

[Page 1 | Editorial |](#)

[Page 2 | Surveillance des infections à VIH et sida dans le Nord-Pas de Calais |](#)

[Page 6 | Surveillance de la syphilis dans le Nord-Pas-de-Calais de 2000 à 2014 : bulletin du réseau RésIST |](#)

[Page 11 | Enquête PREVAGAY 2015 |](#)

[Page 12 | e-DO : nouvel outil en ligne pour les Maladies à Déclaration Obligatoire |](#)

[Page 12 | Acronymes |](#)

### | Editorial |

Dr Pascal Chaud, Bakhao Ndiaye- InVS-Cire Nord

Ce nouveau Bulletin de veille sanitaire (BVS) présente les données de surveillance épidémiologique régionales actualisées au 31 décembre 2014 pour les infections à VIH et le Sida dans le Nord et le Pas-de-Calais, ainsi que pour la syphilis dans le Nord. Ces données sont issues des systèmes de surveillance animés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) : le suivi des activités de dépistage du VIH par les laboratoires (LaboVIH), la notification obligatoire des cas d'infection par le VIH et de Sida et le réseau des cliniciens volontaires (« RésIST ») signalant les cas d'infection sexuellement transmissibles (IST). Les données du réseau RésIST sont complétées par les données des rapports annuels d'activité et de performance (RAP) des Centres d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) de la région.

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH dans la région est stable depuis 2003 et deux fois inférieur au taux national. La seule tendance marquante depuis 2010 est observée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), pour lesquels le nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH continue d'augmenter dans la région et au niveau national. **Les rapports homosexuels chez les HSH demeurent le mode de contamination le plus fréquent dans la région** (plus de 60% des contaminations depuis 2010).

**Depuis 2012, le nombre de cas de syphilis continue d'augmenter chaque année.** En 2014, 139 cas ont été signalés dans le cadre du réseau « RésIST », contre 117 cas en 2013, soit une augmentation de 19%. Cette tendance, observée dans d'autres régions métropolitaines, se poursuit en 2015 dans le Nord, 150 cas ayant été signalés (données non validées). **Comme pour l'infection par le VIH, la syphilis concerne très majoritairement les HSH (9 cas de syphilis sur 10).** Par ailleurs, l'analyse des auto-questionnaires comportementaux montre que l'utilisation systématique du préservatif lors de rapports anaux et vaginaux demeure très faible (1 répondant sur 3), similaire au niveau national, et reste marginal lors des fellations (5%).

Ces résultats incitent fortement à améliorer les connaissances sur les comportements sexuels à risque et à renforcer les actions de prévention notamment chez les HSH. **La réalisation de l'enquête PREVAGAY** auprès des HSH dans 5 grandes villes françaises (Nice, Montpellier, Lyon, Lille et Paris) permettra de mieux connaître les facteurs associés à l'infection par le VIH, via le rapprochement de données socio-comportementales et du statut sérologique VIH. Les résultats devraient aider à redéfinir les stratégies de dépistage et de prévention afin de diminuer le risque de transmission. A Lille, l'enquête a été réalisée dans 7 établissements de convivialité gay (bars, saunas, bars avec backrooms ou clubs) et a connu un taux de participation record de plus de 80% des personnes invitées à participer. En 4 semaines, et au cours de 45 interventions, l'équipe a ainsi inclus 486 personnes. Les résultats seront disponibles au cours du second semestre de l'année 2016.

Enfin, les perspectives 2016 sont également marquées par la dématérialisation de la déclaration obligatoire du VIH par **le dispositif e-DO** qui sera opérationnel à partir d'avril 2016 dans toutes les régions françaises. Ce dispositif a pour vocation de simplifier le circuit de la déclaration, en permettant au clinicien et au biologiste de faire leur propre déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO (<http://www.invs.sante.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/e-DO-Declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-VIH-et-du-sida>).

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

La surveillance de l'activité de dépistage du VIH dans les laboratoires (LaboVIH) repose sur le recueil auprès de l'ensemble des laboratoires, en ville et à l'hôpital, du nombre de personnes testées pour le VIH, et du nombre de personnes confirmées positives pour la première fois. Le formulaire papier ou le lien pour répondre en ligne à LaboVIH sont disponibles auprès de l'InVS<sup>1</sup>.

La notification obligatoire de l'infection par le VIH est initiée par le biologiste et complétée par le clinicien pour toute personne dont la sérologie est confirmée positive pour la première fois pour le laboratoire<sup>2</sup>. La notification obligatoire du Sida est réalisée par le clinicien pour tout nouveau diagnostic de Sida. Ces deux notifications sont anonymisées à la source par le déclarant, elles comportent en guise d'identifiant un code d'anonymat, calculé au moyen d'un logiciel fourni par l'InVS.

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

La surveillance virologique est couplée à la notification obligatoire du VIH. Elle est réalisée par le Centre national de référence du VIH qui effectue des tests complémentaires à partir d'un échantillon sur buvard, déposé par le biologiste à partir du fond de tube ayant permis le diagnostic VIH. Elle ne concerne que l'adulte et l'adolescent, et elle est volontaire pour le patient comme pour le biologiste.

## DONNEES NATIONALES [2]

- Le nombre total de sérologies VIH, réalisées en 2014, est estimé, à partir des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,27 millions (IC 95 % : [5,20-5,33]), soit 80 sérologies pour 1000 habitants. Après avoir augmenté, ce nombre s'est stabilisé depuis 2011.
- Le nombre de sérologies positives estimé par le réseau LaboVIH était de 11 013 (IC 95 % : [10 435 -11592]) en 2014. Ce nombre est un peu inférieur à celui de 2013 (11 176).
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2014 est estimé à environ 6 600, stable par rapport à 2011. Depuis 2012, le nombre de découvertes de séropositivité est plus élevé en province qu'en Île-de-France.  
Environ 1220 diagnostics de Sida ont été réalisés en 2014 en France.

## 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 l'InVS à cette date. Les données brutes permettent de décrire les caractéristiques des cas.
- Ces données peuvent être corrigées pour tenir compte des délais de déclaration, de la sous-déclaration, et des valeurs manquantes sur les déclarations reçues. Pour connaître le nombre annuel de diagnostics, pour analyser les évolutions au cours du temps ou pour comparer les régions en rapportant les cas à la population, il est nécessaire d'utiliser des données corrigées.
- L'analyse porte sur les cas d'infection à VIH et de Sida résidant dans la région Nord Pas-de-Calais. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

<sup>1</sup> [INVS-DMI-VIC@invs.sante.fr](mailto:INVS-DMI-VIC@invs.sante.fr)

<sup>2</sup> Le nombre de sérologies positives recueilli par LaboVIH est différent du nombre de découvertes de séropositivité, car une personne ayant eu une sérologie positive dans un laboratoire donné, peut être à nouveau testée dans un autre laboratoire, comptant ainsi pour 2 sérologies positives.

