

Infections sexuellement transmissibles (1)

La loi de santé publique a préconisé de **réduire l'incidence des gonococcies et de la syphilis dans les populations à risque, ainsi que la prévalence des chlamydioses et de l'infection à HSV2**. Ces objectifs sont repris dans le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014.

La surveillance des gonococcies, des infections à chlamydia et de la syphilis reposent sur des réseaux volontaires de biologistes ou de cliniciens.

- Pour les infections à gonocoque (réseau Renago), l'indicateur est le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an (Ng/lab/an). Un laboratoire actif est un laboratoire ayant participé au moins six mois sur douze au réseau Renago. Le taux de résistance aux céphalosporines de 3^e génération (notamment ceftriaxone), antibiotiques recommandés pour la prise en charge des urétrites depuis 2005, constitue l'indicateur de suivi des résistances aux antibiotiques.

- Pour la surveillance de la syphilis (réseau RésIST), l'indicateur principal est le nombre de cas de syphilis récentes selon trois stades cliniques (primaire, secondaire, latente précoce datant de moins d'un an). Le nombre annuel de boîtes d'Extencilline® 2,4 MUI vendues constitue l'indicateur secondaire.

- Pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (réseau Renachla), trois indicateurs de suivi ont été retenus : le nombre de personnes pour lesquelles sont recherchées des infections à *C. trachomatis*, le nombre de cas diagnostiqués (dont le prélèvement à *C. trachomatis* est positif) et le taux de positivité (nombre de cas diagnostiqués rapporté au nombre de personnes testées par an). L'analyse de l'activité des laboratoires porte sur le nombre de personnes testées et le nombre d'infections à *C. trachomatis* identifiées. Pour éliminer les biais liés au changement de correspondants (arrêt de participation ou introduction de nouveaux laboratoires), cette analyse porte sur les laboratoires qui ont participé régulièrement de 2007 à 2009 et qui ont communiqué le nombre de personnes testées.

La prévalence de l'infection à HSV2 est estimée à partir d'une étude séro-épidémiologique rétrospective.

région Île-de-France. Le sexe ratio était de 6,5 et l'âge médian de 30 ans pour les hommes et de 24 ans pour les femmes. Les souches anales représentaient 9,2 % de l'ensemble des souches dont 97,8 % étaient isolés chez des hommes et 89,4 % en Île-de-France. Aucune souche n'était résistante à la ceftriaxone et au cefixime. Cependant, la proportion de souches avec une sensibilité diminuée à ces deux antibiotiques est en augmentation. Elle est passée de 1,7 % en 2001-2003 à 8,7 % en 2007-2009 pour la ceftriaxone et de 10 % en 2008 à 18 % en 2009 pour le cefixime. La diminution de la sensibilité aux céphalosporines semble plus rapide pour le cefixime que pour la ceftriaxone.

Syphilis

Nombre de diagnostics déclarés par les centres volontaires¹

Globalement, en France, l'évolution du nombre de cas a été marquée par plusieurs phases : une augmentation rapide entre 2000 et 2002, une stabilité relative entre 2003 et 2006, et au cours des trois dernières années, un nombre annuel de cas supérieur à 500, avec toutefois une augmentation importante suivie d'un recul de 12 % entre 2007 et 2009.

En Île-de-France, après la baisse de 42 % entre 2003 et 2005 (de 279 cas en 2003 à 237 cas en 2004 et 161 cas en 2005), le nombre de cas déclarés repart à la hausse en 2006 (229 cas, +42 %), sans toutefois retrouver le niveau de 2004. Stable en 2007 (233 cas), le nombre de cas baisse depuis (184 cas en 2008 et 167 en 2009) (graphique 3).

Dans les autres régions métropolitaines, le nombre de cas a augmenté entre 2005 et 2007 (170 en 2005 à 338 en 2007), pour ensuite se stabiliser (319 cas en 2008 et 332 cas en 2009) lié à l'accroissement du nombre de sites participants. À participation constante (graphique 3), le nombre de cas a baissé de 20 % entre 2007 et 2009. Des cas de syphilis ont été déclarés en Martinique et à la Réunion à partir de 2007.

Entre 2007 et 2009, le nombre de cas de syphilis latente précoce augmente à l'inverse des cas de syphilis primaire et secondaire (graphique 4).

