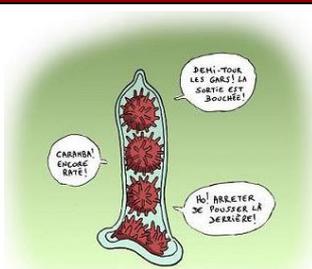


Surveillance du VIH/sida et des IST (syphilis et gonocoque) en Occitanie



Page 1	Editorial
Page 2	Organisation de la surveillance des infections à VIH et SIDA
Page 3	Données de surveillance du VIH et des cas de SIDA en Occitanie
Page 7	Organisation de la surveillance des IST en France métropolitaine
Page 8	Données de surveillance des syphilis récentes en Occitanie
Page 10	Données de surveillance des gonococcies récentes en Occitanie
Page 13	e-DO : Santé publique France dématérialise la déclaration obligatoire du VIH-sida

Editorial

Nous avons le plaisir de vous présenter les premières données de surveillance de l'infection à VIH-Sida, et celle des IST (gonococcies et syphilis), actualisées au 31 décembre 2014, pour l'ensemble de la région Occitanie

Ces données sont issues des systèmes de surveillance coordonnés par Santé publique France : la notification obligatoire des cas d'infection par le VIH et du Sida, le suivi des activités de dépistage du VIH par les laboratoires (LaboVIH), et le réseau de surveillance des infections sexuellement transmissibles (RésiST), animé au niveau régional par la Cire.

Ces données permettent d'entrevoir les points communs mais aussi des différences dans les tendances à l'œuvre à un niveau infra-régional, celles-ci étant susceptibles d'avoir un impact sur les dispositifs de prévention et de santé publique.

Ainsi, on observe pour le VIH une stabilisation du taux de découverte de séropositivité après une forte hausse en 2011 dans l'ancienne région Languedoc-Roussillon, tandis qu'on observe une légère baisse en ex Midi-Pyrénées. Fait important, les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) représentent une forte proportion des personnes déclarées pour une infection VIH (65% en Languedoc-Roussillon, 55% en Midi-Pyrénées - 74% dans le département de l'Hérault - pour 44% en moyenne au niveau national).

Depuis 2011 en Occitanie, le nombre de cas de syphilis et de gonococcies augmente aussi avec 180 cas de syphilis et 220 cas de gonococcies signalés dans le cadre du réseau « RésiST » en 2014. La syphilis concerne très majoritairement les HSH dans les deux ex-régions (plus de 80% des cas).

Ces tendances s'inscrivent dans un cadre général de recul de l'utilisation du préservatif. Il est important, en particulier chez les homo ou bisexuels masculins dont l'exposition au virus VIH est 200 fois plus importante que dans le reste de la population, de mobiliser l'ensemble des méthodes de prévention dans une logique de prévention combinée et diversifiée avec : le préservatif, le dépistage régulier (dont les outils évoluent),

les possibilités offertes par les antirétroviraux en s'appuyant sur la Prep (prophylaxie pré-exposition) dont l'efficacité n'est plus discutée.

Rappels aussi que l'enquête régionale menée en 2014 auprès des publics des centres de dépistage en Languedoc-Roussillon a été l'occasion, lors du congrès national de la SFLS (Société française de lutte contre le sida), en octobre 2016, de souligner l'interaction importante qui existe entre consommation de substances psychoactives et utilisation du préservatif (<http://sfls.aei.fr/formations/journees-nationales/montpellier-2016/Presentations-Journees-SFLS-2016>).

Dans les semaines qui viennent, les premiers résultats de l'enquête PREVAGAY auprès des HSH dans 5 villes (Nice, Montpellier, Lyon, Lille et Paris) permettront de mieux connaître les facteurs associés aujourd'hui à l'infection par le VIH, afin d'aider à redéfinir les stratégies de dépistage et de prévention.

De façon concrète, le lancement de l'initiative « Vers un Paris sans sida » (<http://vih.org/20160201/initiative-paris-sans-sida-paris-en-route-objectifs-lonuscita/137733>) est un exemple pour prendre en compte sur un territoire l'épidémiologie actuelle du VIH et des IST, définir les priorités les plus adaptées à un contrôle de l'épidémie, avec les acteurs de la lutte, dans les années à venir.

Nous tenons à remercier encore l'ensemble des déclarants participant à ces réseaux de surveillance, dont la mobilisation permet d'enrichir nos réflexions à tous.

Dr Cyril Rousseau, Cire Occitanie

INTRODUCTION

Cet article présente pour la première fois les données d'activité de dépistage et de surveillance de l'infection à VIH et de SIDA dans la nouvelle grande région Occitanie pour l'année 2014.

Le recueil des données a été coordonné par Santé publique France et est issu de deux systèmes de surveillance :

1. La surveillance de l'activité de dépistage de l'infection VIH « LaboVIH » dans les laboratoires,
2. La notification obligatoire des diagnostics d'infection à VIH à laquelle est couplée la surveillance virologique du VIH réalisée par le Centre national de référence (CNR) du VIH.

LES SYSTEMES DE SURVEILLANCE

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 pour le laboratoire. Elle a pour objectif de suivre l'évolution nationale et régionale du nombre de sérologies VIH réalisées et de sérologies positives, d'interpréter les données de la notification obligatoire du VIH et d'estimer l'exhaustivité des DO-VIH. Le formulaire papier ou le lien pour répondre en ligne à LaboVIH sont disponibles auprès de Santé Publique France. Depuis avril 2016, les biologistes peuvent également utiliser l'application de télédéclaration en ligne e-DO pour participer à LaboVIH.

La **notification obligatoire de l'infection par le VIH** est réalisée à la fois par le biologiste et par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois 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 Santé publique France. Les objectifs de la DO-VIH sont de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité VIH, de suivre leur évolution et de contribuer à l'estimation de l'incidence du VIH. Les objectifs de la DO-sida sont de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes atteignant le stade le plus avancé de l'infection à VIH, en raison soit d'un échec thérapeutique, soit d'un non accès à un dépistage et/ou à un traitement antirétroviral. Jusqu'en avril 2016, les notifications obligatoires étaient réalisées à partir de formulaires papier, fournis sur demande aux déclarants (biologistes et cliniciens) par l'ARS de leur région d'exercice. Depuis avril 2016, la notification doit s'effectuer en ligne sur www.e-do.fr. Les anciens formulaires papier en stock peuvent être utilisés jusqu'en fin 2016. A épuisement des stocks ou au plus tard en janvier 2017, les déclarants qui ne parviendraient pas à déclarer en ligne pourront obtenir des formulaires sous forme de PDF à imprimer en s'adressant au support téléphonique e-DO Info Service. Plus d'information sur [le site web de Santé publique France](http://www.santepubliquefrance.fr).