<sup>3</sup> [Ars-npdc-signal@ars.sante.fr](mailto:Ars-npdc-signal@ars.sante.fr)

# 1. Infection à VIH

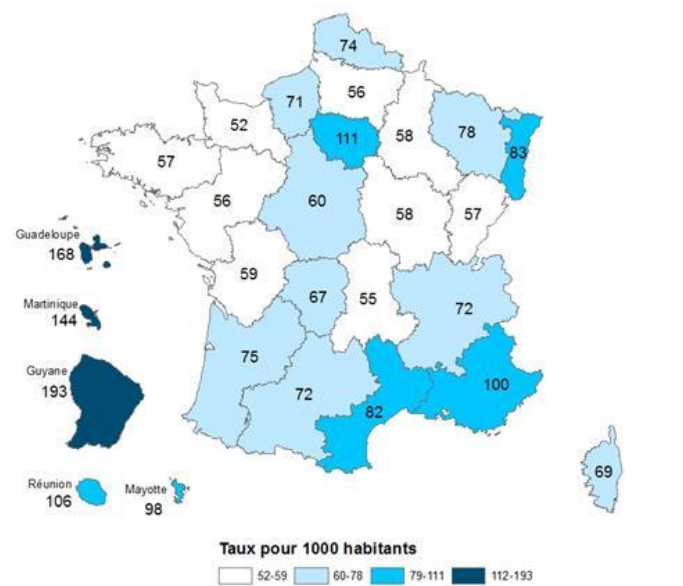
## 1.1 Activité de dépistage du VIH

En 2014, le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région était de 74 p. 1 000 habitants (IC95%: [68-79]) (figure 1). Il est stable depuis 2006 et légèrement inférieur à celui observé au niveau national (80 p. 1 000 habitants) (Figure 2). En métropole les taux les plus élevés concernent l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, respectivement de 111 et 100 pour 1000 habitants (figure 2)

La proportion de sérologies positives pour 1000 tests effectués, estimée à 0,8 en 2014, varie de 0,7 à 1,1 depuis 2003. Cette proportion demeure plus de 2 fois inférieure à celle retrouvée au niveau national (Figure 2).

**Figure 1**

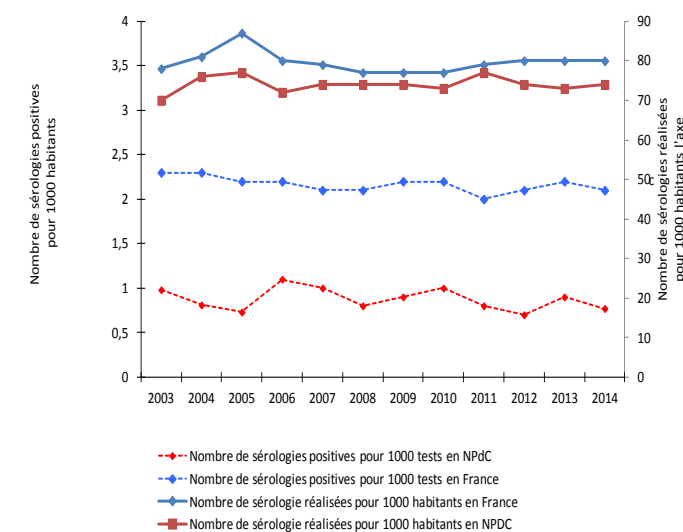
Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (LaboVIH), par région, 2014.



Source : InVS, données LaboVIH, 2014

**Figure 2**

Evolution du nombre de sérologies réalisées et du nombre de sérologies positives pour 1000 habitants en région Nord Pas-de-Calais et en France, 2006-2014.



Source : InVS, données LaboVIH, 2014

## 1.2 Notification Obligatoire de l'infection à VIH

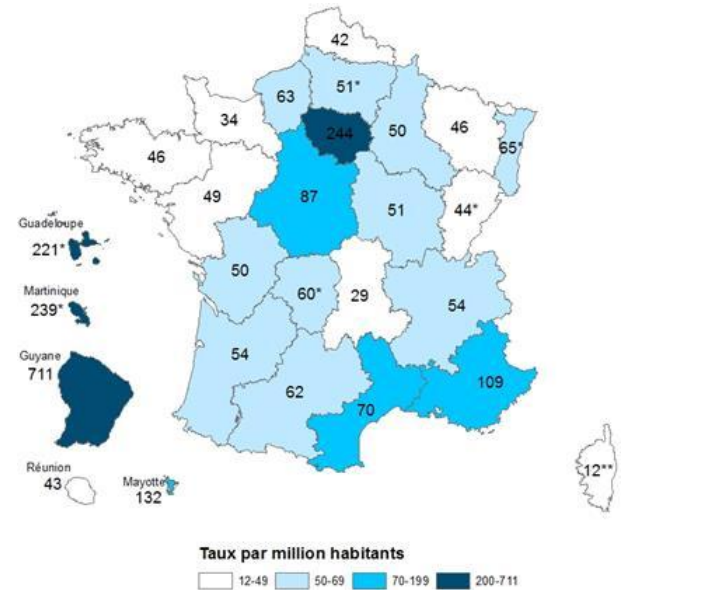
### • Découverte de Séropositivité

En 2014, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est de 42 p. 1 000 000 habitants (IC95%: [24-60]) (figure 3). Il est stable depuis 2003 et deux fois inférieur au taux national [100 p. 1 000 000 habitants (IC95%: [92-107]) (Figure 4)].

En France métropolitaine, en 2014, c'est en Ile-de-France où on observe le taux de découverte de séropositivité le plus élevé (244 p. 1 000 000 habitants) (Figure 4).

**Figure 3**

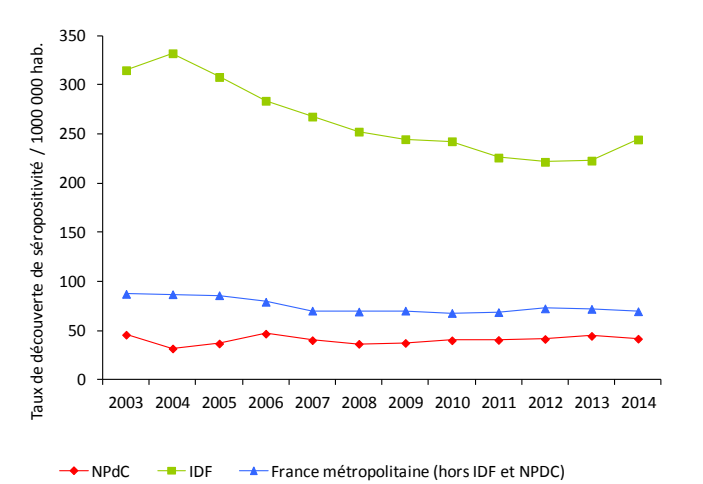
Nombre de découvertes de séropositivité par million d'habitants, 2014.



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

**Figure 4**

Evolution du taux annuel de découverte de séropositivité VIH en France métropolitaine, Ile-de-France et région Nord Pas-de-Calais de 2003 à 2014.



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

• **Caractéristiques cliniques et sociodémographiques**

**Age :** Dans la région, l'âge médian des cas est presque le même en 2014 (38 ans) que sur la période 2003-2013 (36 ans).