■ INDICATEURS APPROCHÉS

Les infections à gonocoque

Nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif

En 2009, 208 laboratoires actifs ont participé au réseau de surveillance : 75 % appartenaient au secteur privé et 25 % au secteur public. Le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire et par an augmente régulièrement ces dernières années, alors que le nombre de laboratoires actifs participants est stable (graphique 1). Il est en nette progression (+52 %) entre 2008 (4,0 Ng/lab) et 2009 (6,3 Ng/lab), chez les hommes (+52 %) comme chez les femmes (+47 %). Cette tendance est également observée pour le sous-groupe des laboratoires qui ont participé sans interruption ces trois dernières années au réseau de surveillance (graphique 1).

En 2009, le nombre de gonocoques isolés est toujours plus élevé en Île-de-France (16,0 Ng/lab)

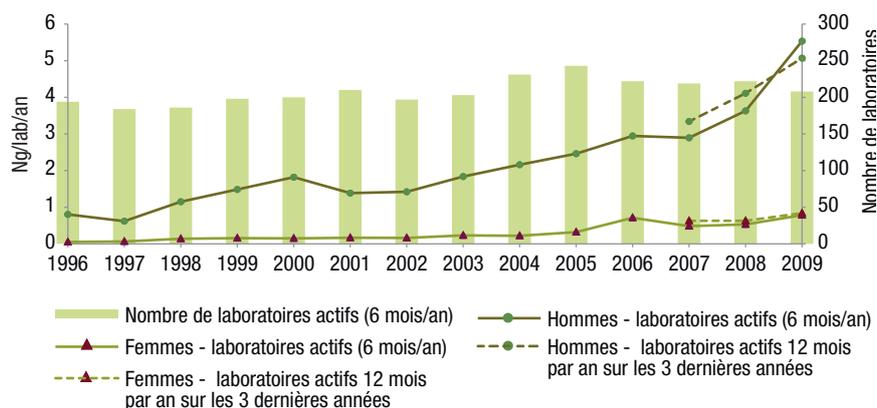
que dans les autres régions métropolitaines (4,5 Ng/lab). L'augmentation concerne l'ensemble des régions avec une progression de l'indicateur entre 2008 et 2009 de 43 % en Île-de-France et de 54 % dans les autres régions (graphique 2).

La fréquence de l'infection à gonocoque est toujours plus élevée chez l'homme (5,5 Ng/lab en 2009) que chez la femme (0,8 Ng/lab en 2009). Entre 2008 et 2009, l'augmentation du nombre d'infections à gonocoque chez les hommes est observée dans l'ensemble des régions (+48 % en Île-de-France et +51 % dans les autres régions) alors que chez les femmes, l'indicateur est relativement stable en Île-de-France (-3 %) et augmente dans les autres régions (+73 %).

Entre 2001 et 2009, le nombre de souches de gonocoques isolés dans le réseau Renago a augmenté chaque année (322 en 2001 et 1422 en 2009). Parmi les 6381 gonocoques isolés, pour lesquels une fiche d'informations a été envoyée, 2796 (43,8 %) provenaient de la

1. Depuis 2000, la syphilis n'est plus une maladie à déclaration obligatoire.

GRAPHIQUE 1 • Évolution des infections à gonocoque selon le sexe entre 1996 et 2009



Champ : France métropolitaine.

Sources : Réseau de surveillance Renago, InVS.

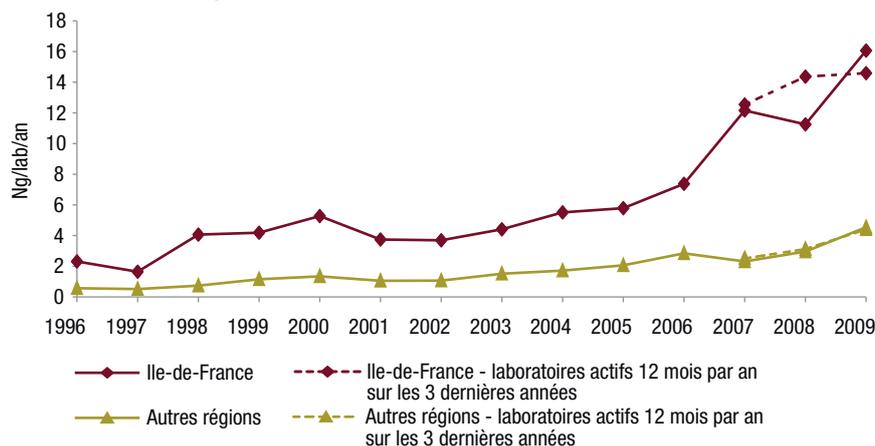
SOURCES • Réseaux de surveillance sentinelles continus reposant sur la participation volontaire de laboratoires pour les infections à gonocoques (Renago, 1986) et à *Chlamydia trachomatis* (Renachla, 1990). Le réseau de surveillance clinique des IST, syphilis et gonocoques (RésiST, 2000) reposant sur la participation volontaire de cliniciens exerçant dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (CIDDIST), des consultations hospitalières, et des cabinets libéraux.

