

Bulletin de veille sanitaire — N° 19 / décembre 2015

Infections sexuellement transmissibles en Ile-de-France

Page 1

Editorial

Page 3

Surveillance des infections à VIH et Sida en Ile-de-France. Données actualisées au 31/12/2014

Page 9

Surveillance des infections sexuellement transmissibles en Ile de France de 2000 à 2014 (Syphilis récente, Gonococcie, infection à Chlamydia)

EDITORIAL

Stéphanie VANDENTORREN, responsable de la Cellule de l'InVS en régions Ile-de-France et Champagne-Ardenne (Cire IdF-CA)

Ce bulletin est le 1^{er} numéro sur la surveillance épidémiologique des infections par le VIH, du SIDA, et des infections sexuellement transmissibles (syphilis récente, gonococcies, chlamydiae) en Ile-de-France. Il présente les données épidémiologiques régionales actualisées en 2014.

Notre région, et Paris en particulier, reste particulièrement touchée par les infections à VIH qui demeurent deux fois plus élevées en Ile-de-France qu'au niveau national.

Sur la période 2003-2013, l'infection à VIH a été le plus souvent diagnostiquée à un stade symptomatique voire Sida chez la majorité des hétérosexuels. La dynamique de cette infection est particulièrement prégnante chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), où la proportion de nouveaux cas d'infection à VIH a doublé durant cette dernière décennie.

Concernant les IST, la syphilis récente est, elle aussi en augmentation dans ce même groupe de population (HSH) et on constate également un manque de recours systématique au préservatif. Les co-infections syphilis récente et VIH représentent près d'un tiers des cas rapportés en 2014.

L'ensemble de ces éléments relatifs à la dynamique de ces infections plaident en faveur du maintien des campagnes de prévention ciblées sur ces populations identifiées comme à risque de diffusion, tout en maintenant le dépistage et la prévention auprès des publics plus larges.

Les perspectives en 2016 sur la région sont marquées par deux temps forts : la dématérialisation de la déclaration obligatoire du VIH par e-DO et le projet de renforcement de la surveillance des IST sur Paris et de son extension dans les autres départements de notre région.

La dématérialisation de la déclaration obligatoire devrait permettre un dispositif plus efficient et plus réactif, qui sera opérationnel en Ile-de-France à partir de janvier 2016. Ce dispositif a pour vocation de simplifier le circuit de la déclaration, de renforcer l'adhésion des professionnels de santé, de réduire les délais de transmission des déclarations, réduire la charge manuelle de traitement des fiches papier et de permettre une traçabilité des données. Ce nouveau circuit de la déclaration obligatoire du VIH/sida, par rapport au circuit papier actuel permettra au déclarant (clinicien et biologiste) de faire sa propre déclaration de manière indépendante dans l'application e-DO. Cette application permettra une saisie interactive, des échanges en ligne avec les agences sanitaires (ARS, InVS), la consultation d'un historique des déclarations envoyées les 12 derniers mois et elle proposera aussi des tableaux de bord automatisés¹.

Actuellement, le réseau de surveillance des IST « RésIST » en Ile-de-France repose en grande partie sur les remontées des signalements en provenance des Centre d'Information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) et Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) se situant à Paris. La couverture régionale de ce réseau est donc insuffisante. La fusion de ces principales structures sur le territoire francilien à l'horizon 2016 en Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) doit être l'occasion de coordonner les remontées d'informations pouvant être utilisées à des fins de surveillance sanitaire des IST sur l'ensemble de la région Ile-de-France. Des échanges autour des besoins et des attentes de chacune des institutions (ARS et InVS) et des cliniciens déclarants de RésIST est en cours actuellement afin d'optimiser les initiatives et actions des uns et des autres auprès de ces futurs CeGIDD et ainsi éviter des doublons et une charge de travail supplémentaire.

| Surveillance des infections à VIH et Sida en Ile de France. Données actualisées au 31/12/2014 |

Yassoung SILUE¹

¹ Cellule de l'Institut de veille sanitaire en régions Ile-de-France et Champagne-Ardenne

Cet article présente les données de dépistage et de diagnostic de l'infection à VIH et du Sida, en Ile de France à partir de trois systèmes de surveillance 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.

