

Surveillance des IST en Rhône-Alpes: données au 31 décembre 2013

¹Amaury Billon et Sarah Burdet—¹Cire Rhône-Alpes



Une IST, c'est une
Infection Sexuellement Transmissible.

Herpès, chlamydie, hépatite B, gonocoques, papillomavirus, VIH, syphilis... Certaines IST n'ont pas de signes visibles et peuvent avoir des conséquences graves pour la santé. Plusieurs millions de personnes en sont atteintes en France. Pour plus d'informations, rendez-vous sur www.info-ist.fr ou appelez le 0 800 840 800*.

* Appel gratuit depuis un poste fixe



Page 1	Editorial
Page 2	Matériels et méthodes
Page 3-4	Résultats: données du réseau RésIST pour la syphilis récentes
Page 5-6	Résultats: données du réseau RésIST pour les gonocoques
Page 7-8	Discussion et conclusion
Page 8	Remerciements

Source: www.inpes.sante.fr

| EDITORIAL |

La syphilis et la gonococcie sont des infections sexuellement transmissibles (IST) responsables d'infections génitales préoccupantes en raison de leur fréquence, du risque d'une transmission accrue du VIH, des complications (atteinte neurologiques pour la syphilis, etc.) et des séquelles (infertilité secondaire) qu'elles peuvent engendrer.

Une augmentation du nombre de cas de syphilis et de gonococcie diagnostiqués en France est observée depuis une vingtaine d'année [1]. Parallèlement à cette recrudescence, des taux croissants de résistance du gonocoque à la ciprofloxacine sont rapportés en France et dans d'autres pays européens depuis la fin des années 1990 [2,3,4].

La syphilis et la gonococcie représentent donc un enjeu important de santé publique nécessitant le maintien d'un système de surveillance épidémiologique afin de pouvoir suivre les tendances, décrire les populations exposées, mettre en place des études complémentaires à la surveillance (cliniques, microbiologiques, comportementales) et ainsi orienter les actions de prévention.

L'objectif de ce bulletin de veille sanitaire est de présenter les résultats de la surveillance de la syphilis et des infections à gonocoque au 31 décembre 2013 en région Rhône-Alpes et de réaliser ainsi un retour d'information vers les déclarants.

Les données de surveillance 2013 montrent une tendance à la baisse des cas syphilis déclarés qu'il est encore difficile d'interpréter.

La population touchée, de plus en plus jeune, est dominée par les homo-bisexuels masculins mais des cas de syphilis chez les femmes hétérosexuelles sont également observés en plus grand nombre.

Le nombre d'infections à gonocoque, en revanche, est en hausse surtout chez les homo-bisexuels masculins mais également chez les femmes hétérosexuelles. Cette évolution s'explique en partie par le recours au dépistage et l'utilisation de la PCR plus sensible. Les femmes sont dépistées souvent lors de la découverte d'une gonococcie chez le ou les partenaires. Chez les homo-bisexuels masculins, le dépistage a été élargi sur les 3 sites (pharyngé, génital et anal) compte tenu des pratiques à risque.

Au niveau des comportements, on observe une persistance des comportements à risque avec une utilisation insuffisante du préservatif, le multi partenariat et la pratique du sexe oral très peu protégé.

La déclaration des IST à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) via sa cellule en région (Cire) permet de construire des indicateurs épidémiologiques indispensables pour le suivi de l'épidémiologie des IST en Rhône Alpes même si le dispositif de surveillance est volontaire et n'est pas exhaustif.

Dr Fatima Yassir-Oria, médecin référent CDDIST, Hôpital de la Croix Rouse, Lyon.

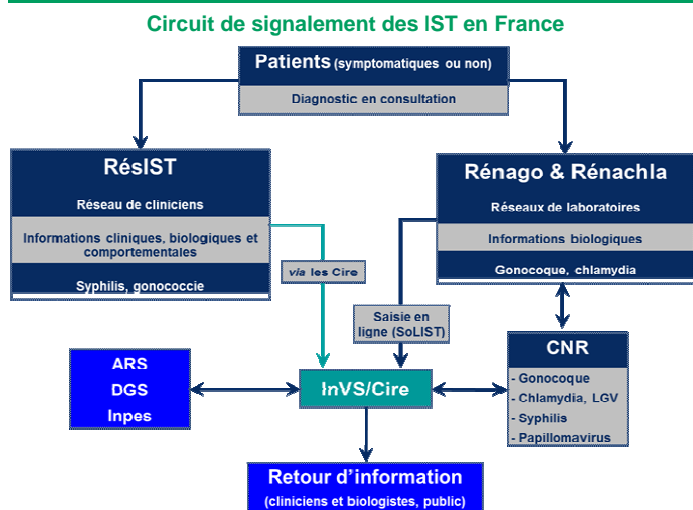
1/ - RECUEIL DES DONNÉES

Circuit de signalement. La surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) coordonnée au niveau national par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) repose sur:

- un réseau de cliniciens volontaires qui signalent les cas de syphilis récente et les cas de gonococcie dans le cadre du réseau RésIST;
- deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires (Rénago pour la surveillance de la gonococcie et des résistances du gonocoque aux antibiotiques; Rénachla pour la surveillance des infections à chlamydia; réseau LGV coordonné par le centre national de référence (CNR) des chlamydiae).

L'organisation des systèmes de surveillance des IST en France est appelée dans la Figure 1.

| Figure 1 |



Le réseau RésIST:

Procédure de déclaration: Tout clinicien, qu'il exerce en Centre d'Information de Diagnostic et de Dépistage des IST (CIDDIST), Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF), Centre de Santé Publique (CSP), 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.