En 2014, la classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire et représentait 76 % des cas (72% en 2003-2013).

**Sexe :** La proportion de femmes en 2014 est similaire à celle de la période 2003-2013 (Tableau 1). Ces proportions sont comparables à celle observée au niveau national.

**Pays de naissance :** En 2014, la proportion de personnes découvrant leur séropositivité nées en France est stable (68% vs 71% sur la période 2003-2013). Ces proportions sont supérieures à celle du niveau national (53%).

**Tableau 1**  
**Caractéristiques sociodémographiques**

	Nord Pas-de-Calais 2003-2013 (n=1181)	2014* (n= 71)	France 2014*
<b>Age (année)</b>			
Med	36	38	38
< 25 (%)	16	10	10
25-49 (%)	72	76	69
> 50 (%)	13	16	21
<b>Sexe</b>			
Hommes(%)	72	76	69
Femmes(%)	25	24	31
<b>Pays de naissance</b>			
France(%)	71	68	53
Afrique sub-saharienne (%)	23	24	32
Autres(%)	6	8	15
<b>Mode de contamination</b>			
HSH(%)	55	63	44
hétérosexuels (%)	43	34	53
Injection de drogues(%)	2	3	1
<b>Coinfection hépatite C</b>			
oui(%)	5	3	5
non(%)	95	97	95
<b>Coinfection hépatite B</b>			
oui(%)	5	3	4
non(%)	95	97	96
<b>CD4 au diagnostic VIH</b>			
<200(%)	30	35,5	28
200-349(%)	18	19,4	20
350-499(%)	21	12,9	21
>=500 (%)	31	32,3	32
<b>Diagnostic</b>			
précoce*(%)	39	41	37
Diagnostic tardif **(%)	34	43	28

\* Données provisoires

\*Def diag précoce ; cd4>500/mm3 ou PIV au diagnostic

\*\*Def diag tardif ; cd4 < 200/mm3 ou Sida au diagnostic

**NB :** Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles seulement depuis 2008

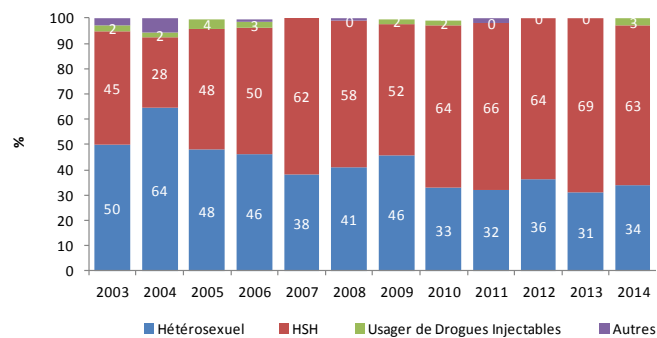
**Mode de contamination :** Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2014, 63 % ont été contaminées par des rapports homosexuels (55 % en 2003-2013), 34% par des rapports hétérosexuels (43 en 2003-2014) et 3% par usage de drogues injectables (2% en 2003-2013). Les rapports hétérosexuels représentaient le mode de contamination le plus fréquent entre 2003 et 2004, puis, à partir de 2006, les

rapports homosexuels sont devenus le mode de contamination le plus fréquent (Figure 5).

**Co-infection hépatite C et B :** La proportion de personnes co-infectées par le VHC représente plus de 3% en 2014 (5% en 2003-2013). Cette proportion est similaire pour les personnes co-infectées par le VHB (tableau 1).

**CD4 au diagnostic :** En 2014, plus d'un tiers des découvertes de séropositivité ont un taux de cd4 inférieur à 200/mm<sup>3</sup>.

**Figure 5**  
**Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les cas d'infection à VIH déclarés dans la région Nord Pas-de-Calais de 2003 à 2014**

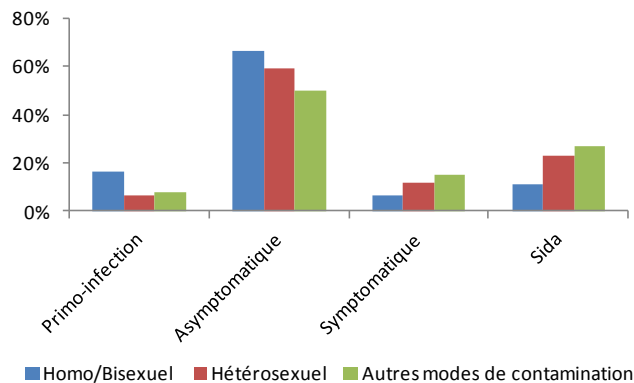


Source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014

**Stades cliniques au moment du dépistage :** Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2014, 12 % ont été diagnostiqués précocement au stade de la primo-infection, 63 % à un stade asymptomatique, 8 % à un stade symptomatique non sida, et 17 % au stade sida (fig.6). Les homosexuels ont été plus fréquemment diagnostiqués au stade de primo-infection que les hétérosexuels (16% vs 6%).

En 2014, 43% des diagnostics sont réalisés tardivement (cd4 < 200/mm<sup>3</sup> ou Sida au diagnostic) dans la région, proportion supérieure à celle du niveau national (28%). **Les données 2013 et 2014 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence** (fig.7)

**Figure 6**  
**Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité selon le mode de contamination, région Nord Pas-de-Calais, 2003 à 2014.**

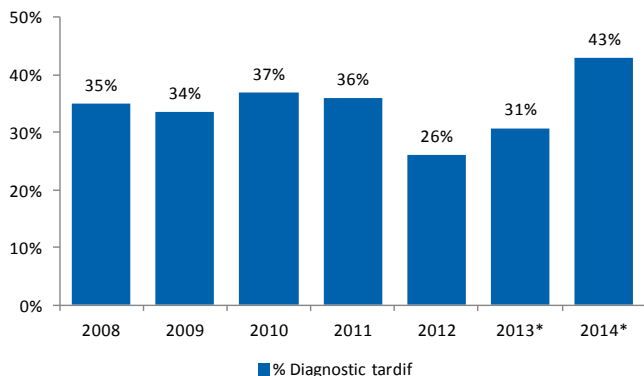


Source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014

**Figure 7**

**Pourcentage de diagnostics tardifs parmi les découvertes de séropositivité, région Nord Pas-de-Calais, 2008 à 2014.**

(Def diag tardif ; cd4 < 200/mm<sup>3</sup> ou Sida au diagnostic)



\*Données provisoires

Source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014

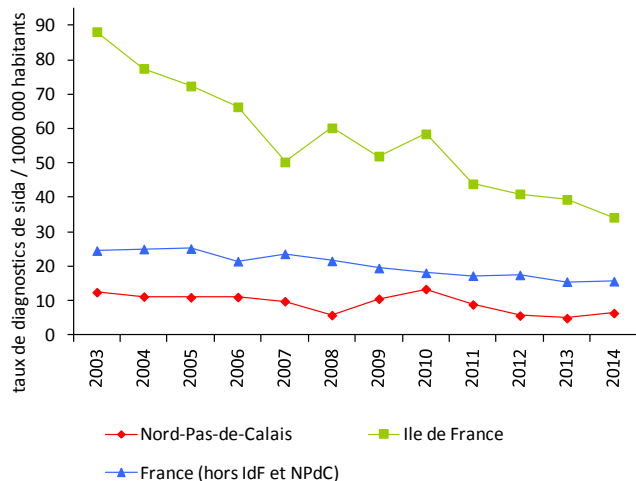
**1.3 Diagnostic de Sida**

En 2014, le nombre de cas de Sida dans la région est de 26 (IC95%: [16-36]). Il est en diminution depuis 2010.