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. 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.

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 de gouttes de sang sur buvard, déposées 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 repose sur le volontariat du patient et du biologiste.

Méthode

- 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 en Ile-de-France. Dans les données corrigées, la région de déclaration est utilisée par défaut lorsque la région de domicile n'est pas renseignée.

Résumé

⇒ Au niveau national (2014) :

- Le nombre total de sérologies VIH, réalisé en 2014, est estimé, à partir des laboratoires participant au réseau LaboVIH, à 5,26 millions (IC95%: [5,19-5,33]), soit 80 sérologies VIH pour 1 000 habitants. Après avoir augmenté en 2011, ce nombre s'est stabilisé ces 4 dernières années.
- Le nombre de sérologies VIH confirmées positives en 2014 est estimé à 11 013 (IC95%: [10 435 - 11 592]), soit 167 sérologies positives par million d'habitants. Ce nombre, a augmenté entre 2011 et 2013 (+7%, p=0,008). En revanche il n'y a pas d'augmentation significative entre 2012 et 2013, une légère baisse est observée en 2014.
- Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en France en 2014 est estimée à environ 6 600.
- Environ 1 200 diagnostics de Sida ont été comptabilisés en 2014 au niveau national.

⇒ En Ile-de-France (2014)

- Le nombre de sérologies VIH réalisés en 2014 est de 1,33 millions (IC95% : [1,29-1,37]), soit 111 sérologies pour 1000 habitants.
- Le nombre de sérologies confirmées positives est de 5 336 [4 845-5826].
- Le nombre de découvertes de séropositivité est de 2 935 [2657-3 212], soit 244 par million d'habitants.
- En 2014, 411 diagnostics de Sida ont été comptabilisés.

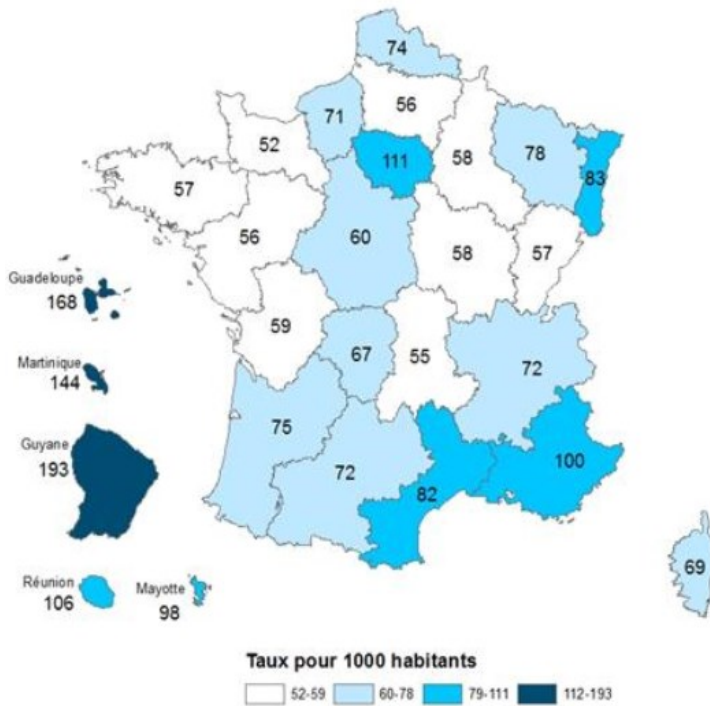
Infection à VIH

1. Activité de dépistage du VIH

En 2014, le nombre de sérologies VIH effectuées dans la région était de 111 pour 1 000 habitants (IC95%: [108-114]) (figure 1). Il est stable depuis 2012 et supérieur à celui observé au niveau métropolitain hors Ile-de-France (70 pour 1 000 habitants) (Figure 2). L'activité de dépistage du VIH est très élevée à Paris, comparée aux autres départements d'Ile-de-France avec 219 pour 1000 habitants. Elle est constante depuis 2012 sur tous les départements de la région (Figure 3).