3/ EN PRATIQUE

Comment déclarer ?

1. Vous **informez** le patient
2. Vous choisissez vous-même un **numéro d'ordre anonyme** pour votre patient (composé de chiffres et/ou lettres)
3. Vous remplissez le **questionnaire médical**, de préférence avec le patient
4. Vous proposez au patient de remplir l'**auto questionnaire anonyme** en associant le même numéro d'ordre. Le patient est libre d'accepter ou de refuser de le remplir

A qui déclarer ?

Tout questionnaire doit être adressé par **courrier** à la cellule de l'InVS en région Rhône-Alpes (**Cire Rhône-Alpes**)

Mail	ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr
Contact Cire	Sarah Burdet

Cellule l'InVS en région Rhône Alpes
ARS Rhône Alpes
241 rue Garibaldi - CS 9338
69 418 Lyon Cedex 03 France

Des **enveloppes T** pour l'envoi des documents à la Cire sans affranchissement par le déclarant sont fournies sur simple demande (contact ci-dessus).

Où se procurer les questionnaires et les formulaires d'information aux patients?

Les questionnaires et formulaires d'information sont disponibles sur les sites de l'Agence régionale de santé : [ARS Rhône-Alpes](#), de l'[InVS](#) ou sur demande à la Cire (contact ci-dessus).

Les données recueillies sont colligées au niveau régional par la Cire, puis saisies dans une base informatique gérée par l'InVS au niveau national.

2/ - DONNÉES DE SURVEILLANCE

Les données analysées sont celles du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2013.

Définition des cas: pour la gonococcie, un cas est défini par la mise en évidence bactériologique de *Neisseria gonorrhoeae* (culture ou PCR).

Les critères de signalement clinico-biologiques de syphilis récente sont rappelés dans le tableau ci-dessous.

| Tableau 1 |

Critères de signalement de la syphilis récente

Syphilis Récente	Clinique	Biologie
Syphilis primaire	chancre	TPHA (ou FTA) et/ou VDRL positif
Syphilis secondaire	lésions cutané-muqueuses adénopathies ± chancre	TPHA (ou FTA) et VDRL positifs
Syphilis latente précoce	absence de signes cliniques ET contagé < 12 mois ou antécédents de syphilis clinique primaire ou secondaire < 12 mois ou partenaire ayant développé une syphilis depuis moins de 1 an	ET 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

Exploitation des données épidémiologiques: les données consolidées issues des questionnaires de syphilis et de gonococcie ont été analysées sur la période 2007-2013 avec le logiciel Stata® version 12.0.

Les caractéristiques épidémiologiques sont présentées sur la période 2007-2013 afin d'augmenter les effectifs.

Un site constant sur une période donnée a déclaré au moins un cas chaque année durant cette période.

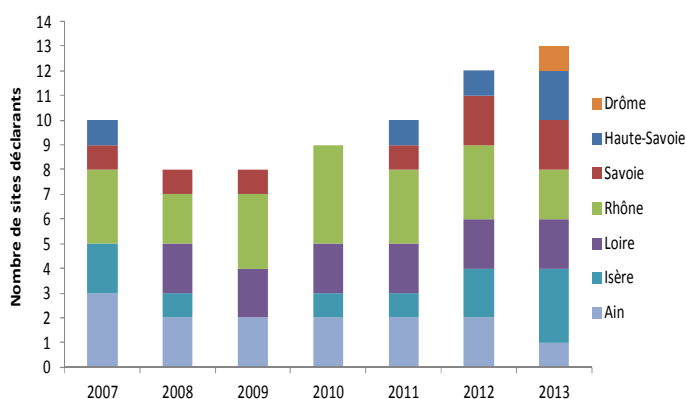
Les données des réseaux de laboratoires Rénago (gonocoques) et Rénachla (*Chlamydia*) sont exploitées uniquement au niveau national du fait d'une couverture régionale insuffisante.

1/ EVOLUTION DES TENDANCES TEMPORELLES ET SPATIALES

Depuis 2007, le nombre de sites déclarants du réseau RésIST varie entre 8 et 13 (10 sites en 2007 et 13 sites en 2013). En 2013, la majorité des sites déclarants (n=11) sont des CIDDIST, des CDAG ou des CSP. Les 2 autres sites sont un médecin libéral et une consultation hospitalière, premier site à déclarer dans la Drôme depuis 2007. Il n'y a eu pas de site déclarant en Ardèche. L'évolution du nombre de sites déclarants par département et par année est présentée dans la Figure 2.

| Figure 2 |

Nombre de sites déclarants des cas de syphilis par département, RésIST, Rhône-Alpes, 2007-2013



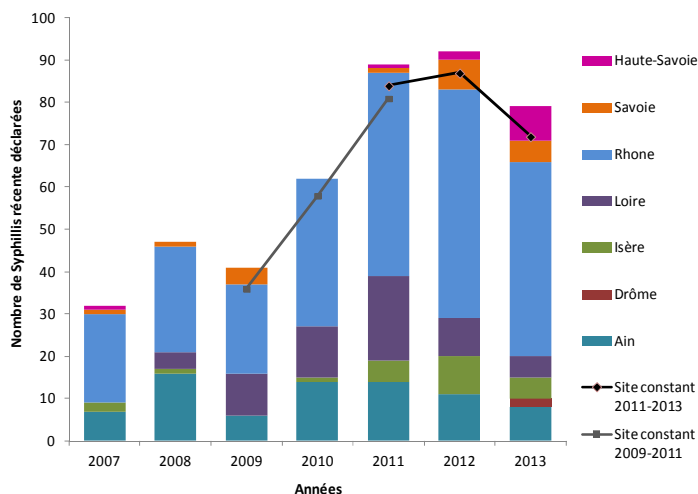
Sur la période 2007-2013, le réseau RésIST a déclaré en Rhône-Alpes 442 cas de syphilis récentes dont 79 cas pour l'année 2013 (Figure 3). Une augmentation du nombre de cas est observée entre 2009 et 2011, suivie d'une stabilité entre 2011 et 2012 puis d'une diminution entre 2012 et 2013 alors que le nombre de site déclarant a augmenté. L'analyse à sites constants confirme ces tendances.

