

Surveillance des IST et du VIH / Sida en Rhône-Alpes : données 2014

Alexandra Thabuis¹
¹ Cire Rhône-Alpes



Page 1 | Editorial |

Page 2-5 | Données de surveillance des syphilis récentes et des gonocoques |

Page 6-8 | Données de surveillance du VIH et du Sida |

Page 9 | Points forts sur les IST et le VIH / Sida en 2014 en Rhône-Alpes |

Page 10 | Sources de données et remerciements |

| Editorial |

Ce Bulletin de veille sanitaire (BVS) est le 5^{ème} bulletin de rétro-information régional sur les infections sexuellement transmissibles (IST) en Rhône-Alpes. Cette année, il intègre également les données de surveillance des infections à VIH-Sida.

Il présente, pour l'année 2014, les données de surveillance suivantes :

- les données du réseau de cliniciens volontaires RésIST, qui concerne la surveillance des syphilis récentes et des gonocoques ;
- les données de dépistage du VIH (réseau LaboVIH) et les données issues de la notification obligatoire des cas d'infection par le VIH et des cas de Sida.

Une rétro-information précoce a été privilégiée, dès que l'ensemble des données 2014 ont été disponibles. De ce fait, les rapports annuels d'activité et de performance des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) de la région n'ont pas été exploités dans ce bulletin. Cependant, ils ont été consultés à plusieurs reprises pour confirmer des tendances et aider à l'interprétation de certains résultats.

Les résultats détaillés sont présentés pages 2 à 8, la page 9 reprend les points forts de ces différentes surveillances en 2014. Au total, si la syphilis et les gonocoques sont en très nette progression, les découvertes de séropositivité VIH marquent une légère baisse en 2014. La région Rhône Alpes occupe toujours une position médiane en nombre de découvertes de séropositivité VIH par million d'habitants. La part des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes parmi l'ensemble de ces IST est plus importante qu'au niveau national et tend à augmenter, justifiant la poursuite des actions de prévention en direction de cette population particulièrement touchée.

Nous remercions l'ensemble des déclarants participant à ces différents réseaux de surveillance, sans qui ce bulletin n'existerait pas.

En espérant que ce BVS répondra à vos attentes, nous vous souhaitons une bonne lecture !

1. SYSTÈME DE SURVEILLANCE

L'Institut de veille sanitaire (InVS) coordonne la surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) au niveau national.

Cette surveillance repose sur :

- un réseau de cliniciens volontaires dénommé « **RésIST** » qui signalent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce) et les cas de gonococcie ;
- deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires, **Rénago** pour les gonocoques (nombre d'isolements, résistance aux antibiotiques) et **Rénachla** pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (nombre de tests et de diagnostics positifs).

L'organisation des systèmes de surveillance des IST, les questionnaires pour la surveillance et les bulletins présentant l'analyse des données au niveau national sont disponibles sur le [site Internet de l'InVS](#).

La Cire Rhône-Alpes (Cellule de l'Institut de veille sanitaire en Région) assure l'animation régionale du réseau RésIST depuis septembre 2011 (recueil et validation des questionnaires, analyse régionale des données, rétro-information des partenaires de la surveillance).

Tout clinicien, qu'il exerce en CIDDIST, centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), en centre hospitalier ou en libéral, peut participer au réseau RésIST en complétant un questionnaire médical lorsqu'il diagnostique un cas de syphilis récente ou de gonococcie et en proposant un auto-questionnaire à son patient.

Définitions des cas à déclarer :

1. Syphilis récentes

	Clinique		Biologie
Syphilis primaire	chancre	ET	TPHA (ou FTA) et/ou VDRL positif
Syphilis secondaire	lésions cutanéomuqueuses adénopathies ± chancre		TPHA (ou FTA) et VDRL positifs
Syphilis latente précoce	absence de signes cliniques ET contage < 12 mois ou antécédents de syphilis clinique primaire ou secondaire < 12 mois ou partenaire ayant développé une syphilis depuis moins de 1 an		soit TPHA (ou FTA) et VDRL positifs soit séroconversion VDRL documentée < 12 mois soit augmentation du titrage VDRL ≥ à 4 par rapport au précédent dans l'année

2. Gonococcies

Mise en évidence bactériologique de souches de *Neisseria gonorrhoeae* en culture sur gélose chocolat ou mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* par technique PCR, à partir de tout type de prélèvement. La localisation anatomique du prélèvement sera précisée.

Procédure de déclaration :

- 1. Informez le patient** sur le dispositif de surveillance à l'aide du formulaire d'information. Le patient est libre d'accepter ou de refuser.
- 2. Choisissez vous-même un numéro d'ordre** pour votre patient (composé de chiffres et/ou de lettres). Vous seul gardez la correspondance entre le n° d'ordre et l'identité du patient. Si vous diagnostiquez une syphilis chez des partenaires sexuels d'un cas primaire que vous avez vous-même diagnostiqué, le numéro d'ordre du cas primaire est précisé lors du remplissage des questionnaires des cas secondaires.
- 3. Remplissez le questionnaire médical**, de préférence en présence du patient : socle commun pour les cas de syphilis et de gonococcie + parties spécifiques à chaque IST.
- 4. Proposez au patient de remplir lui-même l'auto-questionnaire anonyme**, centré sur ses comportements sexuels et préventifs dans les 12 derniers mois. Le patient est libre d'accepter ou de refuser de le remplir ; il doit vous remettre son auto-questionnaire dans une enveloppe cachetée.
- 5. Inscrivez sur l'enveloppe cachetée le numéro d'ordre** figurant sur le questionnaire clinique.
- 6. Envoyez le questionnaire médical et l'enveloppe contenant l'auto-questionnaire à la Cire Rhône-Alpes.** Dans le cadre du suivi des données, il est possible qu'un épidémiologiste de la Cire vous contacte pour valider des informations.

Les **questionnaires** et **formulaires** d'information des patients sont accessibles sur le [site de l'Agence régionale de Santé \(ARS\) Rhône-Alpes](#).

Des **enveloppes T** pour l'envoi des documents à la Cire sont fournies sur simple demande (ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr ou 04 72 34 31 15).