| Figure 1 |

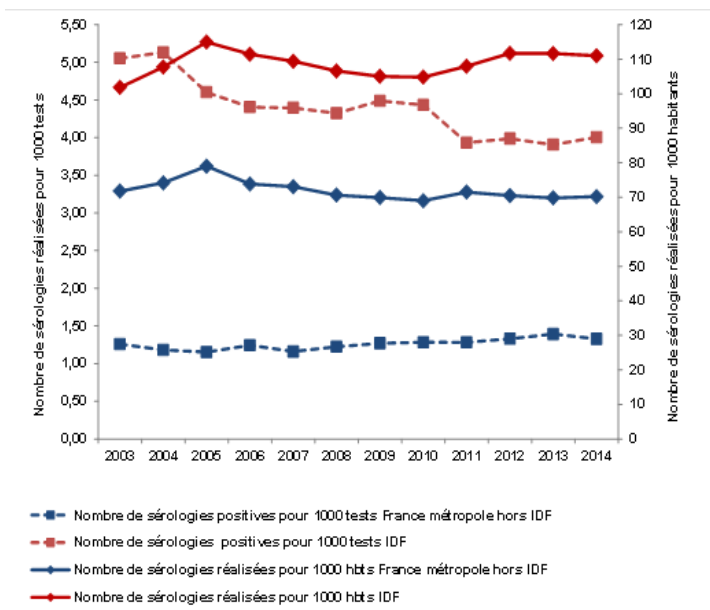
Nombre de sérologies VIH effectuées pour 1 000 habitants (LaboVIH), par région, 2014.



Source : InVS, données LaboVIH, 2014

| Figure 2 |

Evolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants et du nombre de sérologies positives pour 1000 tests en Ile-de-France et en métropole (hors Ile-de-France, LaboVIH, 2003-2014).

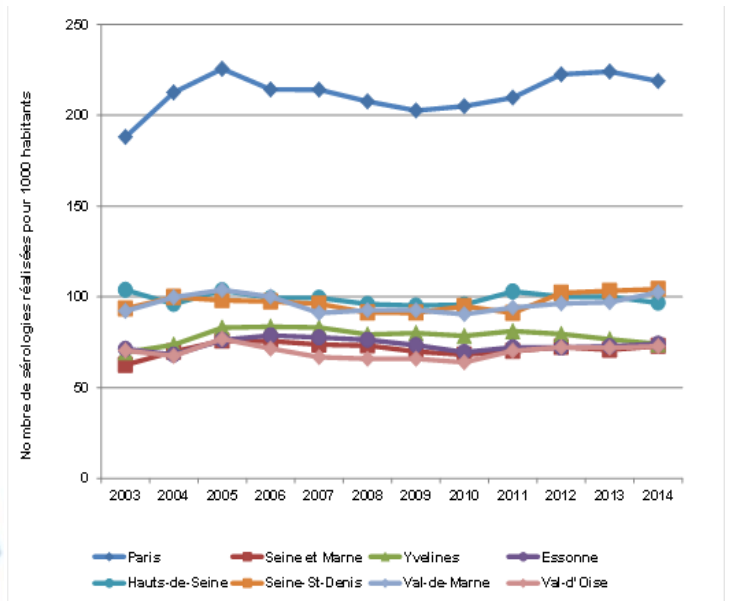


Source : InVS, données LaboVIH, 2014

| Figure 3 |

Evolution du nombre de sérologies réalisées pour 1000 habitants par département en Ile-de-France 2003-2014.

Source : InVS, données LaboVIH, 2014



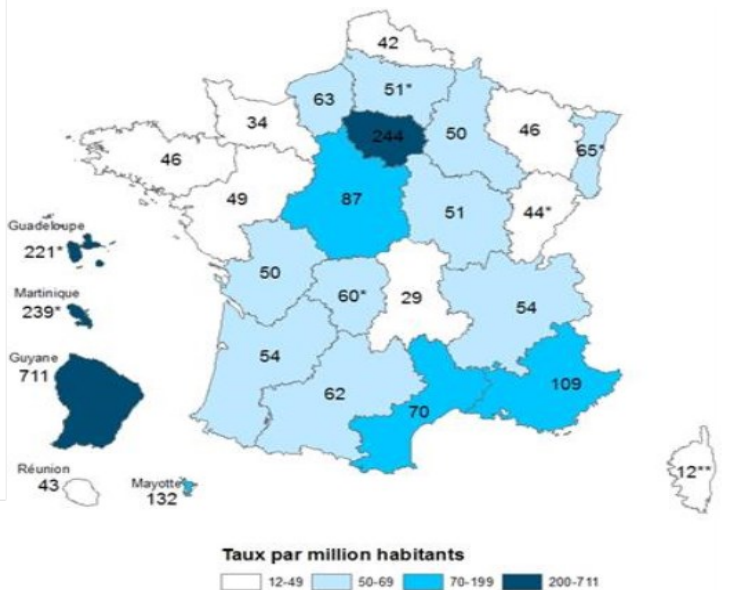
2. Notification Obligatoire de l'infection à VIH