En 2013, près de 60% des déclarations provenaient du Rhône. La Haute-Savoie et l'Ain ont déclaré chacun 10% des cas. Les départements de la Savoie, de la Loire et de l'Isère comptant pour chacun 6% des cas déclarés et la Drôme 2%.

Entre 2012 et 2013, la diminution du nombre de cas déclarés était observée dans tous les départements à l'exception de la Haute-Savoie. La Drôme a déclaré ses premiers cas en 2013. L'Ardèche n'a déclaré aucun cas depuis 2007.

| Figure 3 |

Nombre de syphilis récentes déclarées par département, RésIST, Rhône-Alpes, 2007-2013



Déclarations en fonction du type de déclarant:

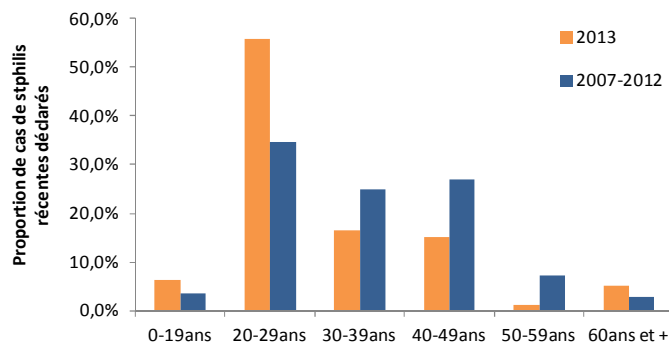
En 2013, 88,6 % (n=70) des déclarations de syphilis provenaient des CIDDIST et CDAG. Les médecins hospitaliers et les médecins libéraux représentaient une part plus faible des déclarations (respectivement 10,1 % et 1,3 %).

2/ DESCRIPTION DES PATIENTS

- **Sexe** : sur la période 2007-2013, 94,3% des cas déclarés étaient des hommes et 5,7% des femmes. En 2013, on notait une tendance à l'augmentation de la proportion de femmes par rapport aux années précédentes avec **8,9 % de femmes (n=7) et 91,1 % d'hommes (n=72)** (Tableau 2).
- **Âge** : sur la période 2007-2013, la tranche d'âge la plus représentée était les 20-29 ans suivie des 30-49 ans. L'âge médian était de 29 ans chez les femmes, de 33 ans chez les hommes, de 32 ans chez les hommes homo-bisexuels et de 37 ans chez les hommes hétérosexuels. En 2013, les femmes et les hommes apparaissent plus jeunes que sur la période 2007-2012. Les âges médians des femmes et des hommes étaient respectivement de 26 et 28 ans en 2013 versus 31 et 34 ans sur la période 2007-2012 (Tableau 2 et Figure 4).

| Figure 4 |

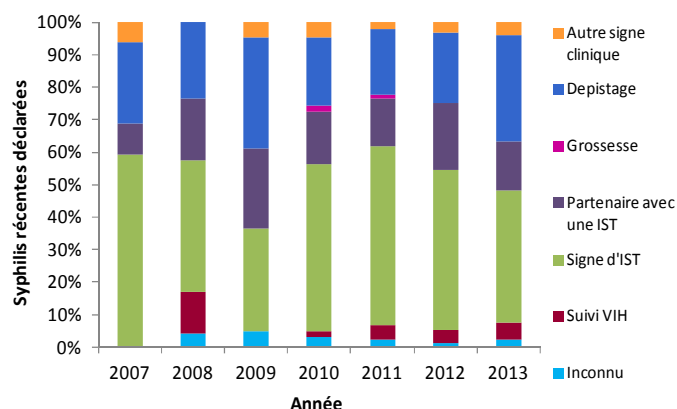
Distribution des syphilis récentes déclarées par classes d'âge décennales, RésIST, Rhône-Alpes, 2007-2013



- **Motif de consultation**: sur la période 2007-2013, l'existence de signes cliniques d'IST motivait 47,3% des consultations et le dépistage concernait 24,9% des cas. Les motifs concernant l'existence d'une IST chez un partenaire (17,2%) ou d'une consultation dans le cadre d'un suivi VIH (4,3%) étaient moins fréquents. En 2013, la part de consultation pour dépistage est plus importante que les années précédentes (Figure 5). Sur la période 2007-2013, 57,5% des cas ne présentaient pas d'antécédents de syphilis, 23 % en présentaient et l'information n'était pas renseignée pour 19,5 % d'entre eux.

| Figure 5 |

Répartition des cas de syphilis récentes déclarées par motif de consultation, RésIST, Rhône-Alpes, 2007 à 2013