Votre contact à la Cire Rhône-Alpes :

Alexandra Thabuis, épidémiologiste
Mail : alexandra.thabuis@ars.sante.fr
Tél : 04 72 34 41 79 - Fax : 04 72 34 41 55

Pour nous envoyer vos questionnaires :

Cire Rhône-Alpes - ARS Rhône-Alpes
241, rue Garibaldi - CS 93383
69 418 LYON Cedex 03

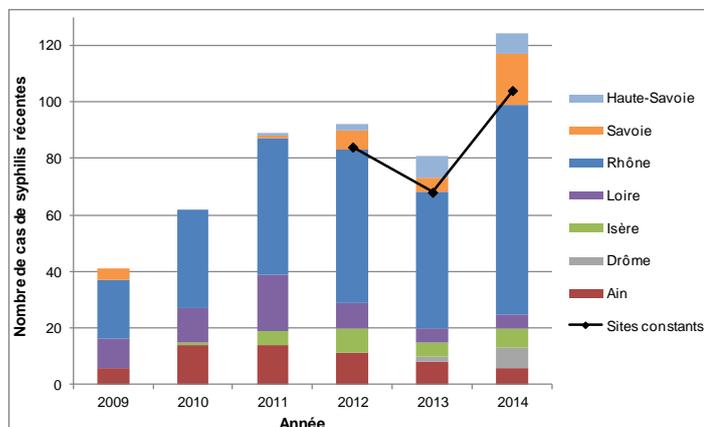
2. SYPHILIS RECENTES

2.1. Evolution du nombre de cas de syphilis récentes

En 2014, le réseau RésIST a déclaré 124 cas de syphilis récentes en Rhône-Alpes (Figure 1).

Figure 1

Evolution du nombre de cas de syphilis récentes en Rhône-Alpes de 2009 à 2014, par département

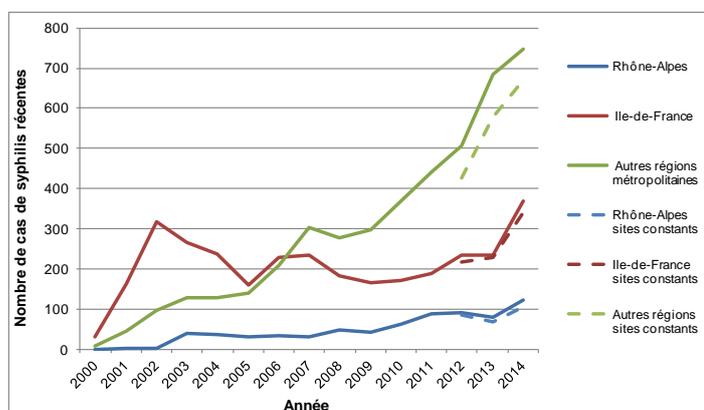


On observe en 2014 une très nette augmentation du nombre de cas de syphilis récente par rapport à 2013, où le nombre de cas déclarés avait baissé. Cette évolution sur les 3 dernières années n'est pas liée au nombre de sites déclarants, puisqu'on observe la même tendance en sélectionnant les sites à déclaration constante (Figure 1).

De manière globale depuis 2009, le nombre de cas de syphilis récentes est en forte hausse en région Rhône-Alpes.

Figure 2

Evolution du nombre de cas de syphilis récentes en Rhône-Alpes et dans les autres régions, 2000-2014



Dans l'ensemble des régions depuis 2000, le nombre de cas de syphilis récentes est en forte hausse. Après une légère inflexion des courbes en 2013 en Rhône-Alpes et en Ile-de-France, on observe une augmentation dans l'ensemble des régions en 2014 (Figure 2).

2.2. Caractéristiques des recours au dépistage

• Lieux de consultation

En 2014, 90 % des déclarations provenaient des CIDDIST/CDAG et 10 % de consultations hospitalières.

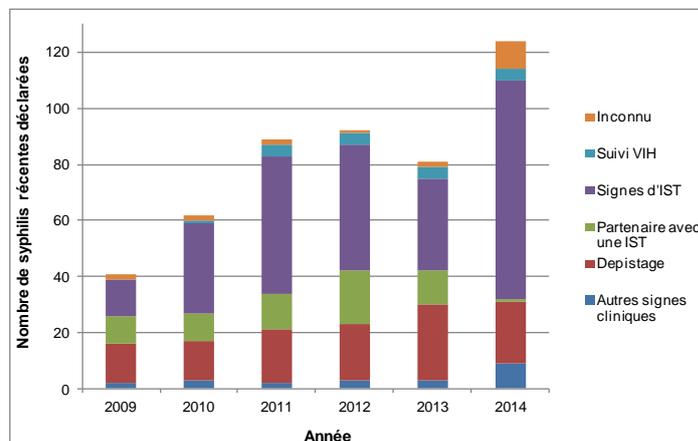
Les 112 déclarations effectuées par des structures spécialisées provenaient principalement des centres suivants :

- dans le Rhône : CIDDIST de l'Hôpital Edouard Herriot et de l'Hôpital de la Croix-Rousse (62 %) ;
- en Savoie : Espace de Santé Publique de Chambéry (16 %) ;
- dans l'Ain : Centre de Santé Publique du CH de Fleyriat (5 %) ;
- dans la Loire : CIDDIST du CHU de Saint-Etienne (4 %) ;
- en Isère : CDAG-CIDDIST de Grenoble (4 %).

• Motifs de consultation

Figure 3

Evolution des cas de syphilis récentes selon le motif de consultation, réseau RésIST, Rhône-Alpes, 2009-2014



En 2014, la part de consultations pour signes cliniques d'IST est en hausse (63 %), en défaveur de celle des dépistages systématiques (18 %) et des consultations pour partenaires avec une IST (1 %) (Figure 3).