Le taux de diagnostic de sida est estimé à 6 cas pour 1 000 000 d'habitants en 2014. Ce taux est près de trois fois inférieur à celui observé en France, qui atteint 15 cas pour 1 000 000 d'habitants et à celui de l'Île-de-France qui atteint 34 cas pour 1 000 000 d'habitants (près de 6 fois inférieur à celui de la région Nord Pas-de-Calais). (Figure 8).

**Figure 8**

**Evolution annuelle du taux de diagnostics de Sida en France métropolitaine, Ile-de-France et région Nord Pas-de-Calais de 2003 à 2014.**



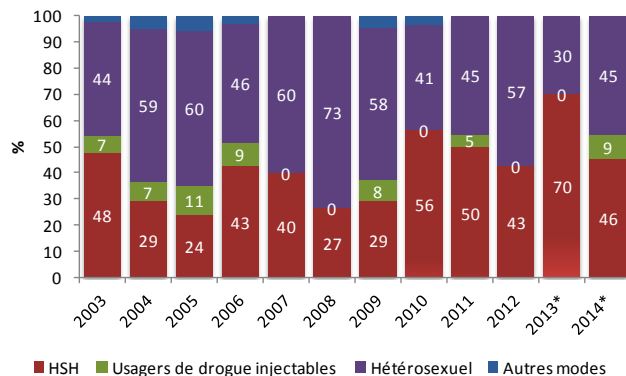
Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2014 corrigées pour les dé-lais et la sous déclaration

**Mode de contamination**

Parmi les personnes ayant un diagnostic de Sida en 2014, la part des contaminations par rapports homosexuels et hétérosexuels est égale (45% chacune). Les contaminations hétérosexuelles représentaient le principal mode de contamination sur la période 2003-2013 (52%) (fig. 9).

**Figure 9**

**Evolution du la part des cas de Sida pour les 3 modes de contamination (Hétéro, HSH, UDI), région Nord Pas-de-Calais, 2008 à 2014.**



Source : InVS, données DO Sida brutes au 31/12/2014 non corrigées

**PONTS FORTS - VIH – Nord-Pas-de-Calais**

- Depuis 2006, la proportion de sérologies positives pour 1 000 tests est stable et varie entre 0,7 et 1,1 dans la région Nord Pas-de-Calais. Elle est de 0,8/1000 en 2014. Cette proportion demeure plus de 2 fois inférieure à celle retrouvée au niveau national.
- Le taux de découverte de séropositivité pour le VIH en Nord Pas-de-Calais, est stable et 2 fois inférieur à celui du national (42 par million d'habitants contre 100 au niveau national hors Ile-de-France).
- Depuis 2006, les rapports homosexuels sont devenus le mode de contamination le plus fréquent (toujours supérieur à 60% depuis 2010), ce qui incite à cibler ce groupe de transmission lors des campagnes de prévention.
- L'ensemble de ces indicateurs est globalement comparable aux années précédentes

**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 rempli que pour la moitié des patients au niveau régional.

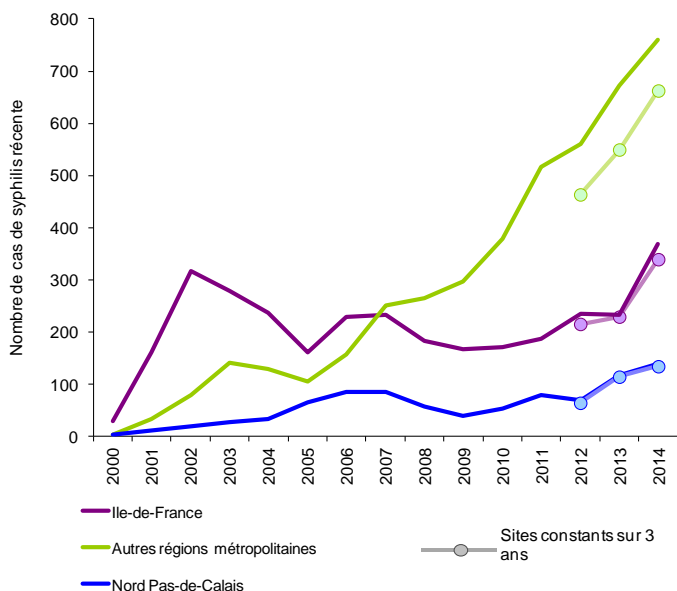
## 1. Syphilis récente

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

L'augmentation du nombre de cas déclarés en région Nord-Pas-de-Calais, observée en 2013 s'est poursuivie en 2014, où le nombre de cas a atteint 139 (+19% par rapport en 2013) (figure1), bien au delà des pics observés en 2006 et 2007 (86 cas). L'analyse à « centres déclarants constants » pour les années 2012 à 2014 confirme une augmentation du nombre de cas de syphilis dans la région Nord-Pas-de-Calais (NPDC) en 2014 et dans les autres régions françaises, hors Ile-de-France (figure 1).

**Figure 1**

Evolution du nombre de cas de syphilis récente dans la région Nord Pas-de-Calais et dans les autres régions, 2000-2014.



### 1.2 Caractéristiques des recours au dépistage, 2009-2014

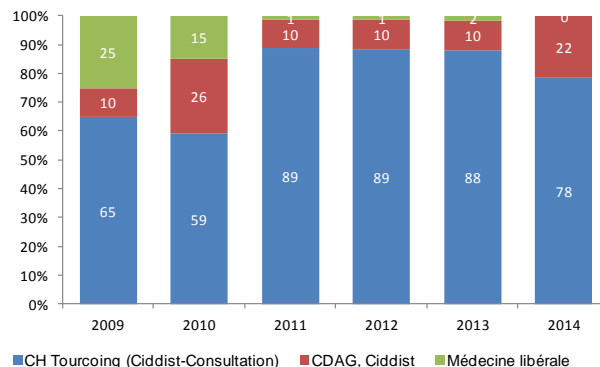
**Lieux de consultation :** Sur la période 2009-2014, 78% des cas déclarés dans la région ont été vus dans le centre hospitalier de Tourcoing (consultation et Ciddist) ; 15% en structures spécialisées (CDAG, Ciddist) et 7% par des médecins libéraux. En 2014, une augmentation de la part des cas déclarés dans les CDAG, Ciddist a été observée (figure 2).

**Motifs de recours au dépistage :** Sur l'ensemble de la période 2009-2014, 60% des cas ont consulté pour des signes

cliniques d'IST, 10% dans le cadre d'un dépistage systématique, 20% dans le cadre du suivi d'une infection VIH, 6% pour un partenaire ayant une IST et 4% pour d'autres signes cliniques. En 2014, l'existence de signes cliniques d'IST motive 69% des consultations (51% au niveau national) et le suivi des personnes infectées par le VIH concerne 6% des cas (9% au niveau national) (figure 3 et tableau 1).