- **Orientation sexuelle:** sur la période 2007-2013, 78,5% des cas de syphilis déclarés étaient des hommes homo-bisexuels, 14,7 % des hommes hétérosexuels et 5,7 % des femmes hétérosexuelles. (Tableau 2).
- **Stade de la syphilis:** sur la période 2007-2013, 40,5% des cas de syphilis étaient diagnostiqués au stade latent précoce, 35,8% correspondaient à une syphilis secondaire et 23,8% à une syphilis primaire. En 2013, plus de la moitié des cas (54,4%) étaient diagnostiqués au stade latent précoce, ce qui est supérieur aux années précédentes (37,5% sur la période 2007 à 2012), cette différence est significative (test du Chi2). (Tableau 2).
- Les **co-infections syphilis récente et VIH** (Virus de l'Immunodéficience Humaine) représentaient 18,8 % des cas rapportés sur la période 2007-2013, dont 16,1% connaissaient leur statut et 2,7% ont découvert leur infection VIH. En 2013, la proportion de co-infections est en diminution avec 8,9% des cas connaissant leur statut VIH positif alors que sur la période 2007-2012 cette proportion était de 17,6%.

| Tableau 2 |

Évolution et moyenne des caractéristiques des patients ayant une syphilis récente, réseau RésIST, Rhône-Alpes, période 2007-2013

	2007-2009 (n=120)	2010-2012 (n=243)	2013 (n=79)	2007-2013 (n=442)
Sexe				
Hommes	92,5%	96,30%	91,1%	94,3%
Femmes	7,5%	3,7%	8,9%	5,7%
Orientation sexuelle				
Hommes homo-bisexuels	75,0%	81,5%	74,7%	78,5%
Hommes hétérosexuels	16,7%	13,6%	15,2%	14,7%
Femmes hétérosexuelles	7,5%	3,7%	8,9%	5,7%
Hommes non-précisés	8,3%	1,2%	1,3%	1,1%
Statut sérologique VIH				
Positif connu	14,2%	19,3%	8,9%	16,1%
Découvert de séropositivité	0,8%	3,3%	3,8%	2,7%
Négatif	78,3%	70,4%	82,3%	74,7%
Inconnu	6,7%	7,0%	5,1%	6,6%
Stade de la syphilis				
Primaire	22,5%	26,3%	17,7%	23,8%
Secondaire	38,3%	37,0%	27,6%	35,8%
Latente précoce	39,2%	36,6%	54,4%	40,5%
Age médian (ans)*	n*=119	n*=240	n*=78	n*=437
Hommes homo-bisexuels	32,0	34,5	28,0	32,0
Hommes hétérosexuels	37,5	38,0	28,0	37,0
Femmes hétérosexuelles	33,0	29,0	26,0	29,0

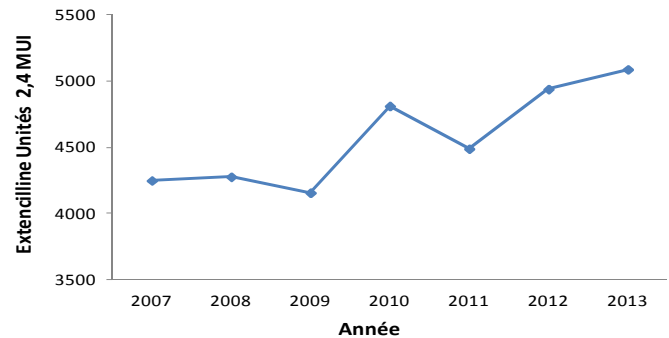
Age médian des cas dont l'orientation sexuelle est connue.

- **Les données de ventes d'Extencilline® 2,4M UI** (traitement recommandé pour la syphilis) : entre 2009 et 2013, les ventes de benzathine benzylpénicilline (Extencilline®) en Rhône-Alpes, sont en progression avec néanmoins une augmentation moins prononcée entre 2012 et 2013 (Figure 6, données fournies par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques).

Sur les volumes d'Extencilline® vendus en Rhône-Alpes en 2013, 33,4 % l'ont été dans le Rhône, 16,3 % en Isère, 10,8 % en Haute-Savoie comme en Ardèche, 10,1% dans l'Ain, 8,2 % dans la Loire, 6,8 % dans la Drôme et 3,7 % en Savoie. Une diminution des ventes a été observée dans l'Ain et le Rhône contrairement aux autres départements où la vente a augmenté, particulièrement en Ardèche.

| Figure 6 |

Evolution des ventes d'Extencilline® 2,4 M UI en Rhône-Alpes de 2007 à 2013 (source : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques - GERS)



3/ COMPORTEMENTS SEXUELS 2007-2013

Sur la période 2007-2013, 86,7% des patients ont accepté de remplir l'auto-questionnaire. Ce taux est supérieur à 80% quelle que soit l'année considérée. Cependant les informations sur le comportement sexuel sont présentes pour 60 à 90% des questionnaires.

L'utilisation du préservatif reste globalement insuffisante. Elle est stable pour la pénétration anale chez les hommes homo-bisexuels. Elle reste faible lors de la fellation mais en légère progression (10,3% en 2013 et 6,3 % sur la période 2007-2013). Le nombre médian de partenaires est stable chez les hommes homo-bisexuels alors qu'il tend à augmenter chez les hommes et femmes hétérosexuels en 2013 (Tableau 3).

| Tableau 3 |

Évolution des comportements sexuels^a au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une syphilis, réseau RésIST, Rhône-Alpes, période 2007-2013 (Données renseignées)

	2007-2009	2010-2012	2013	2007-2013
Utilisation systématique de préservatif (%)				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	31,7%	37,7%	31,6%	35,1%
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	50,0%	45,0%	20,0%	43,9%
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	11,8%	36,7%	30,0%	28,1%
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	0,0%	0,0%	33,3%	8,7%
Utilisation régulière^b du préservatif (%)				
Fellation	4,0%	6,2%	10,3%	6,3%
Nombre médian de partenaires				
Homosexuels masculins	4,0	6,0	5,0	5,0
Hommes bisexuels	6,0	5,0	5,5	5,0
Hommes hétérosexuels	1,5	2,0	3,5	2,0
Femmes hétérosexuelles	1,0	1,0	3,5	1,0

^a La part d'information sur les comportements sexuels est disponible pour environ 70% des cas.