• Découvertes de Séropositivité en région

En 2014, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est de 244 par million d'habitants (IC95%: [221-268]) (figure 4). Il est en baisse depuis 2004 et largement supérieur au taux national (58 par million d'habitants (IC95%: [53-64]) (Figure 5). Une augmentation non significative est observée en, 2014

| Figure 4 |

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



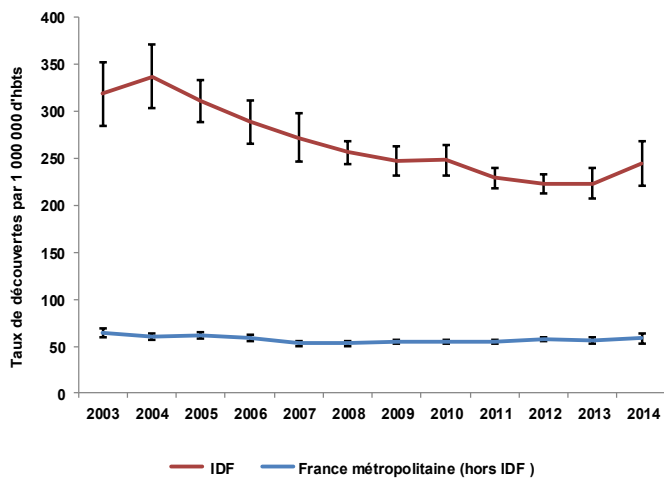
Source : InVS, données LaboVIH, 2014

* Estimation 2014 impossible à ce jour, le taux présenté ici est calculé pour l'année 2013

** Estimation impossible à ce jour, le taux présenté est calculé à partir des données 2014 brutes (non corrigées)

| Figure 5 |

Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH en France métropolitaine, Ile-de-France, de 2003 à 2014



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

• Découverte de Séropositivité par département en Ile-de-France

De 2003 à 2014, le taux de découvertes de séropositivité reste élevé à Paris par rapport aux autres départements de la région. Depuis 2004 (735 par million d'habitants), on observe une diminution à Paris jusqu'en 2012 (458 cas par million), puis une ré-augmentation en 2013 et 2014 (respectivement 490 et 580).

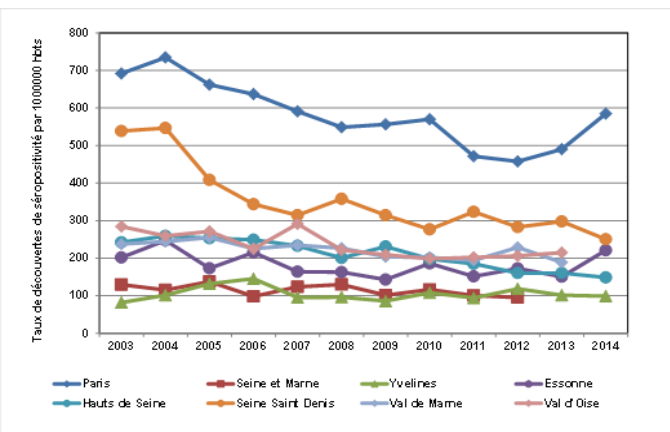
La tendance en Seine-Saint-Denis montre une nette diminution, passant de 538 cas en 2003 à 250 cas par million d'habitants en 2014.

L'évolution est constante dans les autres départements depuis 2003.