La **surveillance virologique** est couplée à la notification obligatoire du VIH. Elle est réalisée par le CNR du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon de sérum 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

- Le nombre total de sérologies VIH, réalisées en France en 2014, est estimé à partir des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,27 millions (IC95% : [5,20-5,33]), soit 80 sérologies par 1000 habitants. Après une augmentation en 2011, ce nombre reste stable ces dernières 4 années.
- 11 000 sérologies (IC95% : [10 435 – 11 592]) ont été confirmées positives en 2014, soit 167 sérologies positives par million d'habitants. Ce nombre a augmenté entre 2011 et 2013, puis s'est stabilisé en 2014.
- En 2014, en France, on estime à 6600 les personnes qui ont découvert leur séropositivité. Ce nombre est stable depuis 2007.
- Les deux groupes les plus touchés restent les hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) et les hétérosexuels nés à l'étranger (respectivement 42% et 39% des découvertes de séropositivité en 2014). Depuis 2011, le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH chez les HSH continue d'augmenter (près de 2800 découvertes en 2014).
- Environ 1220 personnes ont été diagnostiquées au stade de sida en 2014.

NOTA :

- Les analyses des diagnostics VIH et Sida présentées ici sont issues de la déclaration obligatoire des découvertes de séropositivité et des diagnostics de Sida notifiés jusqu'au 31/12/2014.
- Ces données peuvent être brutes, c'est-à-dire limitées aux données parvenues à Santé publique France à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, pour analyser les évolutions au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant les cas à la population, il est nécessaire d'utiliser des données corrigées.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans la nouvelle région Occitanie. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée. Le nombre corrigé de diagnostics de sida en région Midi-Pyrénées pour l'année 2014 n'est pas disponible à ce jour ; c'est le cas quand l'exhaustivité de la DO sida est insuffisante et/ou les délais de déclaration très variables.

RESULTATS

1. Activité de dépistage VIH

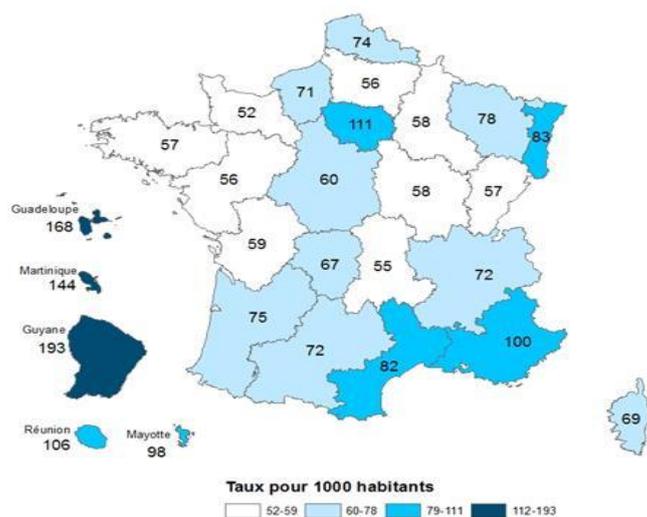
En 2014, près de 440 300 sérologies ont été réalisées dans la nouvelle grande région Occitanie: 225 665 en LR (82/1000 habitants) et 214 635 en MP (72/1000 habitants) (Figure 1). Dans les deux régions, ces données sont stables depuis 2003.

Les sérologies confirmées positives étaient au nombre de 659 : 340 en LR et 319 en MP.

Pour 1000 tests effectués, 1,5 sérologies étaient positives dans les deux régions. Ces chiffres sont stables depuis 2011.

| Figure 1 |

Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1000 habitants (LaboVIH), par région en France en 2014



Source : InVS, LaboVIH 2014

2. Déclaration obligatoire de l'infection à VIH

2.1 EVOLUTION DES DECOUVERTES DE SEROPOSITIVITE VIH EN OCCITANIE

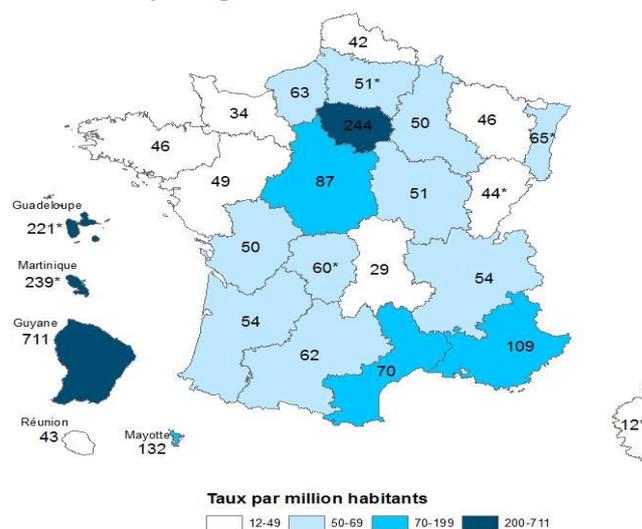
En 2014, 192 personnes ont découvert leur séropositivité dans la région LR, soit un taux de 70 par million d'habitants (IC95% : [44–95]).

Ce chiffre est stable depuis 2011, après une forte augmentation en 2011 mais reste inférieur au taux national (100 par million d'habitants (IC95% : [92–107]), [1,2]).

En MP, 183 personnes (IC95% : [127–238]) ont découvert leur séropositivité dans la région, soit un taux de 62 cas par million d'habitants en 2014 (Figure 2).

| Figure 2 |

Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, par région en France en 2014



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les délais, la sous déclaration et les valeurs manquantes

2.2 CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Les hommes représentent la majorité des nouvelles découvertes de séropositivité sur la période 2003-2014. En 2014, les proportions dans les deux régions sont nettement différentes : 92% d'hommes en LR et 76% en MP (Tableau 1).

Dans les deux régions, les séropositivités VIH découvertes en 2014 concernaient principalement la classe d'âge 25-49 ans.

Sur la période 2003-2014 dans les deux régions, la majorité des personnes découvrant leur séropositivité étaient nées en France. En 2014, les patients nés à l'étranger étaient plus nombreux en MP (37%) qu'en LR (17%) (Tableau 1).

Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des nouveaux cas d'infection VIH en Occitanie, 2014

	LR	MP	Métropole hors IDF
	2014	2014	2014
	N=192	N=183	N=6584
	%	%	%
Age (année)			
15-24	11	14	11
25-49	67	71	69
>50	22	15	20
Sexe			
Hommes	92	76	69
Femmes	8	24	31
Pays naissance			
France	83	63	52
Etranger	17	37	48
Mode de contamination			
Homosexuel	65	55	50
Hétérosexuel	34	44	47
Diagnostic			
Précoce*	42	37	39
Stade avancé**	20	28	26
Médecins			
De ville	21	16	30
Hospitaliers	79	84	71

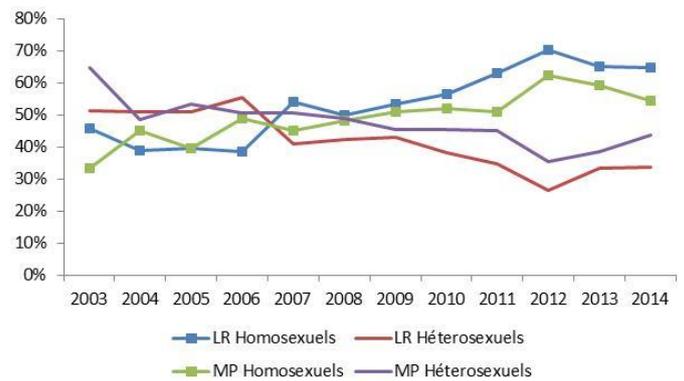
*Diagnostic précoce : cd4<500/mm3 ou PIV au diagnostic

**Diagnostic à un stade avancé : cd4<200/mm3 ou Sida au diagnostic

2.3 MODE DE CONTAMINATION

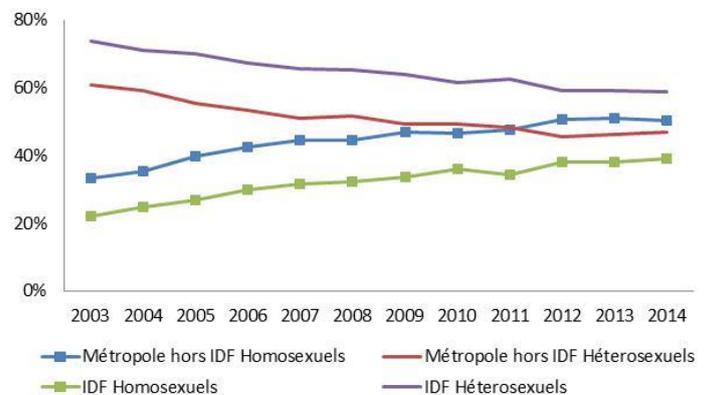
Les rapports homosexuels représentaient le mode de contamination le plus fréquent dans les deux régions en 2014 : 65% en LR et 55% en MP. En LR, après une augmentation sur la période 2008-2012, on observe une proportion stable à un haut niveau autour de 65% depuis 2 ans (Figures 3 et 4). Plaçant l'ancienne région LR en tête des régions pour cette proportion, cette situation correspond à une épidémie particulièrement active chez les HSH de LR depuis plusieurs années. Si on considère la France métropolitaine hors IDF, 50% des nouvelles notifications en 2014 concernent des patients contaminés par des rapports homosexuels (Tableau 1).

Pourcentage des modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité en Occitanie, 2003-2014



| Figure 4 |

Pourcentage des modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité en France métropolitaine, 2003-2014



2.4 STADE CLINIQUE AU MOMENT DU DEPISTAGE

Le diagnostic précoce est défini comme la découverte de séropositivité au stade de la primo-infection (PIV) ou avec un taux de CD4>500/mm3. Au contraire, le diagnostic est réalisé à un stade avancé si au moment du dépistage le patient présente un taux de CD4<200/mm3 ou s'il est déjà un stade sida.

En LR en 2014, 42% des malades dépistés étaient à un stade précoce de la maladie. Cette valeur a baissé par rapport à l'année précédente (-6%), mais il est comparable à la période 2008-2012.

En MP, après une diminution nette en 2013 (-10%), les cas à un stade avancé sont en augmentation (28%, +10%). Près de 37% (-6%, 43% en 2013) des patients ont été dépistés précocement, avec une diminution qui se poursuit depuis 2012.

En France métropolitaine hors IDF, les taux de diagnostic précoce et à un stade avancé sont stables depuis 2008 : respectivement 39% et 26% en 2014 (Tableau 1).

2.5 ORIGINE DES NOTIFICATIONS

Près de trois quarts des nouveaux cas ont été dépistés par des médecins hospitaliers en 2014 dans les deux régions. La médecine de ville contribue entre pour près de 20% des dépistages. Ces tendances sont légèrement inférieures aux taux retrouvés en Métropole hors IDF.

3. Diagnostic de sida

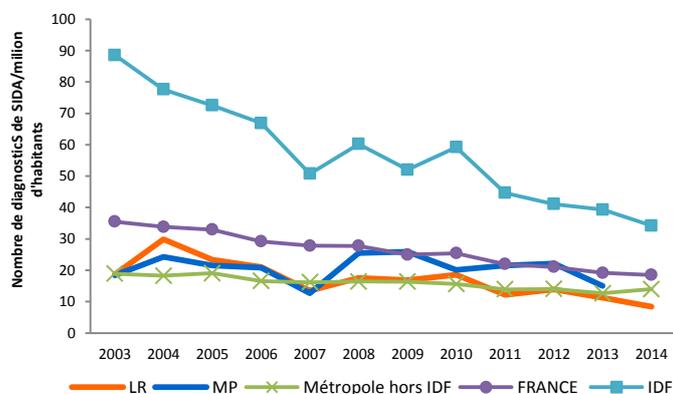
Le taux de cas de sida en LR en 2014 est de 8 par million d'habitants. Les données 2014 de la région MP ont un intervalle de confiance trop large, et il n'est pas possible d'estimer l'incidence des cas de SIDA.

En France métropolitaine hors IDF, l'incidence s'élève à 14 cas par million d'habitants. L'IDF reste toujours la région avec l'incidence la plus élevée : 34 cas/million d'habitants (Figure 5).

Compte tenu de la taille de l'intervalle de confiance, ces données sont à interpréter avec réserve.

| Figure 5 |

Evolution du taux de cas de sida par million d'habitants en LR-MP, IDF et France métropolitaine, 2003-2014



4. Conclusions

Au total, l'activité de dépistage du VIH est stable ces dernières années en région LR comme MP.

L'évolution des taux de découverte de séropositivité VIH en région LR, marquée par une augmentation depuis 2011 est suivie d'une stabilisation. Ce taux, corrigé pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, s'établit à 70 par million d'habitants en 2014 (IC95% : [44-95]).

En région MP, le taux de découverte de séropositivité VIH, corrigé pour la sous-déclaration et les délais de déclaration, s'établit à 62 par million d'habitants en 2014 (IC95% : [92-107]), stable depuis plusieurs années.

Parmi les nouvelles infections VIH découvertes en 2014, les rapports homosexuels représentent le mode de contamination le plus représenté. En LR la proportion des HSH est stable depuis 4 ans entre 63 et 70%, alors qu'en MP cette proportion varie entre 51 et 62%. Ceci souligne l'urgence de renforcer le ciblage de la prévention auprès de ce sous-groupe de population, au sein duquel la transmission du VIH est très active, en tenant compte de cette dynamique territoriale.

Les résultats de l'enquête nationale Prévagay 2015, enquête comportementale de séoprévalence du VIH et des hépatites auprès des HSH fréquentant les lieux de convivialité gay à

Montpellier et Nîmes devraient permettre de mieux apprécier les contours de l'épidémie au sein de cette population. Cette enquête devrait aider à redéfinir des objectifs préventifs adaptés, qui tiennent compte de la diversification des options préventives, associant le préservatif mais aussi l'utilisation de la prophylaxie pré-exposition pour les sujets les plus à risque d'exposition au VIH.