**Figure 2**

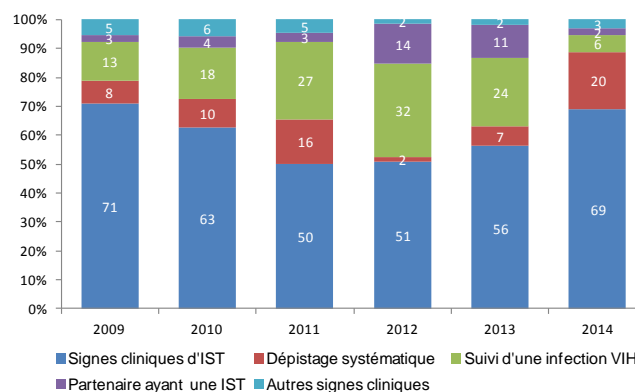
Evolution des lieux de consultation des cas de syphilis récente, réseau RésIST, région Nord Pas-de-Calais, 2009-2014.



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

**Figure 3**

Evolution des motifs de recours au dépistage des cas de syphilis récente, réseau RésIST, région Nord Pas-de-Calais, 2009-2014.



### 1.3 Caractéristiques des Cas, 2009-2014

**Sexe :** En 2014, la proportion de femmes parmi les cas de syphilis est de 5%. Elle est de 3% sur la période 2009-2013 (Tableau 1). Ces proportions sont comparables à ce qui est observé au niveau national.

**Stade :** En 2014, la répartition des stades est : syphilis primaire 22%, syphilis secondaire 51% et syphilis précoce 27% (tableau1). Ces proportions sont relativement stables par rapport à la période 2009-2014 (figure 4) et sont sensiblement différentes de celles observées au niveau national où la part des syphilis secondaire est plus faible (36% vs 51% dans le Nord Pas-de-Calais) et celle de la syphilis latente précoce plus élevée (tableau1).

**Orientation sexuelle :** La proportion d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) est relativement stable depuis 2009 (figure 5).

En 2014, l'orientation sexuelle des cas était comme suit : hommes homo-bisexuels 90% ; hommes hétérosexuels 5% et femmes hétérosexuelles 5% (tableau 1). La proportion de HSH est plus élevée dans la région par rapport à celle du niveau national (83%).

### 1.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Tableau 1

Caractéristiques des cas de syphilis récente, Résist, région Nord Pas-de-Calais, 2009-2014.

	Nord Pas-de-Calais		France
	2009-2013 (n= 362)	2014 (n= 139)	2014 (n= 1274)
<b>Sexe</b>			
Hommes (%)	97	95	95
Femmes (%)	3	5	5
<b>Motif de consultation initiale</b>			
Suivi infection VIH (%)	24	6	9
Dépistage systématique (%)	7	19	18
Signes d'IST (%)	57	69	51
Partenaires avec une IST (%)	8	2	2
Autres signes cliniques (%)	3	3	5
<b>Stade de la syphilis</b>			
Primaire (%)	10	22	26
Secondaire	54	51	36
Latence précoce (%)	36	27	38
<b>Orientation sexuelle</b>			
HSH (%)	92	90	83
Hommes hétérosexuels (%)	7	5	11
Femmes hétérosexuelles (%)	1	5	5
<b>Statut sérologique VIH**</b>			
Positif connu (%)	61	54	31
Découverte de sérologie VIH (%)	0,3	2,2	3
<b>Age médian (année)</b>			
Hommes homo-bisexuels	37	34	36
Hommes hétérosexuels	41	33	37
Femmes	24	24	29

#### • Co-infections syphilis récentes et VIH

La proportion de co-infections syphilis récente et VIH est variable selon les années : sur la période 2009-2014, le taux varie ainsi entre 48% en 2009 et 66% en 2012 (54% en 2014) (figure 6).

La prévalence du VIH chez les personnes ayant une syphilis récente a diminué passant de 61% en 2009-2013 à 54% en 2014 (tableau 1). Cette proportion est plus élevée que sur l'ensemble de la France où l'on observe 31% de sérologies VIH positives connues parmi les cas de syphilis récente. Cette différence pourrait s'expliquer, au moins en partie, par un signallement majoritaire des cas par le centre hospitalier de

Tourcoing (centre régional de référence pour le VIH) et notamment des cas issus de la consultation de suivi des patients infectés par le VIH.

**Age :** Sur la période 2009-2014, les femmes sont plus jeunes que les hommes : âge médian respectivement de 24 ans et 36 ans. Dans la région, l'âge médian des cas de syphilis en 2014 est légèrement inférieur (34 ans) que sur la période 2009-2013 (37 ans). En 2014, les classes d'âge, 20-29 ans, 30-39 ans et 40-49 ans étaient plus représentées respectivement, 31%, 32% et 24% (tableau 1 et figure 7)

Figure 4

Evolution des cas de syphilis récente selon le stade, réseau Résist, région Nord Pas-de-Calais, 2009-2014.

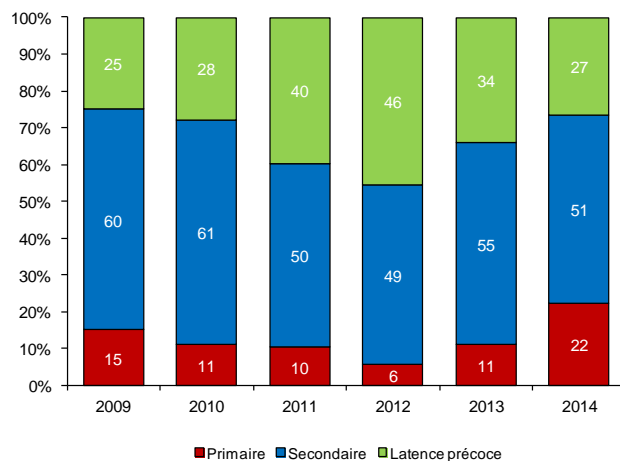
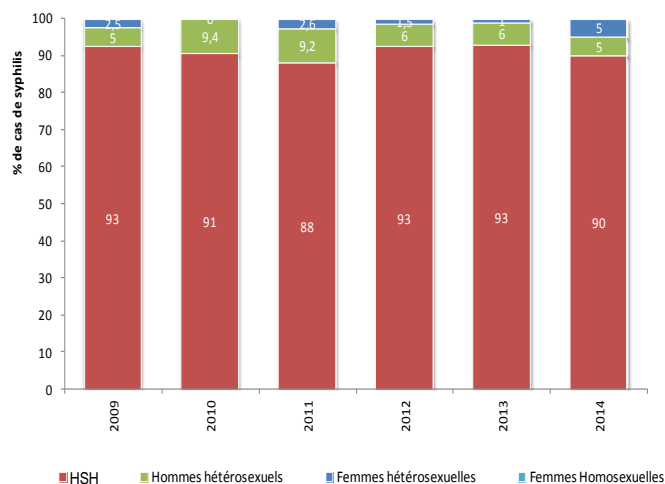