CHAMP • Laboratoires : France métropolitaine ; RésiST : France entière.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Renago (le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire participant au moins six mois par an). Renachla (le taux de positivité est le nombre de cas diagnostiqués rapporté au nombre de personnes testées pour *Chlamydia trachomatis*). RésiST : Le réseau de surveillance clinique des IST permet de suivre l'évolution du nombre de cas et des données comportementales.

LIMITES ET BIAIS • (i) Défaut de couverture de RésiST et absence de dénominateur pour construire un indicateur fiable de suivi des tendances. Ce réseau clinique ne permet pas d'être exhaustif ou représentatif. (ii) La très faible non-participation des médecins généralistes et des gynécologues dans la surveillance des IST est à l'origine d'une insuffisance de données dans la population de personnes hétérosexuelles. Ces dernières sont mieux représentées à travers les réseaux de laboratoires Renago et Renachla pour les gonocoques et les chlamydioses.

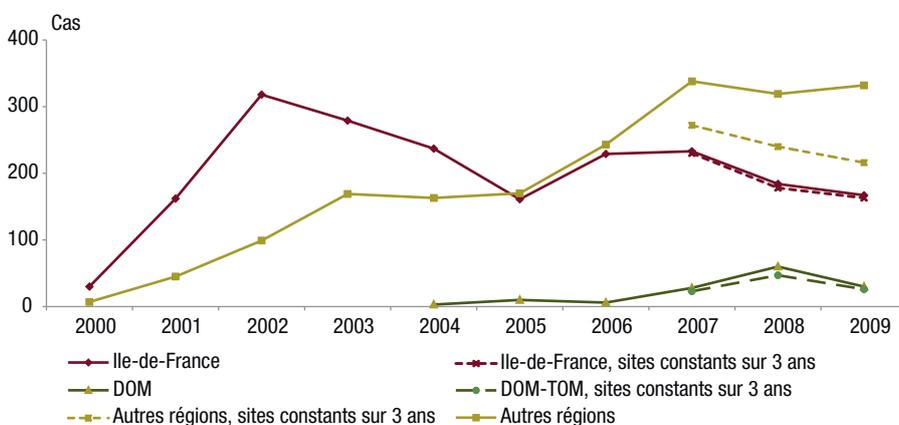
GRAPHIQUE 2 • Évolution des infections à gonocoque en Île-de-France et dans les autres régions entre 1996 et 2009



Champ : France métropolitaine.

Sources : Réseau de surveillance Renago, InVS.

GRAPHIQUE 3 • Évolution de la syphilis, en Île-de-France et dans les autres régions, RésiST, 2000-2009



Champ : France entière.

Sources : InVS - RésiST (système de surveillance sentinelle).

Infections sexuellement transmissibles (2)

Entre 2000 et 2009, l'orientation sexuelle des patients est restée stable : environ 95 % d'hommes (83 % déclarent des relations homosexuelles et 12 % des relations hétérosexuelles) et 5 % de femmes hétérosexuelles; la proportion des femmes est stable (6 % entre 2007 et 2009). La proportion de patients infectés par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) a baissé uniquement chez les homosexuels en Île-de-France, passant de 61 % sur la période 2000-2002 à 45 % sur la période 2007-2009. L'âge médian des hommes est plutôt stable, entre 35 et 37 ans de 2000 à 2009, et celui des femmes est plus jeune (29 ans en 2008 et 2009).