Si moins de 20% des patients nouvellement diagnostiqués étaient d'origine étrangère en LR, cette proportion s'établissait à 37% en 2014 en MP, comparable à celui observé en métropole hors IDF (33%). Ce point est donc un élément notable de spécificité infra-régionale à prendre en compte dans la nouvelle région Occitanie, sans sous-estimer le fait qu'une part non négligeable des contaminations des personnes d'origine étrangère a eu lieu depuis leur arrivée en France.

La part des diagnostics à un stade avancé est plus faible en LR qu'en MP en 2014 (20% contre 28%), reflétant en partie la proportion importante d'HSH dépistés à un stade habituellement assez précoce. L'élargissement de l'accès au dépistage (TROD, autotests) est de nature à améliorer cet indicateur.

| Références bibliographiques |

[1] InVS-VIH :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>

[2] InVS-données 2014 VIH :

http://www.invs.sante.fr/content/download/118988/418800/version/1/fil e/Depistage_DO_VIH+sida_23_11_2015.pdf

Tu as toutes les cartes en main

POUR PRENDRE SOIN DE TA SANTÉ SEXUELLE



ENIPSE 2018 • IST • Infections Sexuellement Transmissibles

VIH / IST : dépistages
conseillés tous les 3 mois.

Infos & questions sur www.enipse.fr
ou Sida Info Service 0800 840 800.

f Enipse
Prévention
Santé

ENIPSE

ÉQUIPE NATIONALE D'INTERVENTION
EN PRÉVENTION ET SANTÉ

www.enipse.fr

Introduction

La surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) est coordonnée par Santé Publique France au niveau national. Cette surveillance a pour objectif de décrire l'évolution annuelle du nombre d'IST et de décrire les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et comportementales des patients diagnostiqués. Cette surveillance repose sur des réseaux différents :

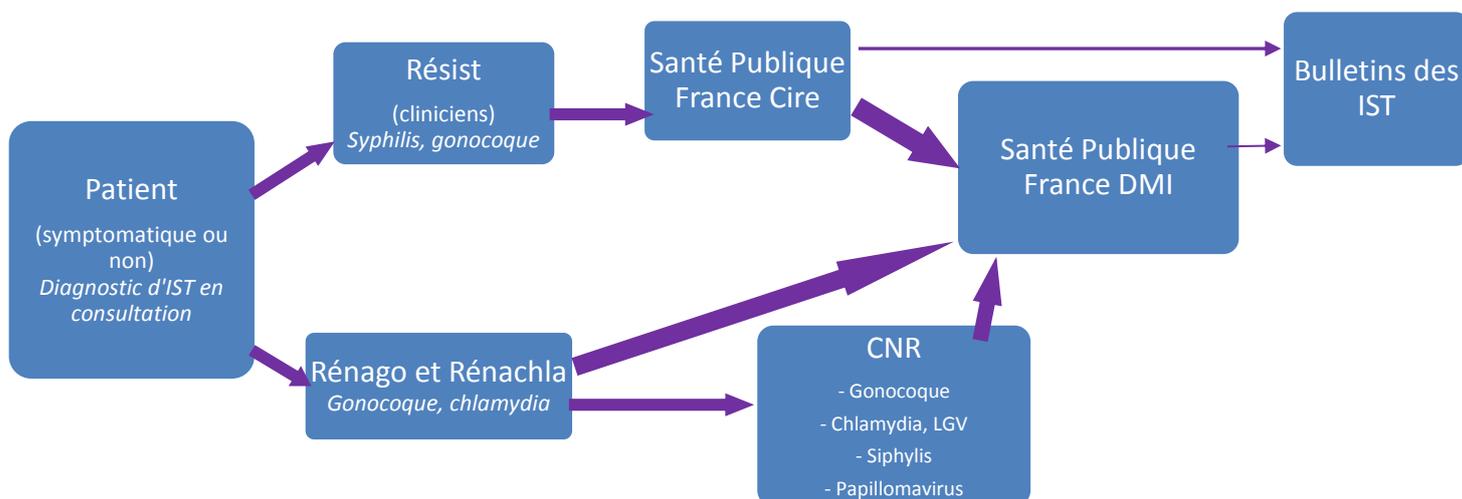
1. **ResIST**, réseau de cliniciens volontaires qui signalent les cas de syphilis récente (primaire, secondaire et latente) et les cas de gonococcie.
2. Deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires, **Rénago** pour les infections à gonocoque et **Rénachla** pour les infections à Chlamydia Trachomatis (non présentés dans ce bulletin, cf site <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>).

Le système de surveillance ResIST

Après consentement du patient, les informations anonymes sont consignées sur deux questionnaires jusqu'en 2014 : 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 à la Direction des maladies infectieuses de Santé publique France. Ce dernier qui est destinataire de toutes les déclarations d'IST au niveau national est chargé de la validation finale, de la saisie et du contrôle des données (Encadré 1).

Encadré 1

Circuit de surveillance des IST en France



Définition des cas à déclarer par le réseau ResIST

[1] Syphilis récentes

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

[2] Gonococcies

Mise en évidence bactériologique de souches de *Neisserie gonorrhoeae* en culture sur gélose chocolat ou par technique PCR, à partir de tout type de prélèvement. Il faut préciser la localisation anatomique du prélèvement.

Résultats

DONNEES NATIONALES

Syphilis récentes

- En 2014, 1274 cas de syphilis récente ont été déclarés en France par le réseau RésIST. Près de 75% des patients ont été dépistés par des structures spécialisées (Ciddist et CDAG).
- Sur la période 2009-2014, le nombre de cas rapportés de syphilis récente est en augmentation chez les hommes. Chez les femmes (5% des patients), ce nombre reste stable.
- Les hommes homo-bisexuels représentent 80% des cas déclarés en 2014 dans les sites à participation constante.
- L'existence de signes cliniques d'IST motivait 61% des consultations tandis qu'il s'agissait d'un dépistage systématique pour 21% des cas déclarés en 2014.
- En 2014, la prévalence du VIH chez les personnes ayant une syphilis récente était de 33%, dont 31% connaissaient leur statut et 2% ont découvert leur infection VIH. Ces co-infections concernent 40% des hommes homo-bisexuels, 23% des hommes hétérosexuels et 3% des femmes.
- Quelle que soit l'orientation sexuelle, l'utilisation systématique du préservatif reste toujours insuffisante, notamment lors des rapports oraux (<2% en 2014).

Gonococcies

- Pour ce qui concerne la surveillance des gonococcies, 1339 cas ont été déclarés en France en 2014. La majorité des cas déclarés l'ont été par la médecine de ville (54%).
- Le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter chez les hommes homo-bisexuels et se stabilise chez les hétérosexuels en 2014.
- La prévalence de la co-infection VIH-gonocoque représente 8% des cas en 2014, et 14% chez des hommes homo-bisexuels.
- L'utilisation systématique du préservatif lors des rapports reste toujours insuffisante. En particulier, seuls 2% des patients déclarent de se protéger systématiquement lors de la fellation.