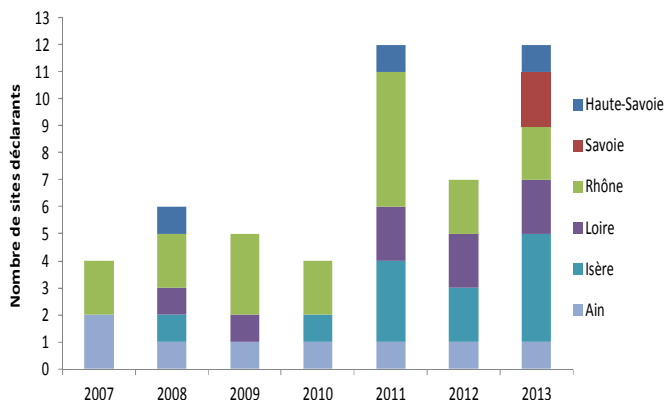
^b Utilisation du préservatif « souvent » ou « toujours ».

1/ EVOLUTION DES TENDANCES TEMPORELLES ET SPATIALES

Le nombre de sites déclarant des gonococcies a globalement augmenté avec 4 sites en 2007 et 12 sites en 2013. Entre 2012 et 2013, une augmentation du nombre de déclarants est observée en particulier en Savoie et en Isère. La Drôme et l'Ardèche n'ont pas déclaré de cas sur la période (Figure 7).

| Figure 7 |

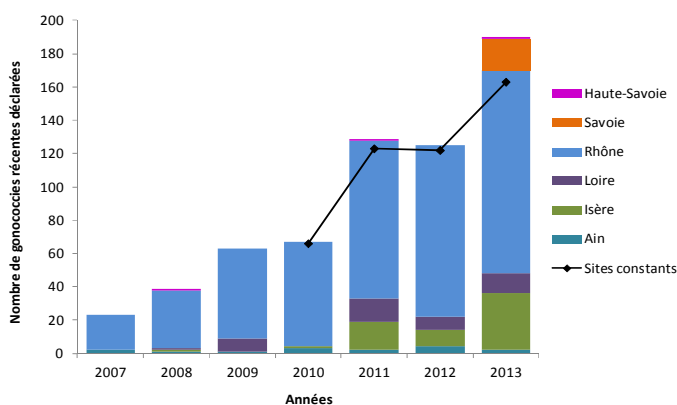
Nombre de sites déclarants des cas de gonococcie par département, RésIST, Rhône-Alpes, 2007-2013



Sur la période 2007-2013, 636 cas d'infections à gonocoque ont été déclarés dans le cadre du réseau RésIST. En 2013, 190 gonococcies ont été rapportées soit une augmentation de plus de 50% par rapport à 2012 (Figure 8). Une analyse de tendance à « sites constants » sur les années 2010 à 2013 confirme cette évolution.

| Figure 8 |

Nombre de gonococcies déclarées par département, RésIST, Rhône-Alpes, 2007 à 2013.



Déclarations en fonction du type de déclarant:

Sur la période 2007-2013, la majorité des cas (78%) était déclarée par les CIDDIST des hôpitaux de la Croix-Rousse et Edouard-Herriot à Lyon. En 2013, 99 % (n=189) des déclarations provenaient des CIDDIST/CDAG.

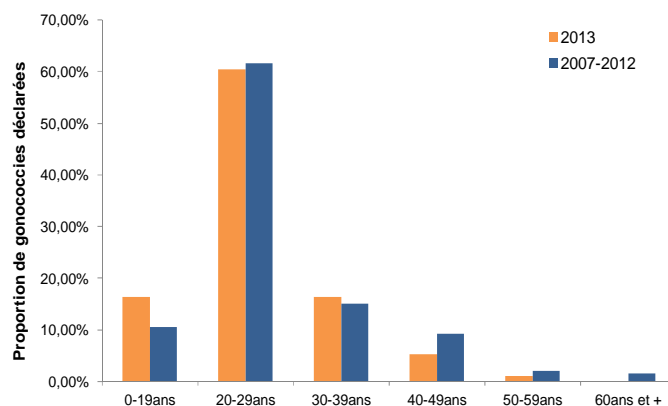
2/ DESCRIPTION DES PATIENTS SUR LA PÉRIODE 2007-2013

Les principales caractéristiques des patients infectés par le gonocoque sur la période 2007-2013 sont présentées dans le Tableau 4.

- **Sexe:** sur la période 2007-2013 la proportion d'hommes était de 80,7% alors que la proportion de femmes était de 19,3%.
- **Âge:** Sur la période 2007-2013, la classe d'âge la plus représentée était les 20-29 ans. Les femmes ayant une gonococcie étaient plus jeunes que les hommes. L'âge médian des femmes était de 21 ans et de 25 ans pour les hommes (Tableau 4 et Figure 9).

| Figure 9 |

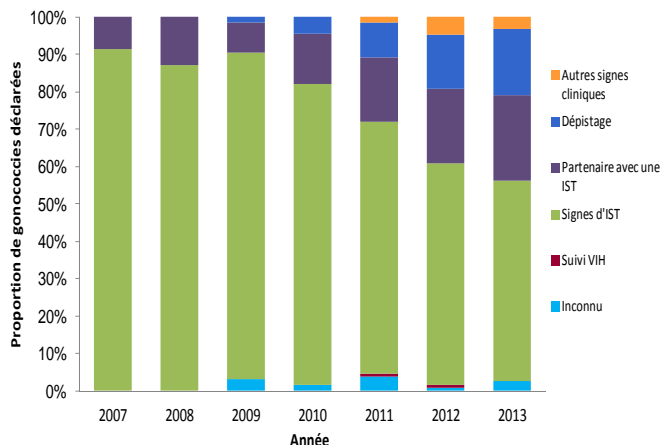
Distribution des gonococcies déclarées par classe d'âge décennales et par sexe, RésIST, Rhône-Alpes, 2007-2013