Les données corrigées pour l'année 2014 du Val-de-Marne et du Val-d'Oise ne sont pas disponibles. Il en est de même pour les données 2013 et 2014 en Seine-et-Marne. (Figure 6).

| Figure 6 |

Evolution du taux annuel de découvertes de séropositivité VIH par département, Ile-de-France, 2003 à 2014



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

• Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

En région Ile-de-France, les hommes (62% et 67% En région Ile-de-France, les hommes (67% en 2014) représentaient les deux tiers des cas.

La classe d'âge des 25-49 ans était majoritaire et représentait 71% des cas en 2014. Les proportions des plus de 50 ans et des moins de 25 ans étaient respectivement de 20% et 10%. La médiane d'âge était de 37 ans en 2014.

La moitié des cas était originaire d'Afrique subsaharienne (44% en 2014), ce qui diffère de la proportion nationale (23%) (tableau1)

| Tableau 1 |

(tableau1).

	Ile-de-France		France
	2003-2013	2014	2014
	%	%	%
Age (année)	N=21876	N=1510	N=2249
Med	36	37	39
< 25	10,2	9,7	10,9
25-49	76	70,8	67,1
> 50	13,8	19,5	22,1
Sexe	N=21876	N=1510	N=2249
Hommes	62	66,8	70,07
Femmes	38	33,3	30
Pays de naissance	N=16301	N=943	N=1334
France	35,8	39,7	61,7
Afrique sub-saharienne	49,6	44,2	23,3
Autres	14,6	16,1	15
Mode de contamination	N=15744	N=907	N=1299
HSB	32,2	41,9	45,7
hétérosexuels	65,02	56,2	51,6
Injection de drogues	1,42	0	1,6
Coinfection hépatite C	N=2047	N=848	N=1259
oui	3,9	3,2	3,7
non	96,1	96,8	96,3
Coinfection hépatite B	N=2073	N=857	N=1266
oui	5,6	6,3	4,3
non	94,4	93,7	95,7
CD4 au diagnostic VIH	N=6588	N=829	N=1242
<200	30,7	24,3	29,7
200-349	21	18,7	20,1
350-499	19,3	23	20,1
>=500	29	34	30,1
Diagnostic	N=6588	N=825	N=1242
précoce*	33,8	40,4	35,3
Diagnostic tardif **	32,4	25	30,5

Caractéristiques sociodémographiques

* Diagnostic précoce ; cd4>500/mm3 ou PIV au diagnostic

**Diagnostic tardif ; cd4 < 200/mm3 ou Sida au diagnostic

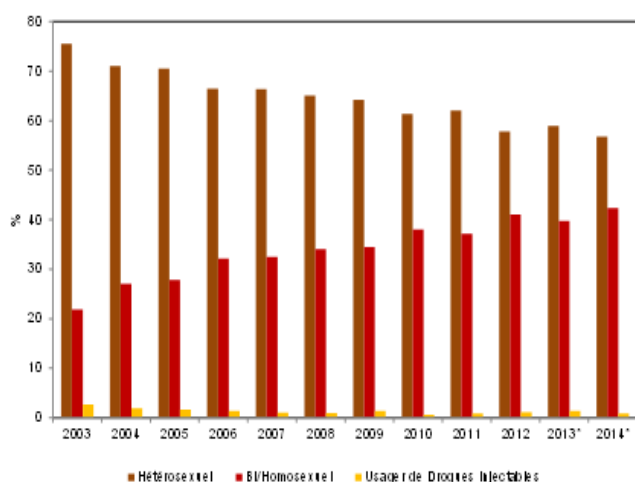
NB : Les variables CD4 et diagnostic précoce ou tardif sont disponibles seulement depuis 2008

- Modes de contamination

En Ile-de-France, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2014, 56 % ont été contaminées par des rapports hétérosexuels et 42% par des rapports homosexuels (tableau 1). Les rapports hétérosexuels restent le mode de contamination le plus fréquent entre 2003 et 2014 malgré une baisse progressive (de 76% en 2003 à 56% en 2014). Le mode de contamination par des rapports homosexuels est en augmentation progressive depuis 2003 en région Ile-de-France (Figure 7).

| Figure 7 |

Evolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarées dans l'Ile-de-France de 2003 à 2014



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

- Motifs de dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2014, les principaux motifs de dépistage étaient : la présence de signes cliniques (34%), une exposition au VIH (21%), un bilan systématique (13%) et la prise en charge d'une séropositivité (personnes qui connaissaient leur séropositivité depuis moins d'1 an et qui reviennent consulter) (11%).