Pour plus d'informations, consultez le bulletin national des réseaux de surveillance des IST, paru en 2015 sur le site de Santé Publique France

NOTA :

- Les analyses qui suivent sont réalisées à partir des données régionales de surveillance recueillies sur la période 2000-2014. 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 n'est disponible que pour 47% des patients au niveau régional.
- Pour l'année 2015, seules les tendances du nombre de syphilis et de gonocoques sont présentées (figure 1 et 5), les données n'étant à ce jour disponibles que pour Languedoc-Roussillon.

1. Syphilis récente

1.1 Distribution temporelle et spatiale des cas de syphilis

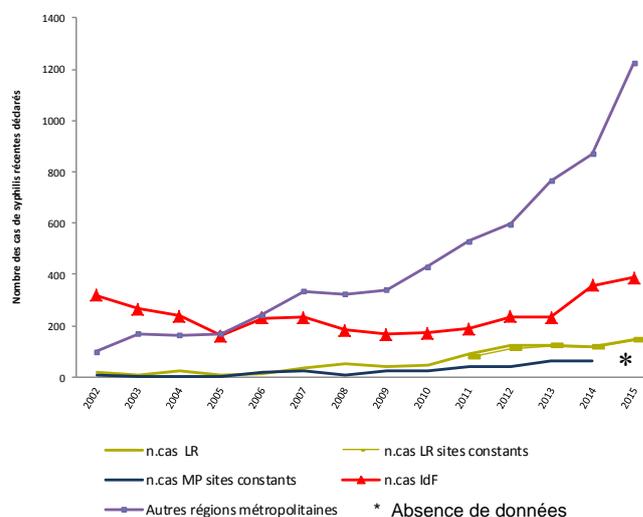
En 2014, 180 cas de syphilis récente ont été déclarés par le réseau RésIST dans la nouvelle région Occitanie : 65% en LR, 35% en MP.

Depuis 2002, 697 cas ont été déclarés en LR dont 118 cas pour l'année 2014 (Figure 1). Le nombre de déclarations est resté stable jusqu'en 2006 et il a progressivement augmenté entre 2007 et 2012. Dans les deux dernières années on note une stabilité des cas autour de 110 déclarations par an.

Sur la même période (2002-2014), 309 cas ont été déclarés en MP, dont 62 cas pour l'année 2014. Une augmentation des déclarations est observée entre 2009 et 2011, suivie d'une stabilité entre 2012 et 2013.

| Figure 1 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récente, réseau RésIST, LR-MP-IDF et autres régions métropolitaines, 2002-2015



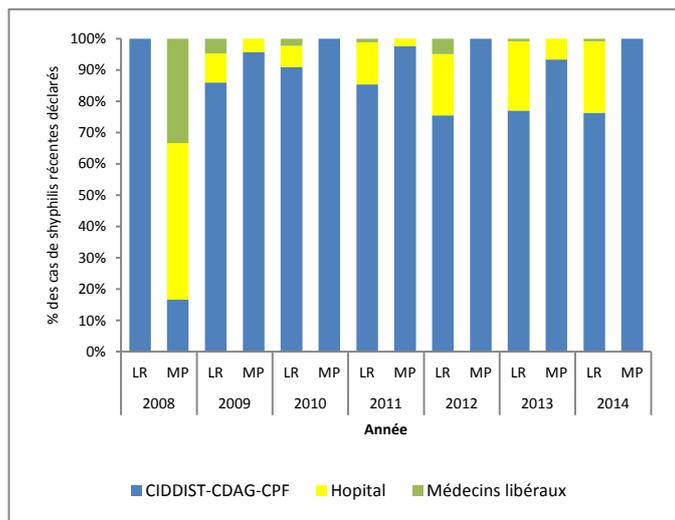
En 2014, près de 40% des cas en LR ont été déclarés dans le département des Pyrénées-Orientales. Le Gard a déclaré 31% des cas et l'Hérault 25%. L'Aude représente 3% des cas. En MP, les 62 cas ont été signalés par le département de la Haute-Garonne. La participation et l'exhaustivité du signalement des IST par les déclarants notamment hospitaliers influencent fortement ces variations locales en LR.

En 2014, 76% (n=90) des déclarations de syphilis récente en LR provenaient de Ciddist, CDAG (Figure 2). Les médecins hospitaliers ont déclaré 23 % des cas, et un seul cas a été signalé par un médecin libéral.

Les 62 cas en Midi Pyrénées ont été déclarés par des Ciddist-CDAG.

| Figure 2 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récente par site de déclaration, réseau RésIST, LR-MP, 2008-2014



1.2 Caractéristiques des cas

Sexe : En 2014, les femmes hétérosexuelles représentent près de 7% des patients diagnostiqués pour une syphilis en LR (Tableau 1). Cette proportion est comparable à ce qui est observé au niveau national. Seul 1 cas parmi les 62 déclarés en MP était de sexe féminin.

| Tableau 1 |

Caractéristiques des cas de syphilis récente, réseau RésIST, LR-MP, 2008-2014

	LR		MP	
	2008-2013 (n=465)	2014 (n=117)	2008-2013 (n=198)	2014 (n=62)
Sexe				
Hommes	96%	93%	95%	98%
Femmes	4%	7%	5%	2%
Age médian (année)				
Hommes homo-bisexuels	38	37	35	35
Hommes hétérosexuels	38	37	32	40
Femmes hétérosexuelles	27	22	21	*NP
Orientation sexuelle				
Hommes homo-bisexuels	89%	82%	87%	90%
Hommes hétérosexuels	7%	12%	8%	8%
Femmes hétérosexuelles	4%	6%	5%	2%
Stade de la syphilis				
Primaire	18%	19%	23%	24%
Secondaire	44%	39%	43%	36%
Latente précoce	38%	42%	34%	40%
Statut sérologique VIH				
Négatif	57%	49%	82%	89%
Positif connu	36%	38%	11%	6%
Découverte de séropositivité	2%	6%	4%	2%
Inconnu	5%	7%	3%	3%

*Non pertinent : une seule valeur disponible

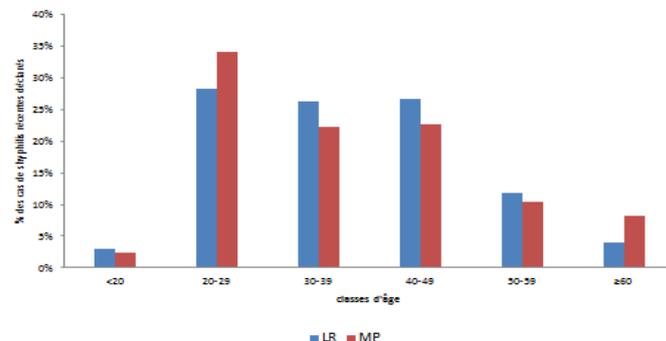
Age : Sur la période 2008-2014, les femmes ont un âge médian inférieur à celle des hommes dans les deux régions : 27 ans en LR et 21 ans en MP chez les femmes, 37 ans en LR et 35 ans en

MP chez les hommes hétérosexuels, 38 ans en LR et 35 ans en MP chez les hommes homo-bisexuels (Tableau 1).