2.3. Caractéristiques des cas

• Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Tableau 1

Caractéristiques des cas de syphilis récentes, Résist, Rhône-Alpes, 2009-2014 et France, 2014

	Rhône-Alpes 2009-2013 (n=365)	Rhône-Alpes 2014 (n=124)	France 2014 (n=1274)
Sexe			
Hommes	95%	99%	95%
Femmes	5%	1%	5%
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels (HSH)	80%	93%	84%
Hommes hétérosexuels	15%	6%	11%
Femmes hétérosexuelles	5%	1%	5%
Stade de la syphilis			
Primaire	24%	36%	26%
Secondaire	25%	37%	36%
Latente précoce	41%	27%	38%
Statut sérologique VIH			
Positif connu	16%	16%	31%
Découverte de sérologie VIH +	3%	2%	3%
Négatif	75%	75%	60%
Statut inconnu	6%	7%	6%
Age médian			
Hommes homo-bisexuels (HSH)	31	28	36
Hommes hétérosexuels	37	50	37
Femmes	26	44	29

Depuis 2009, le nombre de cas rapportés de syphilis récentes augmente chez les hommes (n=38 en 2009 vs n=123 en 2014) tandis que chez les femmes, ce nombre est relativement stable (n=3 en 2009 vs n=1 en 2014). De ce fait en 2014, la part

d'hommes parmi les cas déclarés est en augmentation et atteint 99 %, ce qui est supérieur au niveau national (Tableau 1).

En ce qui concerne l'orientation sexuelle des cas, la part des HSH est en très nette augmentation par rapport aux 5 années précédentes (93 % vs 79 %). Elle est également supérieure à celle observée au niveau national (93 % vs 83 %).

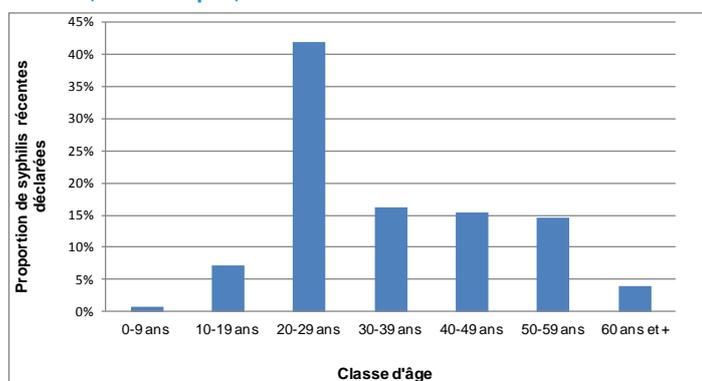
En 2014, le nombre de syphilis primaires est en hausse (36 % vs 24 %), au détriment des syphilis latentes précoces (27 % vs 41 %). Il est également plus élevé qu'au niveau national (26 %).

Les co-infections syphilis récente et VIH représentent 18 % des cas rapportés en 2014 et sont stables ces dernières années. Elles sont nettement inférieures au niveau national, où ce taux atteint 31 %.

Enfin, l'âge médian des hommes homo-bisexuels est en légère baisse (28 ans vs 31 ans). Il se situe nettement en-dessous de l'âge médian des HSH au niveau national (36 ans). L'âge élevé des hommes hétérosexuels et des femmes ne peut être interprété dans la mesure où le nombre de cas est très réduit (n=8 et n=1, respectivement).

Figure 4

Distribution des cas de syphilis récentes selon l'âge, réseau Résist, Rhône-Alpes, année 2014



La classe d'âge des 20-29 ans est la plus représentée, avec 42 % des cas de syphilis récentes déclarées (Figure 4).

• **Caractéristiques comportementales (auto-questionnaire)**

Tableau 2

Caractéristiques comportementales des cas de syphilis récentes, Résist, Rhône-Alpes, 2009-2014 et France, 2014

	Rhône-Alpes		France
	2009-2013 (n*=319)	2014 (n*=119)	2014**
Nombre médian de partenaires			
Hommes homo-bisexuels (HSH)	6	6	7
Hommes hétérosexuels	2	2	2
Femmes hétérosexuelles	2,5	-	1,5
Utilisation systématique de préservatif			
Pénétration anale (%)	40%	31%	34 %
Pénétration vaginale (%)	40%	30%	30 %
Fellation (%)	1%	2%	2 %

* nombre de répondants à l'auto-questionnaire

** environ 2/3 des cas

Les comportements sexuels sont stables en ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels, avec un nombre médian de partenaires plus élevé chez les HSH comparativement aux hétérosexuels (Tableau 2). Par contre en 2014, l'utilisation systématique du préservatif est en baisse de 10 points pour les pénétrations anales et vaginales ; elle est toujours quasiment inexistante pour les fellations.

Ces caractéristiques comportementales sont comparables à ce qui est observé au niveau national.

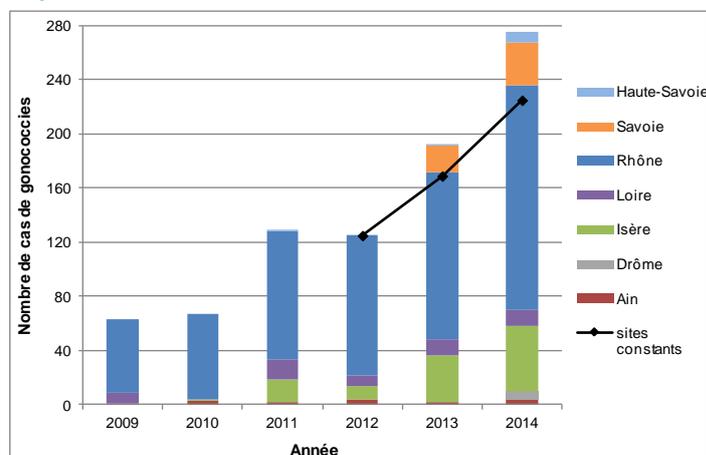
3. GONOCOCCIES

3.1. Evolution du nombre de cas de gonococcies

En 2014, le réseau Résist a déclaré 275 cas de gonococcies en Rhône-Alpes (Figure 5).

Figure 5

Evolution du nombre de cas de gonococcies déclarées en Rhône-Alpes, 2009-2014

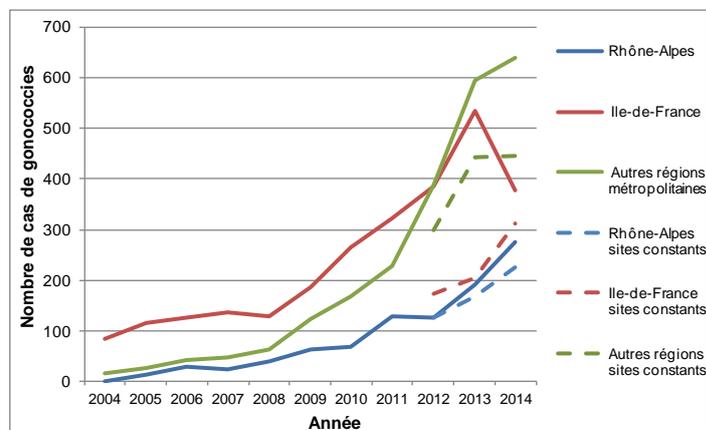


Tout comme en 2013, le nombre cas déclarés a très fortement augmenté en 2014 (+ 43 %). Cette tendance est confirmée par l'évolution à sites constants.