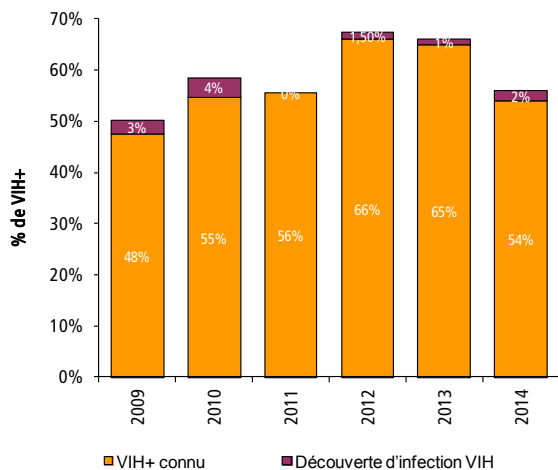
Figure 5

Evolution des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau Résist, région Nord Pas-de-Calais, 2009-2014.



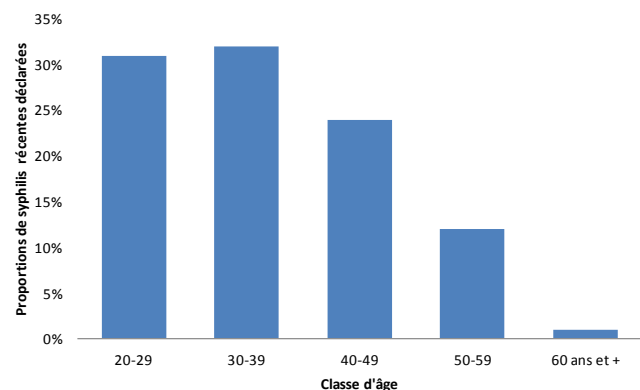
**Figure 6 |**

**Evolution de la co-infection à VIH en cas de syphilis récente, réseau RésIST, région Nord Pas-de-Calais, 2009-2014.**



**Figure 7 |**

**Distribution des cas de syphilis récente selon l'âge, réseau RésIST, région Nord Pas-de-Calais, année 2014**



### 1.3.2 Caractéristiques comportementales (Auto-questionnaire)

**Pratiques sexuelles :** Dans la région, les comportements sexuels sont globalement stables en 2014 et sur la période 2009-2013 (Tableau 2). En 2014 le préservatif est utilisé de manière systématique lors des pénétrations anales et vaginales respectivement par 31% (22% en 2009-2013) et 29% (25% en 2009-2013) des cas (tableau 2). On constate une très

faible utilisation systématique du préservatif pour les pratiques oro-génitales (5% d'utilisation systématique). Les mêmes tendances sont observées au niveau national.

**Tableau 2 |**

**Caractéristiques des cas de syphilis récente (\*) selon la période de diagnostic, région Nord Pas-de-Calais, 2009-2014.**

	Nord Pas-de-Calais		France
	2009-2013 (n=163)	2014 (n=71)	2014
<b>Nombre médian de partenaires</b>			
HSH	5	3	6
hommes hétéro	2	1	2
femmes hétéro	2	2	1
<b>Utilisation systématique de préservatif</b>			
pénétration anale (%)	22	31	34
pénétration vaginale(%)	25	29	28
Fellation(%)	6	5	2

\* Les informations sur les comportements sont disponibles pour la région et le niveau national, respectivement la moitié et les deux tiers des cas

**Nota :** Les données de surveillance de la syphilis (non encore validées) montrent que le nombre de cas continue d'augmenter dans la région en 2015 (n= 150 cas).

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

Disponibles sur le site de L'InVS :  
<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Comment-surveiller-les-IST>



## 1. Rappel

La surveillance des IST a pour objectif de décrire l'évolution annuelle des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et de décrire les caractéristiques cliniques, épidémiologiques et comportementales. Cette surveillance est mise en place depuis 2001, suite à la réémergence de la syphilis en 2000 puis de la LGV en 2003.

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

A/ un réseau de cliniciens volontaire dénommé « **Résist** » (réseau de surveillance des IST qui signale les cas de :

- syphilis précoce de moins d'un an (primaire avec chancre, secondaire avec éruption, adénopathies, et autres signes, et latente précoce sans signes cliniques)
- gonococcie : sur la mise en évidence de *Neisseria gonorrhoeae* par culture sur « gélose chocolat » à partir de tout prélèvement OU par technique de PCR.

B/ deux réseaux de laboratoires de microbiologie volontaires, **Rénago** pour les gonococcies (nombre d'isolements, résistance aux antibiotiques) et **Réachla** pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (nombre de tests et de diagnostics positifs)

## 2. Résist

Après consentement du patient, les informations anonymes sont consignées sur deux questionnaires : un questionnaire clinique rempli par le praticien et un auto-questionnaire centré sur les comportements sexuels des 12 derniers mois. Les questionnaires ainsi remplis puis mis sous enveloppe, sont envoyés aux Cire qui les valident et les transmettent au département des maladies infectieuses de l'InVS. Ce dernier qui est destinataire de tous les signalements d'IST au niveau national est chargé de la validation finale, de la saisie et du contrôle des données (encadré 1). Les résultats présentés dans ce bulletin sont issus des données Resist de la région Nord Pas-de-Calais

## 3. Rénago

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

- pour les prélèvements positifs à *Neisseria gonorrhoeae*, une fiche épidémiologique indiquant le sexe, l'âge, le site de prélèvement, la présence de signes cliniques, le type de prescripteur ;
- une fiche semestrielle comportant des données agrégées concernant le nombre de prélèvements et le nombre de gonocoques diagnostiqués. Comme le nombre de laboratoires varie chaque année, l'indicateur retenu pour suivre les tendances épidémiologiques est le nombre moyen de gonocoques diagnostiqués par an par laboratoire actif (Ng/lab/an). Un laboratoire est considéré comme "actif" s'il a envoyé les données d'au moins un semestre.

Pour les centres participant à la surveillance microbiologique, les souches isolées sont envoyées à l'Institut Alfred Fournier (centre national de référence des gonocoques) où leur sensibilité à 6 antibiotiques (azithromycine, tétracycline, ciprofloxacine, ceftriaxone, céfixime et spectinomycine) est testée.