Sur la période 2008-2014, la tranche d'âge la plus représentée était les 20-29 ans suivie des 40-49 ans dans les deux régions (Figure 3). Près de 50% des femmes concernées en LR et MP avaient un âge compris entre 20 et 29 ans.

| Figure 3 |

Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge, réseau RésIST, LR-MP, 2008-2014



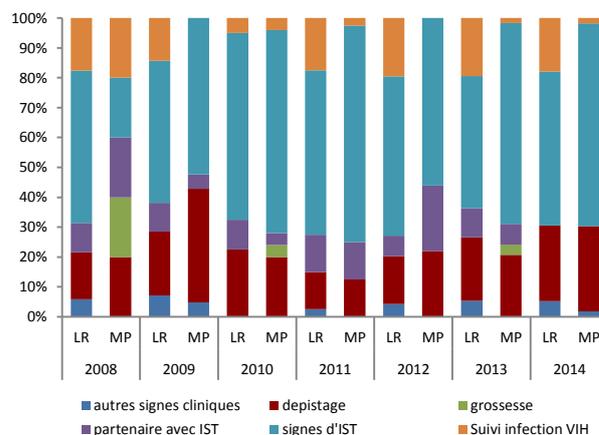
Orientation sexuelle : Les cas sont répartis par orientation sexuelle de façon assez identique dans les deux régions (Tableau 1). En 2014, les hommes homosexuels en MP représentent 90% des cas, proportion en hausse par rapport aux données de 2013 (81%), mais comparable aux données nationales (94%). En LR, la proportion des HSH a diminué depuis 2012 passant de 95% à 82% en 2014. Depuis les trois dernières années, la proportion d'hétérosexuels reste stable en MP et augmente en LR (+9% par rapport à 2013, à sites constants).

Stade de la syphilis : En 2014, la majorité des patients (40% en MP et 42% en LR) a été dépistée au stade de syphilis latente précoce (Tableau 1).

En comparant la période 2008-2013 à l'année 2014 dans les deux régions, on note une augmentation de la part des cas de syphilis latente, au détriment des cas de syphilis secondaire.

| Figure 4 |

Répartition des cas de syphilis récente par motif de consultation, réseau RésIST, LR-MP, 2008-2014



Motifs de consultation : Dans les deux régions sur la période 2008-2014, la survenue de signes cliniques d'IST représentait le motif le plus fréquent de consultation de syphilis (Figure 4). Il motivait 51% des consultations en LR et 64% en MP. En deuxième position, le dépistage systématique amenait au diagnostic de syphilis pour 19% des cas en LR et 23% des cas en MP.

En 2014, 68% des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST en MP. En LR, les signes cliniques ont motivé 52% des consultations, proportion comparable aux autres régions métropolitaines (hors IdF). En MP, on note un faible nombre de patients dépistés dans le cadre du suivi d'une séropositivité par rapport au LR, correspondant à une importante participation de services hospitaliers à RésIST dans cette région (Figure 4).

Statut sérologique VIH : En LR en 2014, le taux de co-infections avec le VIH (44%) est en augmentation avec en outre 6% des cas ne connaissant pas leur statut VIH positif lors du dépistage de la syphilis.

En MP en 2014, les co-infections syphilis-VIH sont en diminution avec 6% des malades connaissant leur statut VIH.

Dans les deux régions entre 2008 et 2014, la découverte d'une séropositivité lors du dépistage de syphilis ne concernait quasiment que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) : 94% (n=6) en LR et 100% (n=1) en MP.

1.3 Comportements sexuels (questionnaires cliniques et autoquestionnaires)

Nombre médian de partenaires : Le nombre médian de partenaires dans les 12 derniers mois chez les HSH est plus élevé en MP qu'en LR en 2014 (10 Vs 5) et sur la période 2008-2014 (7 Vs 5). Parmi les hétérosexuels, les valeurs sont stables et comparables entre les deux régions sur toute la période 2008-2014 (Tableau 2).

| Tableau 2 |

Caractéristiques comportementales des cas de syphilis, réseau RésIST, LR-MP, 2008-2014

	LR		MP	
	2008-2013 (n=311)	2014 (n=73)	2008-2013 (n=205)	2014 (n=57)
Nombre médian de partenaires	(min-max)	(min-max)	(min-max)	(min-max)
Hommes homosexuels	5 (5;6)	5 (5;10)	7 (5;8)	10 (9;20)
Hommes hétérosexuels	2,5 (1;5)	2 (1;5)	2 (1;5)	1 (1;6)
Femmes hétérosexuelles*	2 (2;10)	2 (1;3)	1,5 (1;5)	8 (8;8)
Utilisation systématique de préservatif (%)				
Pénétration anale	29%	20%	28%	24%
Fellation	2%	2%	2%	2%
Pénétration vaginale	8%	6%	5%	7%

*Les valeurs chez les femmes hétérosexuelles sont à interpréter avec prudence vu le faible nombre de patientes

Utilisation du préservatif: L'utilisation systématique du préservatif lors de la fellation est stable dans les deux régions entre 2008 et 2014 et toujours très insuffisante.

Parmi les HSH, 98% des personnes n'utilisaient pas le préservatif lors des rapports oraux. Pour ce qui concerne les personnes déclarant des rapports anaux non protégés, on observe une tendance à la diminution de l'utilisation du préservatif en Occitanie: en LR (20% en 2014 Vs 29% en 2008-2013) et en MP (24% en 2014 Vs 28% en 2008-2013).

2. Gonococcie

2.1 Distribution temporelle et spatiale des cas de gonococcies

En 2014, le réseau RésIST a déclaré 91 cas de gonococcies en LR et 129 cas en MP (Figure 5).

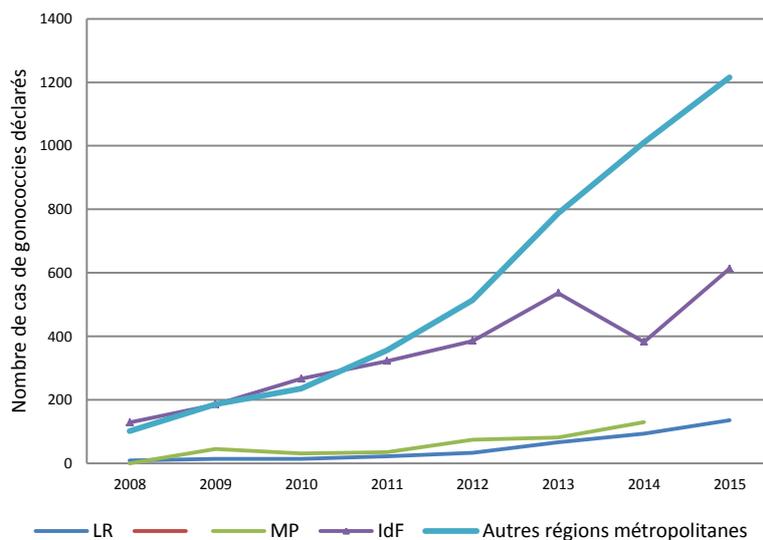
En LR, après une stabilité entre 2009 et 2010, le nombre de cas a augmenté progressivement jusqu'en 2014. En 2014, 52% des cas ont été signalés dans l'Hérault, et 90% des déclarations provenaient des Ciddist.