Au total depuis 2009, on observe une forte augmentation des cas de gonococcies déclarées en Rhône-Alpes.

Figure 6

Evolution du nombre de cas de gonococcies en Rhône-Alpes et dans les autres régions, 2004-2014



Cette augmentation s'observe dans toutes les régions depuis 2004 (en 2014 la diminution du nombre de cas déclarés en Ile-de-France n'est pas confirmée si on regarde l'évolution à sites constants) (Figure 6).

3.2. Caractéristiques des recours au dépistage

• **Lieux de consultation**

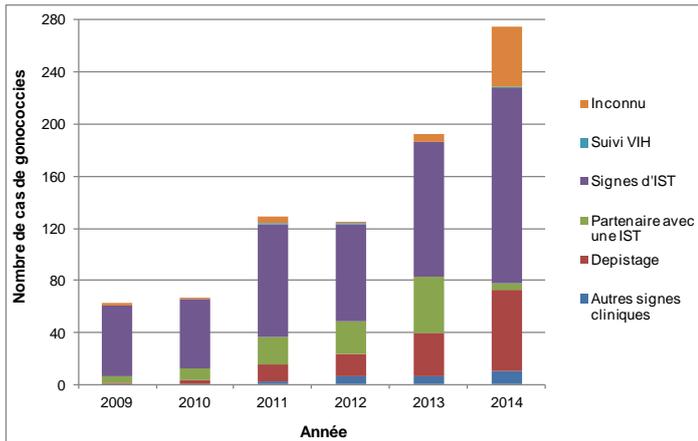
En 2014, 97 % des déclarations provenaient des CIDDIST/CDAG et 3 % de consultations hospitalières. Les 266 déclarations effectuées par des centres de dépistage provenaient majoritairement des 4 centres suivants :

- dans le Rhône : CIDDIST de l'hôpital Edouard Herriot et de l'hôpital de la Croix-Rousse (62 %) ;
- en Isère : CDAG-CIDDIST de Grenoble (15 %) ;
- en Savoie : Espace de santé publique de Chambéry (11 %).

• **Motifs de consultation**

Figure 7

Evolution des cas de gonococcies selon le motif de consultation, réseau RésiST, Rhône-Alpes, 2009-2014



En 2014, les consultations pour signes cliniques d'IST constituent toujours le motif de consultation le plus fréquent (55 %), bien qu'il soit en forte baisse depuis 2009 (87 %). En deuxième position, la part des dépistages systématiques (23 %) est en constante augmentation depuis 2009 (2 %) (Figure 7).

3.3. Caractéristiques des cas

• **Caractéristiques sociodémographiques et cliniques**

Tableau 6

Caractéristiques des cas de gonococcies, Résist, Rhône-Alpes, 2009-2014 et France, 2014

	Rhône-Alpes 2009-2013 (n=576)	2014 (n=275)	France 2014 (n=1339)
Sexe			
Hommes	81%	86%	80%
Femmes	19%	14%	20%
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels (HSH)	62%	73%	62%
Hommes hétérosexuels	19%	12%	18%
Femmes bisexuelles	1%	1%	0%
Femmes hétérosexuelles	18%	13%	19%
Présence de symptômes			
Hommes	76%	58%	-
Femmes	51%	59%	-
Statut sérologique VIH			
Positif connu	3%	4%	7%
Découverte de sérologie VIH +	0%	1%	1%
Négatif	89%	89%	84%
Statut inconnu	7%	6%	8%
Age médian			
Hommes homo-bisexuels (HSH)	25	27	27
Hommes hétérosexuels	25	24	25
Femmes	21	21	21

La part des hommes parmi les cas de gonococcies déclarées est en augmentation en 2014 (86 %). Elle est plus élevée qu'au niveau national (80 %) (Tableau 6).

Parmi eux, la part des HSH est en très nette augmentation par rapport aux 5 années précédentes (73 % vs 62 %). Elle est également plus importante qu'au niveau national (62 %).

De manière globale, près d'une gonococcie sur 6 est symptomatique. La proportion d'infections symptomatiques est en diminution chez les hommes et en augmentation chez les femmes. Chez les hommes symptomatiques, les principaux signes sont un écoulement urétral (72 %) ou une dysurie (23 %).

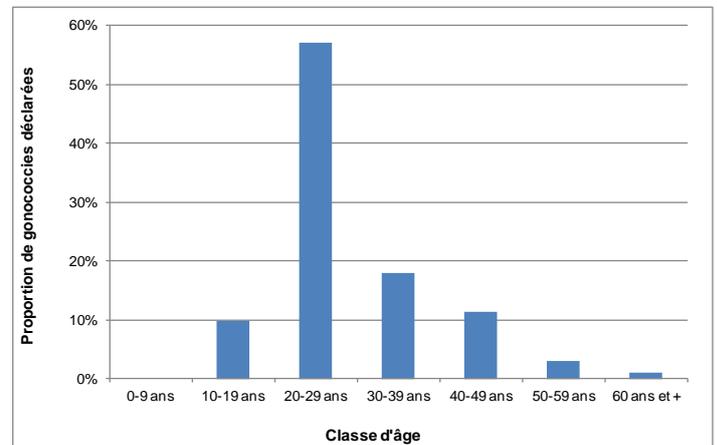
Chez les femmes, ce sont des leucorrhées (79 %) ou une dysurie (13 %).

Les co-infections gonococcie et VIH représentent 5 % des cas rapportés en 2014, ce qui est légèrement inférieur au niveau national (7 %)

Les âges médians sont relativement stables quels que soient le sexe et l'orientation sexuelle des cas, et sont comparables au niveau national.

