 86 % des cas. Les causes de non réalisation sont en partie dues à des problèmes techniques (nécessité d'une urine ayant stagné au moins 2 heures dans la vessie). En effet, si le prélèvement n'est pas réalisé lors de la consultation où est proposé le dépistage, le détenu devra de nouveau se présenter, ce qui n'est pas toujours facile à réaliser.

Comme dans l'étude réalisée à Caen entre 2000 et 2003 (4) nous n'avons pas dépisté de sérologie VIH positive. La prévalence du VIH en France en 2010 en prison (Prevacar) (5) est estimée à 2,0 %. A l'étranger, en milieu carcéral, elle varie selon les études : 0,4 % en Australie (6), 1,5 % aux États Unis (EU) en 2007 et 2008 chez les hommes entrants (7). La recherche du VIH demeure importante, même si notre évaluation ne retrouve pas de patients porteurs du virus. La prévalence est estimée plus élevée que dans la population générale (5,7). Le dépistage proposé systématiquement permet donc de découvrir des résultats positifs au sein d'une population peu encline à une démarche de bilan de santé.

Les sérologies VHC positives (6,39 %) sont plus fréquentes dans notre évaluation que dans les travaux français : 4,9 % et 4,5 % (4,5), et moins fréquentes qu'à l'étranger où les données sont très variables. En 2005 aux USA (8) 34,3 % des personnes incarcérées sont positives pour le VHC, (65,7 % chez les usagers de drogues par injection (UDI), 10,2 % chez les non usagers de drogues injectables (NUDI)) et 13 % en 2009 (8), 29 %, en Australie (6) en 2014 (57,2 % chez les UDI et 2,7 % chez les NUDI).

Près de 3 % (2,61 %) de la totalité des hommes dépistés à la maison d'arrêt d'Annoeullin sont virémiques pour l'hépatite C vs 2,51 % dans l'étude Prevacar qui incluait les 2 sexes. Peu d'infections sont dépistées avant 30 ans dans les 2 évaluations (dans EDDISTMA, 65,9 % des hommes ayant une sérologie VHC ont 40 ans et plus), ce qui laisse à penser que les mesures de prévention mises en place par les CSAPA* et surtout les CAARUD* depuis des années (accès au kit d'injection stérile, information...) ont dû avoir un impact sur les contaminations des plus jeunes. Nous retrouvons une prévalence de l'hépatite C 7,5 fois supérieure à celle de la population générale (0,84 %) (10). Cette démarche de dépistage outre le fait de poser un diagnostic permet une prise en charge thérapeutique pour une grande partie de ces hommes durant leur incarcération. L'encadrement apporté et le contexte (sevrage et substitution) permet de traiter certains patients pour lesquels une prise en charge en milieu ouvert est plus aléatoire.

Concernant l'hépatite B, la France appartient aux pays de faible endémie, la prévalence de l'Ag HBs est estimée à 0,65 % en population générale (11), 0,9 % en population carcérale en 2003 (12), 1,02 % dans notre travail et, 0,9 % aux EU (9). La recherche de l'Hépatite B permet de dépister les porteurs d'infections, de les traiter et surtout de proposer une vaccination aux personnes séronégatives.

Nous n'avons pas dépisté de syphilis, Verneuil (4) retrouvait 2 syphilis précoces (0,33 %). Aux EU en milieu carcéral la prévalence est plus élevée avec 2,5 % en 1999 et 6 % de syphilis primaires ou secondaires chez les hommes hétérosexuels en 2011 (13,14).

Dix personnes ont été dépistées positives pour NG soit 1,47 % de la population testée. (tableau 1) ce qui est comparable aux données étrangères : 1,6 % en 1999 au EU (13), et 1 % en 2011 (14), 0,6 % au Canada (15). Malgré un effectif encore réduit ce travail nous apporte des informations intéressantes concernant NG. La technique de PCR est plus facile, moins invasive, plus sensible et permet des dépistages chez les personnes asymptomatiques. Seul 30 % des hommes dépistés sont symptomatiques alors qu'ils le sont majoritairement dans le recueil de données 2013 des réseaux Renago et Resist (16).

Dans notre étude, 8,26 % des hommes dépistés sont positifs pour CT, ce qui est bien plus élevé que dans la population générale. L'étude Française natchla (17) retrouvait dans la classe d'âge 18-44 ans une prévalence à 1,4 %. Chez les hommes âgés de 14 à 39 ans aux EU elle est estimée 1,5 % (18) et 2,8 % en Grande Bretagne en 2005 (19).

Nos résultats se rapprochent davantage des valeurs données par le réseau Renachla (16) en France où 51 % des tests de dépistages sont réalisés dans des structures dédiées aux dépistages : CDAG*, CIDDIST* ou Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF). En 2013 le taux de positivité de CT est d'environ 7 %.