En MP, le nombre de cas diagnostiqués par le réseau RésIST est en hausse depuis 2011. En 2014, les cas de gonococcie ont augmenté de 59% par rapport au 2013.

Au niveau national, on observe une augmentation constante des déclarations depuis 2008. L'analyse de tendance à sites constantes sur la période 2012-2014 confirme cette évolution. Sur cette même période, il faut souligner qu'une diffusion plus large des techniques de PCR gonocoque a augmenté la capacité diagnostique.

| Figure 5 |

Evolution du nombre de cas de gonococcies, réseau RésIST, LR-MP-IdF et autres régions métropolitaines, 2008-2015



2.2 Caractéristiques des cas

Sexe : En 2014 en LR, 78% des patients étaient de sexe masculin. La proportion de femmes déclarées est en hausse par rapport à la période 2008-2013 (22% Vs 14%) (Tableau 3).

En MP en 2014, le nombre de patientes déclarées est en augmentation de 10% par rapport au 2013 (14% en 2013 Vs 22% en 2014).

Age : Si on compare les âges médians dans les deux régions en 2014, on observe que les patients en MP ont un âge médian inférieur aux patients en LR (24 Vs 29 ans).

Orientation sexuelle: Les HSH représentent toujours la majorité des cas dans les deux régions. En LR en 2014, on observe une augmentation de la part des femmes (22%) diagnostiquées pour une gonococcie (Tableau 3).

Les données 2014 en MP sont parfaitement comparables à celles de la période 2008-2013.

Statut sérologique VIH : Pour ce qui concerne la prévalence d'infections à VIH chez les patients déclarés en 2014 pour une gonococcie en LR, 10% étaient déjà au courant de leur statut sérologique et 1% ont découvert leur séropositivité (Tableau 3).

| Tableau 3 |

Caractéristiques des cas de gonococcie, réseau RésIST, LR-MP, 2008-2014

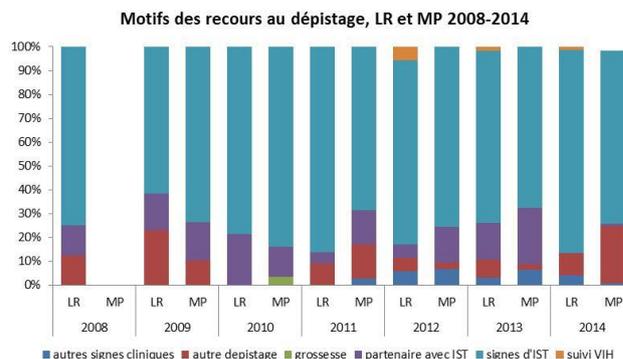
	LR		MP	
	2008-2013 (n=162)	2014 (n=91)	2008-2013 (n=266)	2014 (n=129)
Sexe				
Hommes	86%	78%	78%	75%
Femmes	14%	22%	22%	25%
Age médian (année)				
Hommes homo-bisexuels	28	31	26	27
Hommes hétérosexuels	25	26	27	23
Femmes hétérosexuelles	22	21	22	22
Orientation sexuelle				
Hommes homo-bisexuels	68%	62%	50%	50%
Hommes hétérosexuels	18%	16%	27%	28%
Femmes hétérosexuelles	14%	22%	22%	22%
Statut sérologique VIH				
Négatif	84%	80%	94%	90%
Positif connu	9%	10%	4%	4%
Découverte de séropositivité	2%	1%	0%	0%
Inconnu	5%	9%	2%	6%

Aucun patient en MP en 2014 n'a découvert sa séropositivité lors du diagnostic de gonococcie. Près de 90% des patients étaient séronégatifs. Ces constats sont stables depuis 2011.

Motifs de consultation : Entre 60% et 80% des consultations dans les deux régions sur la période 2008-2014 étaient motivées par la présence de signes cliniques d'IST. Avoir un partenaire avec une IST motivait entre 4% et 23% des consultations, et seulement un faible nombre des patients consultaient dans le cadre d'un suivi VIH (Figure 6).

| Figure 6 |

Répartition des cas de gonococcie, par motif de consultation, réseau RésIST, LR-MP, 2008-2014



2.3 Comportements sexuels (questionnaires cliniques) et auto-questionnaires

Nombre médian de partenaires: En 2014 en LR, le nombre médian de partenaires dans les derniers 12 mois chez les homo-bisexuels était de 10 avec une augmentation nette par rapport à la période 2008-2013. En MP, après une baisse en 2012, les chiffres chez les HSH sont stables sur les trois dernières années autour de 4-5 partenaires sur les 12 derniers mois (5 en 2014).

Sur la période 2008-2014, on n'observe pas de variation significative du nombre de partenaires chez les hommes et les femmes hétérosexuels dans les deux régions (Tableau 4).

Utilisation du préservatif : Sur la période 2008-2013, près d'un tiers des femmes dans les deux régions n'utilisent pas le préservatif lors de la pénétration anale. Lors de la fellation, 90% en LR et 97% en MP des patients ne se protégeaient pas (Tableau 4).

| Tableau 4 |

Caractéristiques comportementales des cas de gonococcie, réseau RésIST, LR-MP, 2008-2014

	LR		MP	
	2008-2013 n =162	2014 n =91	2008-2013 n=266	2014 n = 129
Nombre médian de partenaires	(min-max)	(min-max)	(min-max)	(min-max)
Hommes homosexuels	6 (4;10)	10 (8;12)	7 (5;9)	8 (6;10)
Hommes hétérosexuels	3 (2;5)	2 (1;10)	4 (3;4)	5 (3;7)
Femmes hétérosexuelles*	2,5 (1;5)	2 (1;3)	3 (2;4)	3 (2;3)
Utilisation systématique du préservatif (%)				
Pénétration anale	18%	18%	11%	22%
Pénétration orale	0%	1%	0%	1%
Pénétration vaginale	9%	8%	4%	7%

*Les valeurs chez les femmes hétérosexuelles sont à interpréter avec prudence vu le faible nombre de patientes

3. Discussion et conclusion

Le nombre de cas de syphilis récente reste stable dans les deux régions depuis 2 ans avec 118 cas déclarés en LR et 62 en MP pour l'année 2014. Cette tendance est différente par rapport au niveau national où les cas sont en nette augmentation en 2014.