- Globalement, sur la période 2007-2013, le principal motif de consultation était la présence de signes cliniques d'IST pour 73% des cas (écoulement urétral, leucorrhées, dysurie, anorectite). La part de ce motif de consultation tend à diminuer depuis 2009 (87% en 2009 à 54% en 2013) au profit de celles des consultations pour dépistage (2% en 2009 à 18% en 2013) et pour IST chez le partenaire (8% en 2009 à 23% en 2013) (Figure 10).

| Figure 10 |

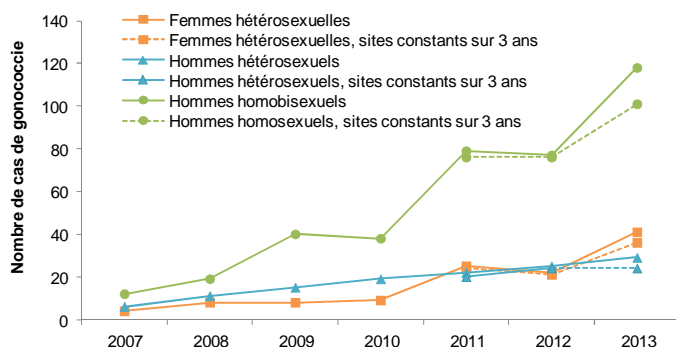
Répartition des motifs de consultation pour les gonococcies déclarées, RésIST, Rhône-Alpes, 2007 à 2013



- Concernant l'orientation sexuelle, les hommes homo-bisexuels étaient globalement les plus représentés parmi les cas déclarés (60,2%). Pour les autres cas, 20% étaient des hommes hétérosexuels, 18,4% des femmes hétérosexuelles et moins de 1% des femmes homo-bisexuelles (Tableau 4). Sur la période 2007-2013, l'augmentation du nombre de cas de gonococcie est particulièrement importante pour les hommes homo-bisexuels. Une tendance à l'augmentation est également observée chez les femmes hétérosexuelles alors que le nombre de gonococcie chez les hommes hétérosexuels apparaît relativement stable (Figure 11).

Figure 11 |

Evolution du nombre de cas d'infections à gonocoque selon l'orientation sexuelle, RésIST, Rhône-Alpes, 2007 à 2013



- Sur la période 2007-2012, les co-infections gonocoque et VIH concernaient 4,4% des patients. En 2013, on note une tendance à la diminution puisqu'elles ne concernaient que 2,6% (Tableau 4).

Tableau 4 |

Évolution et moyenne des caractéristiques des patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, Rhône-Alpes, période 2007-2013

	2007-2009 (n=125)	2010-2012 (n=321)	2013 (n=190)	2007-2013 (n=636)
Sexe				
Hommes	83,2%	81,0%	78,4%	80,7%
Femmes	16,8%	19,0%	21,6%	19,3%
Orientation sexuelle				
Hommes homo-bisexuels	56,8%	60,4%	62,1%	60,2%
Hommes hétérosexuels	25,6%	20,6%	15,3%	20,0%
Femmes hétérosexuelles	16,0%	17,4%	21,6%	18,4%
Femmes homo-bisexuelles	0,8%	1,6%	0,0%	0,9%
Non-précisée	0,8%	0,0%	1,0%	0,5%
Statut sérologique VIH				
Positif connu	5,6%	4,4%	2,6%	4,1%
Découverte de séropositivité	1,6%	0,0%	0,0%	0,3%
Négatif	75,2%	90,0%	89,0%	86,8%
Inconnu	17,6%	5,6%	8,4%	8,8%
Age médian (ans)*	n*=124		n*=188	n*=633
Hommes homo-bisexuels	25	26	25	25
Hommes hétérosexuels	25	25	25	25
Femmes homo-bisexuelles	17	22	/	21,5
Femmes hétérosexuelles	22,5	22	21	21

Age médian des cas dont l'orientation sexuelle est connue.

- Les infections symptomatiques étaient majoritaires pour 77,7 % des hommes et 55,2% des femmes. Entre 2012 et 2013, la proportion de cas symptomatiques diminue chez les hommes (respectivement 73% et 63%) alors qu'elle augmente chez les femmes (respectivement 39% et 51%). Pour les cas symptomatiques déclarés en 2013, les signes cliniques les plus fréquents étaient un écoulement urétral

chez les hommes (41 %) et des leucorrhées chez les femmes (39%).

- Sur la période 2007-2013, les tests diagnostics utilisés étaient la culture seule à 45,5%, la PCR seule à 34,9% et la culture + PCR à 19,6%. Jusqu'en 2009, seule la culture était utilisée. La PCR seule apparaît à partir de 2010 (3%) et son utilisation augmente d'année en année (65% des tests en 2013). Parallèlement, l'utilisation de la culture seule chute (97% en 2010 et 5% en 2013). On observe une montée en charge progressive de la PCR couplée à la culture avec 10% des tests diagnostics en 2011 et 30% en 2013.

Sur la période 2007-2013, un traitement par l'antibiotique de référence (ceftriaxone) a été instauré dans 96% des cas d'infection à gonocoque.