En milieu carcéral, en France nous avons trouvé dans la littérature une seule étude qui estimait la prévalence des CT à 4% (4). Dans les prisons à l'étranger les données sont variables (USA, 1999 : 6,6 % (13), 2011: 7,1 % (14), Canada 2009 : 2,9 % (15)).

Si nous comparons nos résultats aux données du CDC de 2011 (hommes entrant en milieu correctionnel) (14) en fonction de la répartition par âge (20/24 ans : 11 % vs 10,3 %, 25/29 ans : 11 % vs 5,9 %, 30/34 ans : 12,1 % vs 4,1 %), nous constatons des valeurs plus élevées dans la maison d'arrêt d'Annoeulin pour toutes les classes d'âges, mais surtout pour la classe des 30-34 ans. Ce résultat nous conforte sur l'intérêt d'inclure le CT dans le dépistage des IST chez les personnes incarcérées mais aussi d'élargir ce dispositif aux plus de 30 ans dans cette population, alors que l'ANAES le recommandait particulièrement chez les moins de 30 ans, en l'absence de facteurs de risques (20). En effet si nous n'avions dépisté que les hommes de moins de 30 ans, 32,1 % (18/56 cas) de l'ensemble des CT n'auraient pas été découverts. Notre travail est encore en cours, afin d'évaluer les facteurs de risques.

Nous ne retrouvons aucune co-infection VHC/CT malgré leur fréquence élevée. Il semble se dégager deux sous populations distinctes. Ce point est à étayer dans les suites de l'évaluation.

3. Conclusion

Cette évaluation a permis d'avoir des données récentes sur la prévalence des hépatites et IST en milieu carcéral. Le dépistage de ces infections a un intérêt individuel et collectif. En effet, les traitements, au-delà des bienfaits pour le patient, permettent de réduire les contaminations et ont donc un rôle important dans la prévention primaire. Le passage en maison d'arrêt est un moment propice au dépistage, à la prévention et à l'éducation à la santé.

Hormis l'absence de résultats positifs pour le VIH et la syphilis, les prévalences des autres infections sont plus élevées que dans la population générale, ce qui est déjà décrit dans la littérature.

L'hépatite C étant 7,5 fois plus fréquente qu'en population générale, le dépistage demeure très important car il permet aux patients porteurs d'infections chroniques d'être traités pendant leur incarcération. Cela est d'autant plus vrai que les nouvelles molécules devraient dans un avenir proche nous permettre d'avoir des schémas de traitements plus courts avec moins d'effets secondaires.

Les résultats concernant CT sont plus élevés que dans les structures dédiées au dépistage (16), bien plus élevés que dans la population générale (17). Ils concernent également des classes d'âges de plus de 30 ans.

Les personnes incarcérées doivent bénéficier selon les recommandations d'un dépistage du VIH des hépatites et de la syphilis. En raison d'une prévalence élevée, la recherche de CT devrait être réalisée et s'étendre au-delà de 30 ans. Cette évaluation se poursuit afin d'avoir des données sur un effectif suffisant pour évaluer les facteurs de risques associés aux IST, VIH, hépatites.