Au niveau national, le nombre de cas chez les hommes est en augmentation depuis 2009. Cette tendance est confirmée pour la région MP (+3% en 2014), alors que la proportion d'hommes est en légère diminution en LR en 2014 (-3% par rapport au période 2008-2013), à sites constants également.

En LR, les diagnostics de syphilis chez les homo-bisexuels sont en diminution depuis 2012 (-14% en 2014 par rapport au 2012), avec une augmentation importante des hétérosexuels diagnostiqués (+9% depuis 2012). Ceci traduit probablement une diversification des publics consultants et une meilleure participation au signalement de certains centres. En métropole on observe une tendance inverse : les hommes homo-bisexuels représentent plus de 80% des patients diagnostiqués pour une syphilis, avec une augmentation très marquée au cours des trois dernières années. En MP en 2014, après une baisse sur le période 2011-2013, on observe une augmentation des homo-bisexuels contaminés.

Concernant les motifs de consultation, la survenue de signes cliniques d'IST représente la circonstance la plus fréquente de diagnostic de syphilis. En MP, la proportion de patients séronégatifs est très supérieure à la région LR quelles que soient les années. Le pourcentage de découverte de séropositivité VIH au décours de la consultation est en revanche assez proche entre les 2 régions.

Pour ce qui concerne les infections à gonocoque, le nombre de cas continue d'augmenter chez les hétérosexuels et les homosexuels. Une très faible proportion de cas ont découvert leur séropositivité pendant le dépistage du gonocoque (2% en LR et 1% en MP). La proportion de patients infectés par VIH et gonocoque reste faible en MP (4%) et autour de 10% en LR.

Comme pour la syphilis, l'utilisation du préservatif reste très insuffisante dans les deux régions. S'il est vrai que les rapports anaux non protégés, notamment chez les HSH, représentent la voie de contamination la plus fréquente, il ne faut pas sous-estimer l'importance des rapports oraux. En effet la fellation représente une voie très efficace de transmission de la gonococcie et de la syphilis, qui de plus peut exposer aux autres IST (VIH, gonorrhée, VHB, herpès génital). L'utilisation du préservatif reste donc un élément à conforter dans le cadre d'une prévention combinée du VIH et des autres IST.

| Références bibliographiques |

- [1] Institut de Veille Sanitaire – Infections sexuellement transmissibles
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST>
- [2] Institut de Veille Sanitaire – VIH et SIDA
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida>
- [3] 2014 European Guideline on the Management of Syphilis
<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2014/2014SyphilisguidelineEuropean.pdf>
- [4] Haut Conseil de Santé Publique
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/argumentaire_syphilis_vd.pdf

Santé publique France modernise le dispositif des maladies à déclaration obligatoire (MDO) avec, dans un premier temps, la télédéclaration de l'infection par le VIH et du sida par le biais d'une application web : [e-DO](#). Ce nouveau dispositif permet aux autorités sanitaires de recevoir, en temps réel, les déclarations émises par les professionnels de santé. Conçue pour être souple et évolutive, l'application e-DO devrait permettre d'intégrer les autres MDO¹.

Modernisation de la déclaration obligatoire

Le dispositif des MDO repose sur la notification à Santé publique France, via les agences régionales de santé (ARS), de 33 maladies, parmi lesquelles le VIH-sida. Les cliniciens et les biologistes, exerçant en ville ou à l'hôpital, doivent transmettre aux autorités de santé les données individuelles concernant les cas d'infection à VIH ou de sida qu'ils diagnostiquent. L'exploitation de ces informations par Santé publique France permet d'orienter les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge des personnes infectées, et participe à l'évaluation des actions mises en œuvre.

Désormais la transmission de ces données repose sur la télédéclaration via l'application e-DO. Plus efficient, plus réactif et sécurisé, le nouveau dispositif :

- simplifie le circuit de la DO du VIH : le biologiste et le clinicien déclarent les cas de manière indépendante et en parallèle ;
- réduit les délais de transmission des déclarations ;
- supprime la charge de traitement manuel des formulaires Cerfa utilisés dans le cadre du dispositif de déclaration papier ;
- garantit une traçabilité des déclarations ;
- permet un échange directement dans l'application entre les différents acteurs ;
- assure un haut niveau de sécurité.

En modernisant le dispositif de déclaration des MDO, Santé publique France facilite la démarche des professionnels de santé, dans le but notamment d'améliorer l'exhaustivité des déclarations du VIH-sida.

e-DO : moins de 5 minutes pour déclarer

La connexion à e-DO nécessite de disposer d'une carte de la famille CPS (carte de professionnel de santé), qui garantit une authentification forte des déclarants et sécurise les échanges, ainsi que d'un lecteur de carte. Les déclarants, cliniciens et biologistes ainsi que les personnes qu'ils auront autorisées (techniciens d'études cliniques, internes, etc.), peuvent créer un compte depuis www.e-do.fr et déclarer leurs données via le nouveau dispositif en seulement quelques minutes. La phase pilote, qui s'est déroulée de janvier à avril 2016 dans les territoires des Corevih de Guyane et d'Ile-de-France Sud, a permis de mesurer l'appropriation du dispositif par les professionnels de santé, qui ont apprécié sa simplicité d'utilisation.



¹ 31 maladies infectieuses, ainsi que le mésothéliome et le saturnisme chez les enfants mineurs sont à déclaration obligatoire. Consulter la liste des MDO.

Pour plus d'informations

Vous pouvez consulter le bulletin des réseaux de surveillance des IST-Rénaço, Rénaçhla et ResIST sur le site de l'InVS : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST>

| Remerciements|

Nous remercions tous les partenaires des systèmes de surveillance pour leur participation et le temps consacré :

- Les professionnels de santé des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), des centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG).
- Les cliniciens et leurs équipes des centres hospitaliers et de médecine de ville qui participent à la surveillance
- Les laboratoires de biologie médicale

| Acronymes|

ARS : Agence régionale de santé

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

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

Cire : Cellule d'intervention en région

CNR : Centre national de Référence

FM : France métropolitaine

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

IC : intervalle de confiance

IDF : Ile de France

IST : Infection sexuellement transmissible

LaboVIH : système de surveillance de l'activité du dépistage en France

LR : Languedoc-Roussillon

MP : Midi-Pyrénées

PIV : Primo-infection

RésIST : réseau de surveillance des IST

SIDA : syndrome d'immunodéficience acquise

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

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

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

Directeur de la publication : François Bourdillon, Directeur Général de Santé publique France

Rédacteur en chef : Damien Mouly, responsable de la Cire Occitanie

Réalisation du numéro : Anne Guinard, Matteo Posarelli, Cyril Rousseau

Diffusion : Cire Occitanie

Mail : ars-lrmp-dsp-cire@ars.sante.fr Tel : 05 34 30 25 25