3/ COMPORTEMENTS SEXUELS, période 2007-2013

Sur la période 2007-2013, 84% des patients ont accepté de remplir l'auto-questionnaire. Ce taux reste constant au cours de la période. Cependant les informations sur le comportement sexuel sont présentes pour 70% des questionnaires.

Sur la période 2007-2013, l'utilisation systématique du préservatif pour les pénétrations anales chez les hommes homo-bisexuels était de 31,1%. Concernant la pénétration vaginale, 9,8% des femmes hétérosexuelles et 15% des hommes hétérosexuels déclaraient des rapports sexuels toujours protégés (Tableau 5). Ces valeurs fluctuent sans tendance particulière sur la période 2007-2013.

L'utilisation régulière du préservatif lors des fellations, quelle que soit l'orientation sexuelle, était faible (3,9%) et sans évolution notable sur la période 2007-2013 (Tableau 5).

Le nombre médian de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois était globalement stable sur la période 2007-2013, quelle que soit l'orientation sexuelle, avec une valeur médiane de 6 chez les hommes homo-bisexuels, 3 chez les hommes hétérosexuels et 2 chez les femmes hétérosexuelles (Tableau 5).

^a La part d'information sur les comportements sexuels est disponible

Tableau 5 |

Évolution des comportements sexuels ^a au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, Rhône-Alpes, période 2007-2013 (Données renseignées)

	2007-2009	2010-2012	2013	2007-2013
Utilisation systématique de préservatif (%)				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	18,0%	35,1%	31,5%	31,1%
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	0,0%	60,0%	36,4%	36,1%
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	14,8%	17,0%	11,1%	15,0%
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	5,9%	10,4%	10,8%	9,8%
Utilisation régulière ^b du préservatif (%)				
Fellation	6,3%	2,9%	4,3%	3,9%
Nombre médian de partenaires				
Homosexuels masculins	5	6	5,5	6
Hommes bisexuels	4	6	4	5,5
Hommes hétérosexuels	2	3	4	3
Femmes hétérosexuelles	3	2	2,5	2
Femmes bisexuelles	2	12	/	10,5

pour environ 70% des cas.

^b Utilisation du préservatif « souvent » ou « toujours ».

Si le nombre de sites participants au réseau RésIST en Rhône Alpes a progressé sur la période 2007-2013, il ne couvre que 6 à 7 des 8 départements de la région. Ce réseau permet néanmoins de suivre l'évolution des tendances temporelles et spatiales des syphilis et infections à gonocoque ainsi que les caractéristiques des patients concernés.

1/ EVOLUTION DES TENDANCES DES INFECTIONS A SYPHILIS ET GONOCOQUE

Le nombre de cas de **syphilis** récentes déclarés en 2013 en région Rhône-Alpes tend à diminuer par rapport aux deux années précédentes. Cette baisse est confirmée lors de l'analyse restreinte aux sites constants. La région Rhône Alpes ne semble donc pas suivre la tendance à l'augmentation observée au niveau national depuis 2009.

Cette tendance entre 2012 et 2013 pourrait s'expliquer soit par une baisse de l'incidence, soit par une sous-déclaration liée aux limites du système de surveillance. Sur la même période, l'augmentation des ventes d'Extencilline®, même si elle est modérée, n'est pas en faveur d'une diminution de l'incidence. L'augmentation des ventes en Ardèche qui n'a déclaré pas de cas en 2013, témoigne de la non exhaustivité du système de surveillance mais n'est pas en lien avec la tendance à la baisse puisque ce département n'a pas déclaré de cas depuis 2007.

La surveillance des infections **gonococciques** en région Rhône-Alpes, montre une progression de plus de 50% du nombre de cas déclarés entre 2012 et 2013, y compris à sites constants. La même tendance est observée au niveau national avec une augmentation constante du nombre de signalements [5].

2/ EVOLUTION DES CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ATTEINTS DE SYPHILIS ET DE GONOCOCCIE

Les personnes atteintes de **syphilis** précoce demeurent en majorité des homo-bisexuels masculins. Ainsi, en 2013, 75% des cas déclarés au réseau RésIST étaient des homo-bisexuels masculins, proportion en baisse par rapport à 2012 (85%).

Les cas de syphilis déclarés en Rhône Alpes en 2013 étaient globalement plus jeunes. Plus de la moitié (55,7%) étaient dans la tranche d'âge 20-29 ans, contre un tiers des cas en 2012 en région Rhône-Alpes et en 2013 au niveau national.

La proportion de syphilis diagnostiquées au stade latent précoce a augmenté pour atteindre 54,4% en 2013. Au niveau national, la proportion de syphilis latente précoce est de 40,2% en 2013. Cette évolution en Rhône-Alpes pourrait refléter un retard au diagnostic des formes symptomatiques (chancre, éruption...).

En Rhône-Alpes comme au niveau national, l'existence de signes cliniques d'IST reste le premier motif de consultation. Néanmoins, les consultations pour dépistage augmentent en 2013 (32,9%) par rapport à 2012 (21,7%). En 2013, 32,6% des 20-29 ans ont consulté pour un dépistage contre 16,7% en 2012.

La proportion des co-infections VIH connues parmi les cas de syphilis en 2013 en Rhône-Alpes (8,9%, n=7) est inférieure à celles observées en 2012 (19,6%, n=18) et en 2013 au niveau national où un tiers des cas avaient des co-infections VIH. Il faut rester prudent dans l'interprétation de ces tendances du fait des petits effectifs rapportés.