4. Références

- (1) Données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST, 1er décembre 2014. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>
- (2) Plan d'actions stratégiques 2010 - 2014 Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice ministère de la santé et des sports ministère de la justice et des libertés.86p. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_actions_strategiques_detenus.pdf
- (3) prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, guide méthodologique 2012 disponible sur:http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf
- (4) Verneuil L, Vidal JS, Ze Bekolo R et al. Prevalence and risk factors of the whole spectrum of sexually transmitted diseases in male incoming prisoners in France. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2009 Apr;28(4):409-13.
- (5) Chiron E, Jauffret-Roustide M, Le Strat Y et al. Prévalence de l'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C chez les personnes détenues en France. Résultats de l'enquête Prévacar 2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2013; 35-36 :445-450
- (6) Reekie JM, Levy MH, Richards AH, et al. Trends in HIV, hepatitis C prevalence among Australian prisoners-2004, 2007,2010. *Med J Aust*. 2014 Mar 17;200(5):277-80
- (7) Maruschak LM. HIV in Prisons, 2007-08. Disponible sur <http://www.BJS.bureau of justice statistics> December 2009, NCJ 228307
- (8) Fox RK, Currie SL, Evans J, et al. Hepatitis C virus infection among prisoners in the California state correctional system. *Clin Infect Dis*. 2005 Jul 15;41(2)
- (9) Hennessey KA, Kim AA, Griffin V et al Prevalence of Infection with Hepatitis B and C Viruses and Co-infection with HIV in Three Jails: A Case for Viral Hepatitis Prevention in Jails in the United States. *J Urban Health*. Jan 2009; 86(1): 93-105.
- (10) L'épidémiologie des hépatites B et C en France. Synthèse rédigée par le Département des maladies infectieuses, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France *Bull Epidemiol Hebd*;2009 20-21; 195
- (11) Antona D, Letort MJ, Larsen C et al. L'infection par le virus de l'hépatite B : une maladie sexuellement transmissible. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011; 26- 27- 28: 307-310
- (12) la santé des personnes entrées en prison en 2003 études et résultats Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) n° 386 mars 2005. Disponible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-sante-des-personnes-entrees-en-prison-en-2003>
- (13) Mertz KJ, Voigt RA, Hutchins K et al. [Findings from STD screening of adolescents and adults entering corrections facilities: implications for STD control strategies](#) .Jail STD Prevalence Monitoring. Group .*Sex Transm Dis*. 2002 Dec;29(12):834-9.
- (14) STDs in persons entering correctional facilities 2011 CDC Atlanta. Disponible sur <http://www.cdc.gov/std/stats11/corrections.htm>
- (15) Kouyoumdjian FG, Main C, Calzavara LM et al .Prevalence and predictors of urethral chlamydia and gonorrhoea infection in male inmates in an Ontario correctional facility .*Can J Public Health*. 2011 May-Jun;102(3):220-4.
- (16) Bulletin des réseaux de surveillance des IST données au 31 décembre 2013 réseau Renachla INVS décembre 2014. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
- (17) Goulet V, de Barbeyrac B, Raheerion S et al. Enquête nationale de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? *Bull Epidemiol Hebd*. 2011; 12: 161-164

(18) Sexually Transmitted Disease Surveillance 2012, Division of STD Prevention, January 2014, US, CDC Atlanta Disponible sur <http://www.cdc.gov/std/stats12/Surv2012.pdf>

(19) [Macleod J](#), [Salisbury C](#), [Low N](#) et al. Coverage and uptake of systematic postal screening for genital *Chlamydia trachomatis* and prevalence of infection in the United Kingdom general population: cross sectional study. [BMJ](#). 2005 Apr 23;330(7497):940.

(20) Evaluation du dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* en France. ANAES. février. 2003, tome 2.

Remerciements

Nous remercions vivement les différents intervenants ayant permis de réaliser ce travail : les médecins ayant effectué les consultations au centre pénitentiaire d'Annoeullin : E. Protais, J. Richard l'équipe infirmière, ainsi que les techniciens d'études cliniques du service de maladies infectieuses de Tourcoing qui ont recueilli les données : S. Vandamme, P. Choisy.

Glossaire

Entrant venant de l'état de liberté : Personne prévenue ou condamnée arrivant dans un établissement pénitentiaire en provenance du milieu libre et non pas d'un autre établissement pénitentiaire.

Maison d'arrêt : Établissement pénitentiaire qui reçoit les prévenus et les condamnés dont le reliquat de peine est inférieur à un an.

Centre pénitentiaire : Établissement pénitentiaire qui comprend au moins deux quartiers à régimes de détention différents (maison d'arrêt et centre de détention).

Pour plus d'informations

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

Remerciements

Nous remercions :

- l'ensemble des déclarants, médecins, biologistes, CDAG, Ciddist, services hospitaliers qui contribuent ainsi à la surveillance épidémiologique pour une meilleure connaissance des maladies, ainsi que le département des maladies infectieuses de l'InVS pour l'organisation de la surveillance au niveau national.

Acronymes

ARS : Agence régionale de santé

CAARUD : Centre d'Information et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de Drogues

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

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

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

Cire : Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

HPV : Human papillomavirus

IST : Infection sexuellement transmissible

LGV : lymphogranulomatose vénérienne

RésIST : réseau de surveillance des IST

SIDA : syndrome de l'immunodéficience acquise

SNEG : Syndicat National des Entreprises Gaies

UCSA : unité de consultations et de soins ambulatoires

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Informations

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives des Bulletins de Veille Sanitaire sur :

<http://www.invs.sante.fr/Regions-et-territoires/L-InVS-dans-votre-region/Nord/Actualites-Publications>

Directeur de la publication : Dr Francois Bourdillon, Directeur général de l'InVS .

Diffusion : Cire Nord Bâtiment ONIX- ARS Nord-Pas-de-Calais, 556 avenue Willy Brandt 59777 EURALILLE – Tél : 03.62.72.88.88 – Fax : 03.20.86.02.38 – Mail : ARS-NPDC-CIRE@ars.sante.fr

<http://www.invs.sante.fr> et <http://www.ars.nordpasdecals.sante.fr>