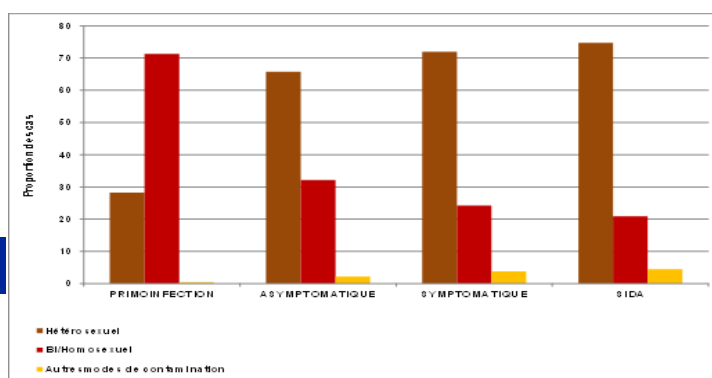
- Stades cliniques au moment du dépistage

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité entre 2003 et 2014, 71 % ont été diagnostiquées précocement au stade de primo-infection chez les bisexuels / homosexuels versus 28% chez les hétérosexuels.

Le diagnostic à des stades plus avancés de la maladie se fait principalement chez les hétérosexuels (66%, 72% et 75% respectivement aux stades asymptomatique, symptomatique et sida) figure 8.

| Figure 8 |

Stades cliniques au moment de la découverte de la séropositivité VIH selon le mode de contamination, Ile-de-France, 2003 à 2014.



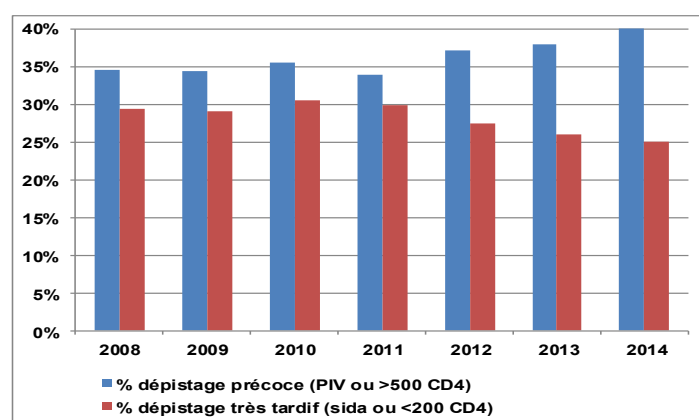
Source : InVS, données DO VIH brutes au 31/12/2014 non corrigées

Le diagnostic tardif est défini comme la découverte de séropositivité avec un taux de CD4 inférieur 200/mm³ ou au stade clinique de sida, tandis que le diagnostic précoce correspond à un taux de CD4 supérieur à 500/mm³ ou d'une primo-infection.

Depuis 2010, le pourcentage de diagnostics tardifs diminue progressivement dans la région (25% en 2014) tandis que le diagnostic précoce est en augmentation (40% en 2014) (figure 9).

| Figure 9 |

Pourcentage de diagnostics tardifs et précoces parmi les découvertes de séropositivité, Ile-de-France, 2008 à 2014.