En 2012 comme en 2013, la population co-infectée par le VIH était des hommes, dont la majorité était des homosexuels et connaissait son statut VIH (72,2% en 2012 et 85,7% en 2013). En 2013, cette population était plus jeune qu'en 2012 avec un âge médian de 39 ans en 2013 et 44 ans en 2012. Ce sont globalement les mêmes sites déclarants qui ont rapporté des

cas de co-infection syphilis et VIH en 2012 et 2013, à l'exception de 2 d'entre eux qui ont déclaré en 2013 uniquement des cas de syphilis non co-infectés par le VIH.

Au total, la tendance à la baisse du nombre des cas de syphilis observée en 2013 en Rhône Alpes est à interpréter avec prudence et demande à être confirmée. Les cas déclarés en 2013 apparaissent plus jeunes, moins souvent homo-bisexuels, moins souvent co-infectés par le VIH et plus souvent diagnostiqués dans le cadre d'un dépistage. Ils sont néanmoins plus fréquemment au stade latent précoce de la maladie.

En 2013, 49% des cas de **gonococcies** concernent des hommes de moins de 30 ans, 60% des cas sont homo-bisexuels (54% au niveau national) et 89% des cas ont un statut sérologique VIH négatif, ce qui est plus fréquent qu'au niveau national (81%). L'augmentation du nombre de cas en 2013 est particulièrement importante pour les hommes homo-bisexuels. Elle concerne également les femmes hétérosexuelles alors le nombre de gonococcie chez les hommes hétérosexuels apparaît relativement stable. Comme à l'échelon national, cette évolution s'explique en partie par une montée en charge progressive de la PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné *Chlamydia* / gonocoque, notamment chez la femme.

Pour la syphilis comme la gonococcie, la proportion très élevée de patients ayant accepté de remplir le questionnaire témoigne d'une bonne acceptation du dispositif de surveillance par les déclarants et les patients en Rhône-Alpes. La part d'informations manquantes est importante. On observe une persistance des comportements à risque parmi les cas déclarés: l'utilisation du préservatif est insuffisante, en particulier pour la fellation qui est un mode de contamination efficace des IST dont la syphilis et la gonococcie. Le nombre de partenaires des homo-bisexuels masculins est assez stable ces dernières années et inférieur au niveau national.

3/ CONCLUSION

Ces données de surveillance régionale de la syphilis et du gonocoque sont à interpréter avec prudence. En effet, le nombre de cas recensés sous-estime le nombre réel d'infection car d'une part, ces IST peuvent être asymptomatiques ou pauci-asymptomatiques et ne pas conduire à une consultation et, d'autre part, le système de surveillance n'est pas exhaustif.

Malgré ces limites, cette surveillance régionale est indispensable pour suivre la situation épidémique et adapter les actions de prévention.

Si les infections à gonocoques en Rhône Alpes suivent globalement les tendances observées au niveau national, il n'en est pas de même pour la syphilis. Ces données pourraient évoquer un recours accru au dépistage pour ces IST mais cette évolution demande à être confirmée dans les années à venir pour la syphilis. Elles témoignent également de la persistance des comportements à risque avec une utilisation insuffisante du préservatif sur la période d'étude. La poursuite des actions de prévention auprès du public reste donc primordiale pour diminuer la transmission des IST.

Références bibliographiques:

- [1] Institut de veille sanitaire — Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005
- [2] Tapsall JW. Antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae*. Clin Infect Dis. 2005;41:S263-8
- [3] Herida M, Desenclos JC, Martin IM, Goulet V, Laurent E, Sednaoui P. Increase of *Neisseria gonorrhoeae* ciprofloxacin resistance in France in 2001-2003. Sex Transm Dis. 2006;33:6-7.
- [4] La Ruche G, Goubard A, Berçot B, Cambau E, Semaille C, Sednaoui P. Évolution des résistances du gonocoque aux antibiotiques en France de 2001 à 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2014;(5):93-103.
- [5] Institut de Veille Sanitaire. Bulletin des réseaux de surveillance des IST [en ligne]. Mise à jour le 5 novembre 2014. Disponible sur: http://www.invs.sante.fr/content/download/98227/354438/version/1/file/Bulletin_IST_N3.pdf (consulté le 10 novembre 2014)

| REMERCIEMENTS |

Nous tenons à remercier sincèrement l'ensemble des cliniciens participants au réseau RésIST qui ont contribué au recueil des données.

Sites déclarants en 2013

CDAG-CIDDIST:

- CDAG de Bourgoin-Jallieu (38)
- CDAG de Vienne (38)
- CDAG-CIDDIST du CH Alpes-Leman
- CDAG-CIDDIST de Grenoble (38)
- CIDDIST du CH d'Annecy (74).
- Les 3 antennes CIDDIST du CHU de Saint-Etienne (42)
- CIDDIST de l'hôpital de la Croix-Rousse (69)
- CIDDIST de l'hôpital Edouard Herriot (69)

CSP:

- CSP du CH de Bourg en Bresse (01)
- CSP/ESP du CH Chambéry (73)
-

Consultations hors CDAG-CIDDIST et CSP:

- Consultations libérales Isère
- Consultations hospitalières Drôme
- Consultations hospitalières Haute-Savoie
- Cabinet libéral Savoie (73)

Nous remercions le ²Dr Oria pour sa participation à rédaction de l'éditorial.

Nous remercions également ³Delphine Viriot, le ³Dr Ndeindo Ndeikoundam et le ³Dr Florence Lot pour leurs conseils et la relecture de ce numéro.

² CIDDIST de l'hôpital de la Croix-Rousse

³ Institut de veille sanitaire, Département des maladies infectieuses, Unité VIH/SIDA-hépatite B et C –IST-Tuberculose