Figure 8

Distribution des cas de gonococcies selon l'âge, réseau RésiST, Rhône-Alpes, année 2014



Les 20-29 ans représentent plus de la moitié des cas de gonococcies (57 %) (Figure 8).

• **Caractéristiques comportementales (auto-questionnaire)**

Tableau 4

Caractéristiques comportementales des cas de gonococcies, Résist, Rhône-Alpes, 2009-2014 et France, 2014

	Rhône-Alpes 2009-2013 (n*=491)	2014 (n*=257)	France 2014**
Nombre médian de partenaires			
Hommes homo-bisexuels (HSH)	8	7	10
Hommes hétérosexuels	4	3	4
Femmes bisexuelles	12	-	-
Femmes hétérosexuelles	2	2	3
Utilisation systématique de préservatif			
Pénétration anale (%)	31%	34%	33%
Pénétration vaginale (%)	22%	28%	21%
Fellation (%)	1%	1%	2%

* nombre de répondants à l'auto-questionnaire

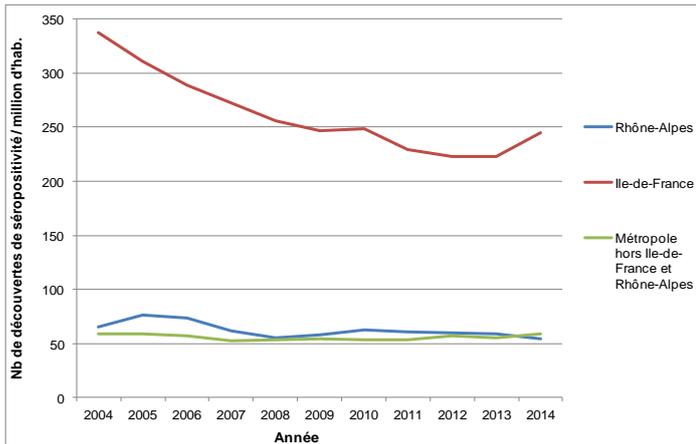
** environ 2/3 des cas

Les comportements sexuels sont stables en ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels, avec un nombre de partenaires toujours plus élevé chez les homo-bisexuels (hommes et femmes) (Tableau 4). Bien qu'elle soit toujours insuffisante, l'utilisation systématique du préservatif est en légère hausse pour les pénétrations anales et vaginales. En ce qui concerne les fellations, le préservatif n'est quasiment jamais utilisé.

Ces caractéristiques comportementales sont comparables au niveau national, hormis l'utilisation systématique du préservatif qui est supérieure en Rhône-Alpes pour la pénétration vaginale.

Figure 12

Evolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH en France métropolitaine, Ile-de-France et Rhône-Alpes de 2004 à 2014 (source : InVS, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous déclaration)



Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Tableau 5

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas d'infection à VIH notifiés en Rhône-Alpes et en France entre 2004 et 2014 (source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014 non corrigées)

	Région Rhône-Alpes 2004-2013 (n=3032)	2014* (n=221)	France 2014* (n=3760)
Age (année)			
Age médian	36	39	38
< 25	11%	11%	10%
25-49	72%	66%	69%
≥ 50	18%	23%	21%
Sexe			
Hommes	70%	74%	69%
Femmes	30%	26%	31%
Pays de naissance			
France	62%	59%	53%
Afrique sub-saharienne	28%	27%	32%
Autres	10%	14%	15%
Mode de contamination			
Homo/bisexuels (HSH)	46%	53%	44%
Hétérosexuels	50%	45%	53%
Injection de drogues	2%	2%	1%
Autres	1%	0%	1%
Motif de dépistage			
Signes cliniques / biologiques	31%	27%	29%
Exposition VIH	23%	23%	18%
Prise en charge	15%	0%	1%
Bilan systématique	11%	16%	16%
Grossesse	6%	3%	5%
Dépistage orienté	7%	19%	19%
Autre	7%	12%	12%
Stade clinique au moment du diagnostic			
Primo-infection	11%	6%	11%
Asymptomatique	59%	66%	66%
Symptomatique	12%	14%	11%
Sida	18%	14%	12%
Nombre de CD4 au moment du diagnostic**			
0-199	29%	30%	28%
200-349	24%	25%	20%
350-499	21%	18%	21%
500 et plus	26%	27%	32%
Délai de diagnostic***			
Précoce	32%	30%	37%
Intermédiaire	36%	39%	34%
Tardif	32%	31%	28%

* données provisoires

** données recueillies depuis 2008

*** diagnostic précoce : CD4>500/mm³ ou primo-infection au diagnostic
diagnostic tardif : CD4<200/mm³ ou Sida au diagnostic
diagnostic intermédiaire : les autres

Au niveau du mode de contamination, on note une augmentation de la part des HSH en 2014 par rapport aux années précédentes (53 % vs 46 %) ; cette part est plus élevée en Rhône-Alpes qu'au niveau national (Tableau 5).

Le motif de dépistage le plus fréquent reste, en 2014, la présence de signes cliniques liés au VIH (27 %). Cependant, on note une augmentation des bilans systématiques (16 %) et des dépistages orientés (19 %). La répartition des différents motifs de dépistage est comparable au niveau national.

En ce qui concerne le stade clinique au moment du diagnostic, la part des infections asymptomatiques est en augmentation en 2014 (66 % vs 59 %), atteignant le même taux qu'au niveau national.

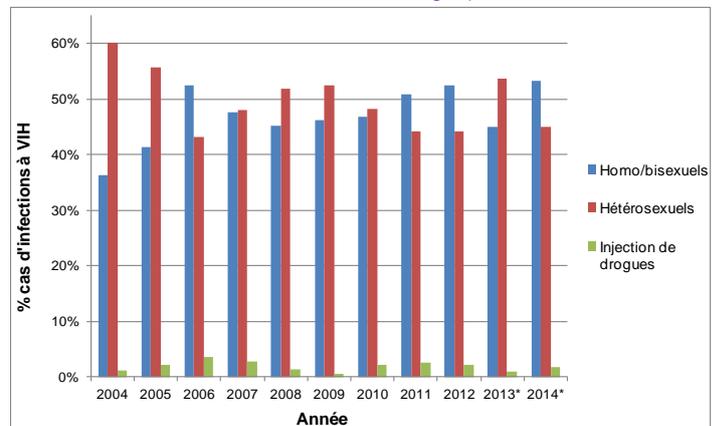
La part de diagnostics précoces en Rhône-Alpes ne progresse pas en 2014 (30 %). Elle est inférieure à celle observée au niveau national (37 %).