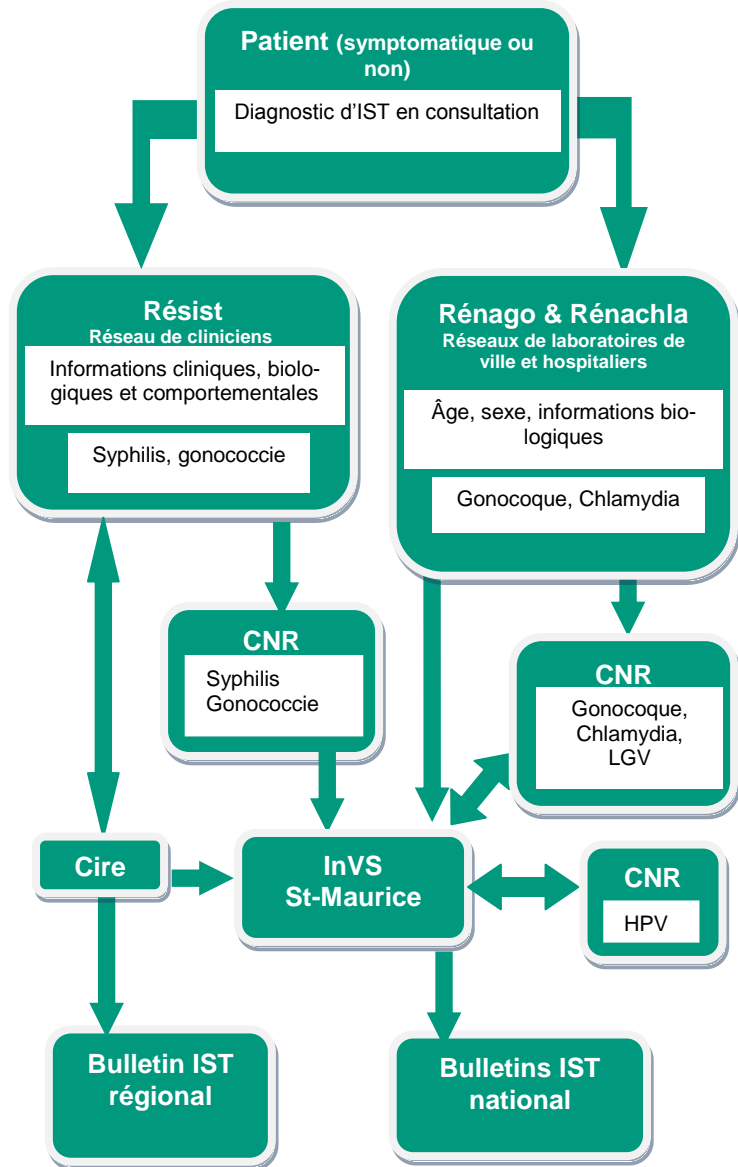
## 4. Réachla

Les laboratoires volontaires qui participent au réseau, communiquent chaque mois à l'InVS le nombre de recherches de *Chlamydia trachomatis* (essentiellement par PCR). L'analyse des tendances repose sur l'évolution de l'activité des labora

toires (nombre de recherches, nombre d'identifications de *C. trachomatis*) et du pourcentage de positivité (nombre de cas identifiés / nombre de recherches de *C. trachomatis*).

## Organisation de la surveillance des IST dans en France

### | Encadré 1 |



Les chiffres présentés dans le tableau ci-dessous proviennent des rapports annuels d'activité et de performance (RAP) des Centres d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) de la région. Ils ont été transmis par l'ARS (logiciel SOLEN).

Les 13 CIDDIST (1 dans le Pas-de-Calais et 12 dans le Nord) concernés par cette analyse d'activité sont :

- Dans le département 62 (Pas-de-Calais), le centre hospitalier de (CH) de Lens,
- Dans le département 59, les Services Prévention Santé (SPS) de Lille, Roubaix-Tourcoing, Villeneuve d'Ascq, Haubourdin, Douai, Dunkerque, Hazebrouck, Cambrai, Maubeuge, et Valenciennes-Denain.

L'augmentation du **nombre de tests réalisés** par les CIDDIST observée en 2013, s'est poursuivie en 2014 (passant de 2958 à 3545 tests).

De même que le nombre de tests réalisés, le nombre de syphilis récente a augmenté en 2014, après une hausse en 2013 (Tableau 3).

| Tableau 3 |

**Nombre de tests de syphilis réalisés et de diagnostics de syphilis récentes dans les CIDDIST de 2012 à 2014**

	Nombre de tests syphilis réalisés <sup>1</sup>			Syphilis récentes <sup>2</sup>		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Département 62	108	232	230	0	5	11
Département 59	2403	2726	3315	32	34	43
<b>Total</b>	<b>2511</b>	<b>2958</b>	<b>3545</b>	<b>32</b>	<b>39</b>	<b>54</b>

<sup>1</sup> Nombre de VDRL-TPHA réalisés

<sup>2</sup> Syphilis primaires, secondaires et latentes précoces

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

- En 2014, le **nombre de cas est en augmentation par rapport à l'année 2013** (139 cas soit +19% par rapport à 2013). Cette augmentation est comparable aux autres régions métropolitaines (en moyenne +20% par rapport à 2013) à l'exception de l'Île-de-France (+39,1% par rapport à 2013)
- Parmi les centres déclarants des cas de syphilis dans la région, le centre hospitalier de Tourcoing (Centre de référence régional pour le VIH) représente 78% des signalements en 2014(90% en 2013).
- **Les co-infections syphilis récente et VIH :**
  - Cette proportion reste plus élevée dans la région que sur l'ensemble de la France (31%).
  - **Elles sont en diminution** : 54% des cas rapportés en 2014 contre 61% sur la période 2009-2013 et concernent plus fortement les HSH. Cette différence pourrait s'expliquer par une diminution de la part des cas issus des consultations hospitalières de suivi des patients infectés par le VIH (CH de Tourcoing) pour lesquels une recherche de syphilis est systématique, suite à une augmentation de la part des cas issus des CDAG-CIDDIST comme celui de Lens.
- **Motif de recours au dépistage :**
  - En 2014, l'**existence de signes cliniques d'IST motive 69% des consultations** (contre 51% au niveau national) et le suivi des personnes infectées par le VIH concerne 6% des cas (9% au niveau national).
  - La proportion de personnes ayant consulté pour des signes cliniques d'IST en 2014 (69%) est en augmentation dans la région par rapport à 2013 (57%).
- Depuis 2008, environ **9 cas de syphilis sur 10 sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)**. La proportion de femme reste faible (5%) mais est en augmentation par rapport aux cinq dernières années (7 cas en 2014 versus 0 à 2 chaque année de 2009 à 2013).
- **L'utilisation systématique du préservatif reste stable pour les pratiques orogénitales (5% en 2014 versus 6% en 2009-2013)**. Par rapport à 2014, on note une faible augmentation de l'utilisation systématique du préservatif pour les pénétrations anales chez les HSH (29% en 2013 versus 31% en 2014).
- Excepté la part de co-infection syphilis récente et VIH, plus importantes chez les patients signalés dans la région et une augmentation des consultations initiales pour signes cliniques d'IST, **les caractéristiques des cas rapportés en 2014 sont globalement similaires à celles des cas rapportés en France.**

**Contexte :**

L'épidémie VIH reste encore très active en Europe, comme le montre l'augmentation de 19% du nombre de nouveaux diagnostics VIH entre 2004 et 2012 dans la population HSH<sup>1</sup>. En France, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2014, 63 % ont été contaminées par des rapports homosexuels (ce mode de contamination est toujours supérieur à 60% depuis 2010, parmi les cas déclarés) (fig. 5). Les HSH sont le seul groupe de transmission où le nombre de nouveaux diagnostics VIH a augmenté entre 2003 et 2011<sup>2</sup>.