Nombre de boîtes d'Extencilline® vendues

Le nombre de boîtes d'Extencilline® 2,4 MUI vendues en France métropolitaine a augmenté de 2 % entre 2006 et 2007, et de 3 % entre 2007 et 2008. Entre 2008 et 2009, une baisse de ces ventes est observée pour la première fois depuis 2001 (- 2 %). Depuis 2002, le nombre de boîtes d'Extencilline® vendues en Ile-de-France baisse chaque année d'environ 2 % en moyenne, tandis qu'en province, on

observe une augmentation annuelle moyenne d'environ 3 % jusqu'en 2008 et une légère baisse (-1 %) entre 2008 et 2009.

Les infections à *Chlamydiae trachomatis*

Nombre de recherches de *C. trachomatis* ; nombre de cas identifiés par an par laboratoire ; taux de positivité

On observe depuis début 2000 une progression annuelle du nombre de recherches et de diagnostics d'infection à *C. trachomatis*, qui s'est poursuivie entre 2008 et 2009. Les diagnostics sont faits dans 70 % chez des femmes. Chez les hommes, le nombre d'individus testés a augmenté (+14 %), ainsi que le nombre de cas positifs (+19 %) [graphique 5]; le taux de positivité est de 5,3 % en 2009 (contre 5,0 % en 2008). Chez les femmes, le nombre de cas positifs a augmenté (+21 %) ainsi que celui des femmes testées (+19 %), le taux de positivité est de 5,5 % en 2009 (stable par rapport à 2008).

L'augmentation du nombre de recherche et du nombre de cas diagnostiqués s'observe aussi bien en Île-de-France que dans les autres régions.

Prévalence de l'infection à HSV2

Les données sont issues de l'étude de la séro-prévalence menée en France métropolitaine en 2003-2004 auprès d'un échantillon aléatoire d'assurés sociaux et leurs ayants droit parmi les inscrits des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), âgés de 18 ans à 60 ans.

La prévalence globale de l'infection à HSV2 dans la population générale est estimée à 15,3 % (IC95 % = [14,0 - 16,8]); chez les femmes elle est estimée à 19,3 % (IC95 % = [17,4 - 21,4]) et chez les hommes la prévalence de HSV2 est estimée à 11,4 % (IC95 % = [9,8 - 13,1]).

La prévalence varie avec l'âge: chez les femmes, elle passe de 12 % entre 18 et 29 ans à 37 % entre 40 et 49 ans puis diminue (20 % entre 50 et 60 ans); chez les hommes elle passe de 8 % entre 18 et 29 ans à 15 % entre 50 et 60 ans.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • InVS.

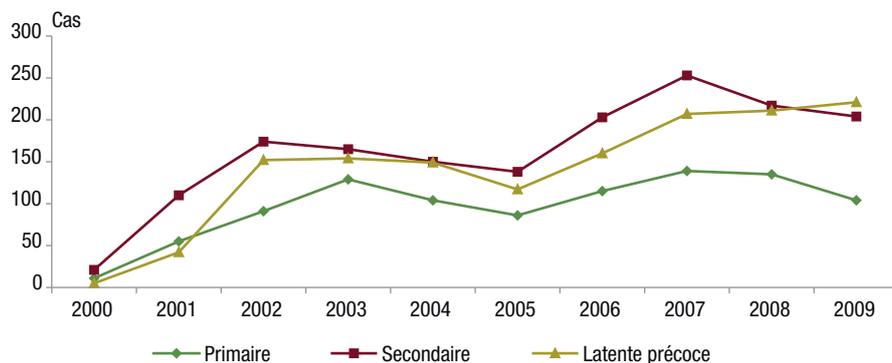
synthèse

Les indicateurs retenus pour les infections sexuellement transmissibles (IST) sont issus de réseaux volontaires. Ils sont utiles pour dégager des tendances dans le temps mais ne permettent pas de calculs d'incidence. Ces données indiquent une augmentation des gonococcies et des infections à Chlamydia trachomatis. En 2009, la syphilis augmente dans les autres régions et semble se stabiliser en Île-de-France. Les indicateurs suggèrent qu'un sous diagnostic pourrait expliquer en partie une sous déclaration du nombre de cas de syphilis.