Les autres caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas d'infection à VIH notifiés en Rhône-Alpes en 2014 sont globalement comparables aux années précédentes et au niveau national.

Modes de contamination

Figure 13

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés en Rhône-Alpes de 2004 à 2014 (source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014 non corrigées)

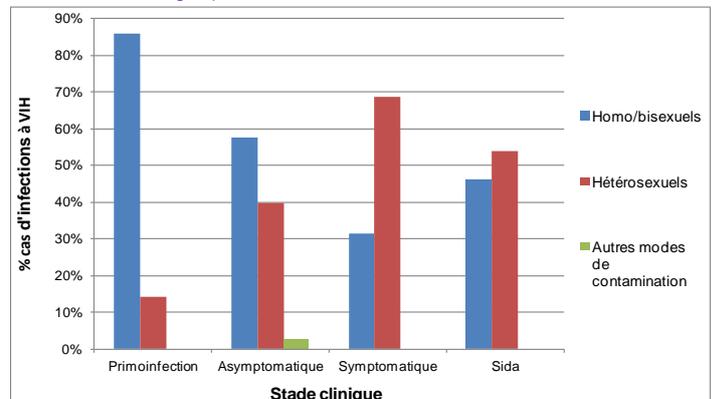


Le mode de contamination par rapports sexuels entre hommes a augmenté jusqu'en 2006 ; depuis, on observe une stabilité, avec des fluctuations entre 45 et 53 % (Figure 13).

Stades cliniques au moment du dépistage

Figure 14

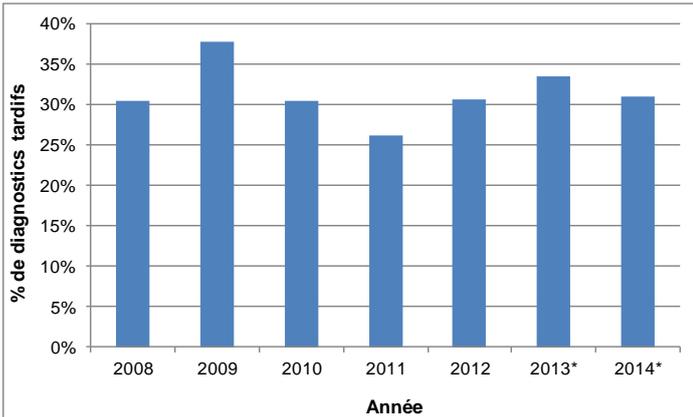
Stades cliniques au moment du dépistage selon le mode de contamination, Rhône-Alpes, 2014 (source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014 non corrigées)



Le stade clinique au moment du dépistage varie énormément en fonction du mode de contamination : les diagnostics aux stades primo-infection et asymptomatique concernent le plus souvent des HSH, alors que, les diagnostics réalisés aux stades symptomatique ou Sida concernent en majorité des hétérosexuels (Figure 14).

| Figure 15 |

Pourcentage de diagnostics tardifs parmi les cas d'infections à VIH, Rhône-Alpes, 2008 à 2014 (source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014 non corrigées)



Après une baisse de 2009 à 2011, la proportion de diagnostics tardifs remonte en Rhône-Alpes jusqu'en 2013 puis semble se stabiliser en 2014 (Figure 15). Cependant, ces tendances sont à interpréter avec précaution puisque les données 2013 et 2014 sont encore provisoires.

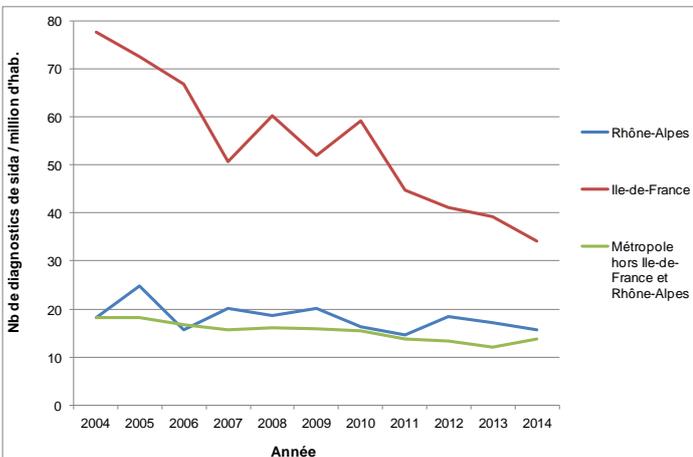
3. DIAGNOSTICS DE SIDA

En 2014, le nombre de cas de Sida dans la région Rhône-Alpes est de 16 pour 1 million d'habitants (IC95% : [11-20]) (Figure 16).

Il est en diminution depuis 2012 et suit une évolution relativement proche de la métropole (hors Ile-de-France).

| Figure 16 |

Evolution annuelle du taux de diagnostics de Sida en France métropolitaine, Ile-de-France et Rhône-Alpes de 2004 à 2014 (source : InVS, données DO Sida au 31/12/2014 corrigées pour les délais et la sous-déclaration)



• Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et modes de contamination

Les caractéristiques des cas de Sida déclarés en Rhône-Alpes sont globalement stables par rapport aux années précédentes (Tableau 6).

On note toutefois une part plus importante de la connaissance de la séropositivité avant le stade Sida parmi les cas de 2014 (64 % vs 54 %). Elle est également supérieure à celle observée au niveau national (45 %).

La part du mode de contamination par rapports sexuels entre hommes est plus importante en Rhône-Alpes (36 %) qu'au niveau national (28 %).