Aussi, afin d'améliorer les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge, L'ENIPSE et l'InVS renouvellent dans 5 grandes villes françaises (Nice, Montpellier, Lyon, Lille et Paris) une étude chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) déjà réalisée en 2009 à Paris

**Objectifs :**

- Estimer, parmi les HSH, la séroprévalence et l'incidence de l'infection à VIH, la proportion d'infections non diagnostiquées, ainsi que la séroprévalence des hépatites B et C.
- Décrire les comportements sexuels à risque en fonction du statut sérologique VIH

L'actualisation de ces données permettra non seulement l'évaluation de l'impact sanitaire lié à ces pathologies, mais également la recherche de facteurs associés à l'infection par le VIH via le recoupement de données socio-comportementales et biologiques. La comparaison de la prévalence biologique avec la prévalence déclarée sera particulièrement intéressante pour évaluer l'impact des recommandations d'incitation au dépistage dans la population HSH sexuellement active et d'apprécier l'effort à fournir en matière de dépistage pour améliorer le pronostic de ces personnes et diminuer le risque de transmission secondaire.

De plus, cette enquête permet l'exploration de nouvelles problématiques et la production d'indicateurs non disponibles à ce jour; comme l'estimation de la proportion d'hommes séropositifs sous traitement antirétroviral ou la part des hommes séro-négatifs bénéficiant d'un traitement antirétroviral pré-exposition et post-exposition.

**Méthodes :**

L'enquête est anonyme et réalisée dans les établissements de convivialité gay (bars, saunas, bars avec backrooms ou clubs). Elle couple un volet biologique constitué de 8 gouttes de sang sur des papiers buvard et un volet comportemental composé d'un questionnaire auto-administré. La population cible de l'enquête est composée d'hommes francophones de 18 ans ou plus ayant eu des rapports sexuels avec des hommes au cours des douze derniers mois, et fréquentant les établissements de convivialité gay. L'enquête s'est déroulée à Lille du 22 octobre au 15 novembre 2015 avec l'appui d'intervenants homosexuels spécialement formés, ayant une très bonne connaissance des lieux de convivialité gay, et d'intervenants en prévention.

Déroulement de l'enquête :

- les intervenants proposaient aux HSH :
  - de participer à l'étude sur la base du volontariat
  - de lire la lettre d'information
  - de signer la lettre de consentement de participation
  - de réaliser l'auto-prélèvement capillaire au bout du doigt
  - de remplir l'auto-questionnaire comportemental
  - de réaliser un test de dépistage VIH grâce à une carte coupe file comportant un numéro anonymisé permettant au participant de se rendre dans un CDAG parisien partenaire en réduisant le temps d'attente

**Bilan du terrain Lille 2015 (du 22 octobre au 15 novembre 2015):**

En 4 semaines, et au cours de 45 interventions, l'équipe a inclus 486 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et répondant aux critères d'inclusions, dépassant l'objectif de 357 inclusions initialement fixé par le protocole de l'étude et permettant d'obtenir une précision plus fine que celle fixée au préalable. Les interventions ont eu lieu dans 7 établissements de convivialité gay de Lille, leur amplitude était de 3 heures, elles se déroulaient soit l'après-midi, soit à l'heure de l'apéritif soit en soirée jusqu'à 2h du matin. Une grande majorité des HSH abordés a accepté de participer à l'étude, les taux d'acceptation étaient très importants pour ce type d'enquête : en moyenne 80% (entre 43 et 50% dans les autres villes de province). L'échantillon de HSH inclus dans PREVAGAY représente ainsi au moins 42 % de la population cible présente durant la période de l'enquête. En prenant en compte cette proportion dans l'estimation de la précision de l'indicateur principal de l'étude (la prévalence du VIH), on obtient une précision actualisée de 2,3 % et une prévalence VIH attendue de 13,1%.



<sup>1</sup>Janiec J, Haar K, Spiteri G, Likatavicius G, Van de Laar M, Amato-Gauci A. Surveillance of human immunodeficiency virus suggests that younger men who have sex with men are at higher risk of infection, European Union, 2003 to 2012. *Euro Surveill* 2013;18(48)

<sup>2</sup>Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommel C, et al. Découvertes de séropositivité VIH et SIDA - France, 2003-2011. *Bull Epidemiol Hebd* 2013;28-29:333-40.

La dématérialisation de la déclaration obligatoire (DO) sera bientôt déployée sous la forme d'une application en ligne nommée e-DO.

Ce nouvel outil va progressivement remplacer l'ancien dispositif de déclaration des Maladies à Déclaration Obligatoire (MDO) et a pour objectifs de :

- **Simplifier le processus** de notification et les échanges entre les différents acteurs de la DO.
- **Renforcer l'adhésion** des professionnels de santé.
- **Réduire les délais** de transmission des déclarations.
- **Améliorer la traçabilité** et **renforcer la sécurité** des échanges d'information.

L'application e-DO sera dans un premier temps dédiée à la déclaration de **l'infection par le VIH et du Sida**, les autres MDO seront progressivement intégrées à cette application.

Le déploiement de cette application est prévu en deux temps : elle commencera par une phase pilote en **janvier 2016** en **Ile-de-France** (sur le territoire couvert par le COREVIH Ile-de-France Sud) et en **Guyane**, puis en **avril 2016** dans **les autres régions**.

### Les principes de fonctionnement

La déclaration sera faite sous la responsabilité de professionnels de santé déclarants (médecins, pharmaciens, biologistes), qui auront la possibilité d'autoriser des non professionnels de

santé (Techniciens d'études cliniques, interne, etc.) à saisir et envoyer des DO.

L'authentification de l'ensemble des déclarants sera basée sur l'utilisation des cartes de la famille CPS (Carte de Professionnel de Santé), dispositif garant d'une connexion sécurisée à l'application.

Le circuit de déclaration de la DO du VIH/sida sera modifié par rapport au circuit papier actuel. Les biologistes n'auront plus à transmettre de feuillets de notification au clinicien, mais chaque déclarant (clinicien et biologiste) devra faire sa propre déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO.

Cette application permettra une saisie interactive, des échanges en ligne avec les autorités sanitaires (ARS, InVS) et la consultation d'un historique des déclarations envoyées les 12 derniers mois. Elle proposera également des tableaux de bord automatisés.

Une campagne de communication nationale accompagnera prochainement la sortie de l'application.

### Pour plus d'informations sur e-DO

<http://www.invs.sante.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/e-DO-Declaration-obligatoire-en-ligne-de-l-infection-par-le-vih-et-du-sida>

### Pour plus d'informations

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

### | Remerciements |

Nous remercions :

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

### | Acronymes |

**ARS** : Agence régionale de santé

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

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

**Corevih** : Coordination régionale de lutte contre l'infection à VIH

**HSH** : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

**IST** : Infection sexuellement transmissible

**LGV** : lymphogranulomatose vénérienne

**RésIST** : réseau de surveillance des IST

**SIDA** : syndrome de l'immunodéficience acquise

**VIH** : virus de l'immunodéficience humaine