Les infections à gonocoque sont marquées par une progression forte entre 2008 et 2009 et l'apparition d'une diminution de la sensibilité aux céphalosporines alors que des souches résistantes sont déjà observées dans d'autres pays comme en Asie. Cette croissance est observée sans aucune modification des systèmes de surveillance. L'augmentation des infections à C. trachomatis pourrait s'expliquer par la politique d'incitation au dépistage. L'émergence de souches de sensibilité réduite aux céphalosporines en France (des souches résistantes sont déjà observées dans d'autres pays comme en Asie), souligne l'importance de rappeler les bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques. À cet égard, une mise à jour des recommandations a été réalisée par l'Afssaps fin 2008 à destination de l'ensemble des professionnels de santé.

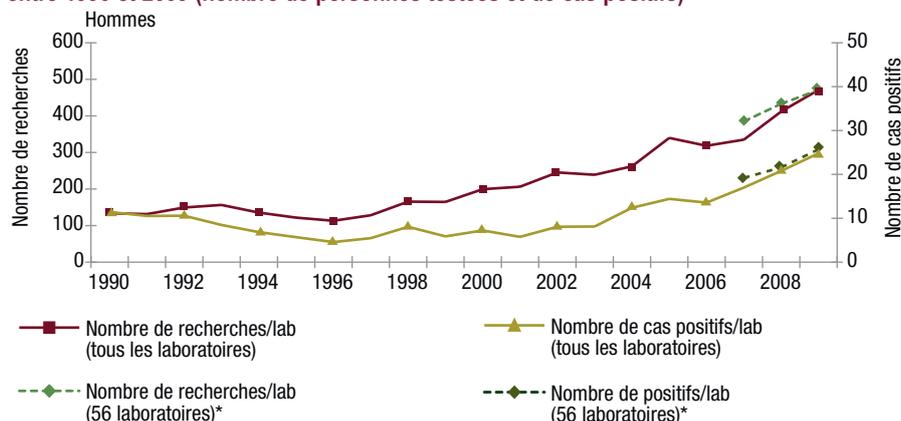
Concernant la prévalence de l'infection à HSV2 en France, les résultats de l'étude de séro-épidémiologie rétrospective confirme une prévalence élevée attendue et similaire à celle observée dans d'autres pays d'Europe.

GRAPHIQUE 4 • Nombre de syphilis déclarées, selon les stades de la maladie, RésIST, 2000-2009



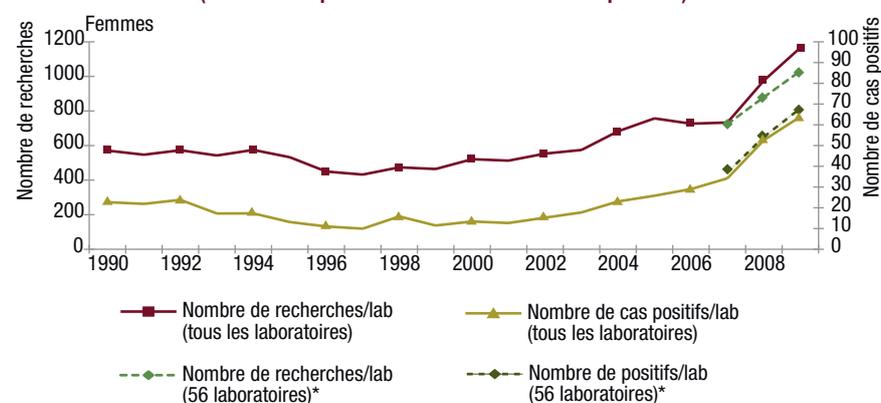
Champ : France entière.
Sources : InVS - RésIST (système de surveillance sentinelle).

GRAPHIQUE 5 • Évolution des *Chlamydia trachomatis* chez les hommes entre 1990 et 2009 (nombre de personnes testées et de cas positifs)



* Échantillon de 56 laboratoires qui ont participé 12 mois par an de 2007 à 2009.
Champ : France métropolitaine.
Sources : Réseau de biologistes volontaires Renachla, InVS.

GRAPHIQUE 6 • Évolution des *Chlamydia trachomatis* chez les femmes entre 1990 et 2009 (nombre de personnes testées et de cas positifs)



* Échantillon de 56 laboratoires qui ont participé 12 mois par an de 2007 à 2009.
Champ : France métropolitaine.
Sources : Réseau de biologistes volontaires Renachla, InVS.