En 2014, la pneumocystose est toujours la pathologie inaugurale de Sida la plus fréquente (comme au niveau national).

| Tableau 6 |

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de Sida notifiés en Rhône-Alpes et en France entre 2004 et 2014 (source : InVS, données DO Sida brutes au 31/12/2014 non corrigées)

	Région Rhône-Alpes		France
	2004-2013 (n=823)	2014* (n=41)	2014* (n=401)
Age (année)			
Age médian	43	45	44
< 25	3%	2%	3%
25-49	68%	63%	64%
≥ 50	29%	34%	33%
Sexe			
Hommes	73%	68%	67%
Femmes	27%	32%	33%
Pays de naissance			
France	64%	53%	48%
Afrique Sub-saharienne	22%	33%	35%
Autres pays étrangers	14%	15%	17%
Mode de contamination			
Homo/bisexuels (HSH)	35%	36%	28%
Hétérosexuels	54%	61%	66%
Usage de drogues injectables (UDI)	9%	3%	5%
Traitement antirétroviral avant Sida			
Oui	25%	23%	17%
Non	75%	77%	83%
Connaissance séropositivité avant Sida			
Oui	54%	64%	45%
Non	46%	36%	55%
Pathologies inaugurales (les plus fréquentes)			
Pneumocystose	27%	29%	31%
Candidose œsophagienne	16%	24%	12%
Tuberculose pulmonaire	11%	17%	12%
Kaposi	12%	10%	11%
Toxoplasmose cérébrale	8%	7%	14%

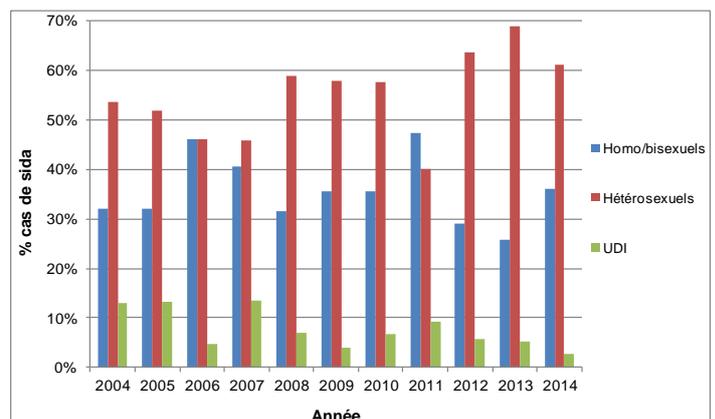
* données provisoires

La part des différents modes de contamination des cas de Sida déclarés est fluctuante d'année en année depuis 2004 (Figure 17).

En comparant les proportions observées en 2014 à la moyenne des dix dernières années (2004-2013), on note une augmentation de la part des contaminations par rapports hétérosexuels, une stabilité de la part des contaminations par rapports entre hommes, et une baisse de la part des transmissions par usage de drogues injectables (Tableau 6).

| Figure 17 |

Evolution de la part des cas de Sida selon le mode de contamination, Rhône-Alpes, 2004-2014 (source : InVS, données DO Sida brutes au 31/12/2014 non corrigées)



1. SYPHILIS RECENTES

Après une baisse inexpliquée en 2013, le nombre de cas de syphilis récentes a nettement augmenté en région Rhône-Alpes en 2014 (+ 53 %). La tendance globale depuis ces 6 dernières années est donc à la hausse.

Les déclarants sont toujours majoritairement des structures spécialisées, CIDDIST ou CDAG, bien que certains médecins libéraux commencent à signaler des cas.

L'augmentation en 2014 des cas déclarés par les CIDDIST/CDAG participant au réseau de surveillance (pour la plupart hospitaliers) peut en partie être expliquée par une modification du recours aux soins liée à la rupture de stock d'Extencilline®. En effet, le traitement de substitution n'est délivré qu'en milieu hospitalier : le nombre de consultations dans ces structures spécialisées pour des infections symptomatiques a pu augmenter en 2014 (tendance confirmée dans les rapports d'activité des CIDDIST consultés). Cela peut également expliquer l'augmentation de la part des syphilis primaires parmi les cas déclarés.

En ce qui concerne les caractéristiques des cas, il s'agit presque exclusivement d'hommes (99 %), pour la plupart HSH (93 %, part en forte augmentation en 2014) et de plus en plus jeunes (la classe d'âge des 20-29 ans représente 42 % des cas). On note une baisse de l'utilisation systématique du préservatif parmi les cas.

Les diagnostics de syphilis primaires sont en augmentation, alors que les syphilis latentes précoces sont moins diagnostiquées. Au niveau des motifs de consultation, on note une baisse du dépistage et une hausse des consultations pour signes cliniques. Les co-infections VIH représentent toujours environ 18 % des cas.

Par rapport au niveau national, l'évolution du nombre de cas de syphilis précoces suit la même augmentation. Parmi les cas déclarés en Rhône-Alpes, on note les spécificités suivantes : les cas sont plus jeunes, plus masculins, et la part des HSH est plus représentée. Les co-infections VIH sont moins fréquentes.

2. GONOCOCCIES

Les gonococcies en Rhône-Alpes poursuivent leur ascension, avec une forte augmentation en 2014 (+ 43 %). Le nombre de cas déclaré a été multiplié par 4 en 5 ans.

Contrairement aux syphilis récentes, on observe une forte et régulière augmentation de la part des dépistages systématiques pour cette infection (liée en partie à la montée en charge progressive du dépistage combiné chlamydia / gonocoque par PCR depuis 2009), qui contribue à l'augmentation observée. Cependant, les consultations pour signes cliniques sont toujours prépondérantes.

Les cas sont majoritairement des hommes (86 %) parmi lesquels la plupart sont des HSH (73 % des cas au total). Cette population est en augmentation parmi les cas de gonococcies, alors que les hommes hétérosexuels et les femmes représentent une part plus faible en 2014 que les années précédentes.

La part de co-infections VIH est plus faible que pour les syphilis récentes (5 %).

La classe d'âge des 20-29 ans est la plus touchée (57 % des cas appartiennent à cette tranche d'âge).

En ce qui concerne les caractéristiques comportementales, on note une légère augmentation de l'utilisation systématique du préservatif pour les pénétrations anales et vaginales. Cependant, cette utilisation est quasi nulle pour les fellations, qui constituent une voie privilégiée de transmission du gonocoque dans la population (et contribue donc à l'augmentation des cas).

Par rapport au niveau national, l'évolution du nombre de cas de gonococcies suit la même tendance. Parmi les cas déclarés en

Rhône-Alpes, on note les spécificités suivantes : les hommes sont plus représentés, et parmi eux les HSH sont plus nombreux (comme pour les syphilis précoces).

3. INFECTIONS A VIH

L'activité de dépistage du VIH est stable en Rhône-Alpes depuis 2012 et le taux de sérologies VIH positives en laboratoire est en légère baisse en 2014. Le nombre de découvertes de séropositivité VIH est également en légère baisse en 2014. Ces chiffres sont inférieurs à ceux observés au niveau national mais proches des moyennes de France métropolitaine hors Ile-de-France.

Les caractéristiques des cas d'infections à VIH sont proches de celles observées au niveau national. Cependant, la part des HSH en Rhône-Alpes, plus élevée en 2014 que sur la période 2004-2013, est plus élevée qu'au niveau national.

Les découvertes de séropositivité dans un contexte de bilan systématique et de dépistage orienté progressent en Rhône-Alpes. Cette évolution est cohérente avec la baisse des infections symptomatiques.

Cependant, près d'un tiers des cas sont encore diagnostiqués à un stade tardif (stade clinique de Sida ou $CD4 < 200 \text{ mm}^3$). Cette proportion ne diminue pas et est supérieure à celle observée au niveau national.

4. DIAGNOSTICS DE SIDA

Le nombre de diagnostics de Sida est en baisse en Rhône-Alpes depuis 2012, tout comme au niveau national (hors Ile-de-France). Les caractéristiques des cas de Sida déclarés en Rhône-Alpes sont proches de celles observées au niveau national.

Même si, comme au niveau national, la part des cas de Sida contaminés par voie hétérosexuelle est majoritaire et tend à augmenter, on observe une part plus grande de la population HSH parmi les cas de Rhône-Alpes. On note également que la connaissance de la séropositivité avant le stade Sida a progressé en 2014 en Rhône-Alpes et qu'elle est supérieure à celle observée au niveau national.

5. CONCLUSION

Les nombres de syphilis et de gonococcies rapportés en Rhône-Alpes sont en très nette augmentation en 2014, s'inscrivant dans la tendance observée à l'échelon national depuis le début des années 2000. Ce n'est pas le cas des découvertes de séropositivité VIH, qui marquent une légère baisse en 2014 alors que l'activité de dépistage est stable. La région Rhône Alpes occupe le neuvième rang des régions classées par ordre décroissant du nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2014 par million d'habitants. Cette position médiane est relativement stable depuis 2008.

La part de la population HSH parmi l'ensemble de ces IST est plus importante en Rhône-Alpes qu'au niveau national et tend à augmenter. On peut penser que la prise en charge et les traitements de plus en plus efficaces mis en place dès la découverte de la séropositivité et à l'avenir la prophylaxie pré-exposition (Prep), entraîneront une diminution du risque de transmission du VIH chez les HSH sans toutefois réduire celui de la transmission des autres IST, dont les syphilis et les gonococcies.

Ces évolutions sont à suivre avec attention. La réalisation de l'édition 2015 de l'enquête Prévagay (enquête comportementale et de séroprévalence du VIH et des hépatites) auprès des HSH fréquentant les établissements de convivialité gay à Lyon permettra de mieux comprendre l'évolution de l'infection au sein de cette population particulièrement touchée.

1. SYPHILIS RECENTES ET GONOCOCCIES

Les analyses sont réalisées à partir des données régionales de surveillance recueillies sur la période 2009-2014. Elles concernent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente précoce de moins d'un an) 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 est rempli pour 94 % des patients au niveau régional, ce qui est très élevé.

Du fait de la rupture de stock d'Extencilline® depuis début 2014, le suivi des ventes de cet antibiotique de référence dans le traitement de la syphilis n'est plus un indicateur disponible

2. INFECTIONS A VIH ET DIAGNOSTICS DE SIDA

Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiés jusqu'au 31/12/2014.

Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à 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.

L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans la région Rhône-Alpes. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

| Remerciements |

Merci à l'ensemble des partenaires qui nous permettent d'exploiter les données pour réaliser les surveillances présentées :

- Les cliniciens volontaires du réseau RésIST :
 - dans l'Ain : le Centre de Santé Publique du CH de Fleury
 - dans la Drôme : le Service de maladies infectieuses du CH de Valence ;
 - en Isère : les CDAG-CIDDIST de Bourgoin-Jallieu, Grenoble et Vienne ;
 - dans la Loire : le CIDDIST et le Service d'inféctiologie du CHU de Saint-Etienne ;
 - dans le Rhône : les CIDDIST de l'Hôpital de la Croix-Rousse et de l'Hôpital Edouard Herriot, et un cabinet médical à Lyon (2^e arrondissement) ;
 - en Savoie : l'espace de santé publique du CH de Chambéry et un cabinet médical à Albertville ;
 - en Haute-Savoie : le CIDAG-CIDDIST et le Service de maladies infectieuses du CH Annecy Genevois, le CDAG du CH Alpes Léman, le CDAG des Hôpitaux du Léman.
- Les biologistes qui participent à la surveillance LaboVIH, ainsi que l'ensemble des biologistes et des cliniciens qui déclarent les cas d'infections à VIH et de Sida dans le cadre de la notification obligatoire.

Merci également aux personnes de l'InVS ayant participé à la réalisation de ce bulletin : Marlène Leclerc du Département des Maladies Infectieuses (DMI) pour la réalisation des cartes ; Ndeindo Ndeikoundam, Delphine Viriot et Françoise Cazein du DMI, Christine Saura et Claire Pascal de la Cire Rhône-Alpes pour leur relecture et leurs suggestions.

| Plus d'informations sur le site de l'InVS |

- **Sur la surveillance des IST, les questionnaires et les bilans nationaux :**

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

- **Sur le dépistage du VIH et la déclaration obligatoire des infections à VIH et du Sida :**

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

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du bulletin de veille sanitaire sur :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire> et <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Infections-sexuellement-transm.124234.0.html>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de l'InVS

Rédacteur en chef : Christine Saura, responsable de la Cire Rhône-Alpes

241 rue Garibaldi – CS 93 383 - 69418 LYON Cedex 03

Tél. : 04 72 34 31 15 - Fax : 04 72 34 41 55 - Mail : ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr

<http://www.invs.sante.fr>

<http://www.ars.rhonealpes.sante.fr>