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

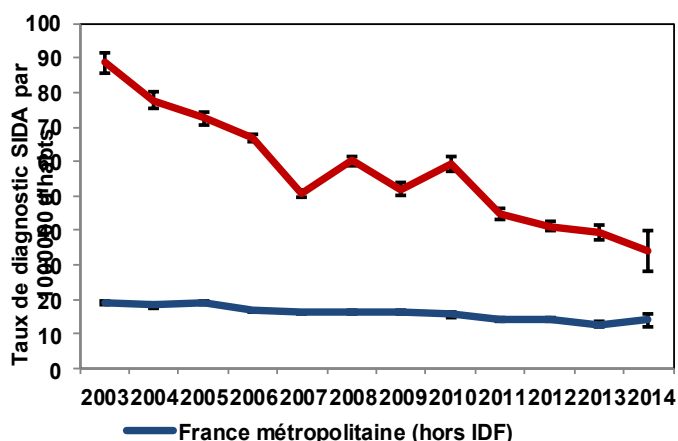
Diagnostiques de Sida

- Taux de diagnostic de sida

En Ile-de-France, 30 944 cas de sida ont été notifiés depuis 1978, dont 53,7% sont décédés. Le taux régional de diagnostics de sida a diminué de manière importante à partir de 1996 avec l'introduction des associations d'antirétroviraux. La diminution se poursuit sur les années récentes, mais de façon plus modérée (figure 10). En 2014, le nombre de cas de Sida dans la région est de 34 (IC95%: [28-40]).

| Figure 10 |

Evolution annuelle du taux de diagnostics de Sida en France métropolitaine (hors IDF), Ile-de-France et PACA de 2003 à 2013.



Source : InVS, données DO VIH au 31/12/2013 corrigées pour les délais et la sous déclaration

• Caractéristiques sociodémographiques, cliniques et modes de contamination

Entre 2003 et 2014, 4870 cas de sida ont été notifiés dans la région d'Ile-de-France. Les hommes représentaient la majorité des notifications de cas de sida sur les deux périodes (67% en 2003-2013 et 64% en 2014).

La médiane d'âge était de 41 ans sur la période de 2003 à 2013 et de 42 ans en 2014.

Les personnes diagnostiquées sida étaient majoritairement nées en Afrique Subsaharienne sur les deux périodes (42% en 2003-2013 et 55% en 2014).

Plus de la moitié des personnes connaissait leur statut sérologie avant le stade de Sida sur la période de 2003-2013 (52%).

| Tableau 2 |

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des cas de Sida notifiés en Ile-de-France et en France entre 2003 et 2014

	Ile-de-France		France
	2003 -2013	2014	2014
	N	N	N
Age (année)	N=4741	N=129	N=401
Med	41	42	44
Sexe	N=4741	N=129	N=401
Hommes	67,3	64,3	68,4
Femmes	32,7	35,7	31,62
Pays de naissance	N=4741	N=129	N=401
France	36,2	30	57
Afrique sub-saharienne	42	55,3	24,9
Autres	21,8	14,6	18,1
Mode de contamination	N=4211	N=115	N=347
HSH	24,8	25	29,6
hétérosexuels	65,2	72,4	63,1
Injection de drogues	8	1,7	6,9
Traitement antirétroviral avant Sida	N=4435	N=122	N=368
oui	23,4	15,6	18
non	76,6	84,4	82
Connaissance séropositivité avant Sida	N=4695	N=118	N=366
oui	51,9	42,4	47,2
non	48,1	57,6	52,8

• Pathologies inaugurales

Les pathologies inaugurales de sida les plus fréquentes parmi les cas notifiés entre 2003 et 2014 étaient la tuberculose (23% des cas), la pneumocystose (20%), la candidose œsophagienne (11%), et la toxoplasmose cérébrale (10 %) (Tableau 3). La pneumocystose et la tuberculose sont les plus fréquentes en Ile-de-France comme en France métropolitaine¹.

En Ile-de-France, entre 2003 et 2014, la tuberculose était la pathologie inaugurale la plus fréquente chez les malades du Sida nés en Afrique Subsaharienne (63% versus 13% chez les malades nés en France). Le VIH est un facteur propice au passage de l'infection tuberculeuse latente par *Mycobacterium tuberculosis* à la tuberculose-maladie².

Depuis 2008, la pneumocystose est devenue la plus fréquente des pathologies inaugurales en France métropolitaine et en Ile de France. La pneumocystose reste la plus fréquente des pathologies inaugurales chez les personnes nées en France (50% versus 26% chez les personnes nées en Afrique subsaharienne).

| Tableau 3 |

Fréquence des pathologies inaugurales des cas de sida notifiés en Ile-de-France entre 2003 et 2014

Pathologies Inaugurales	effectif	%
Tuberculose quelle que soit la localisation	1246	23,1
Pneumocystose	1132	21,0
Candidose œsophagienne	593	11,0
Toxoplasmose cérébrale	582	10,8
Kaposi	475	8,8
Lymphome quelle que soit la localisation	277	5,1
Infection à CMV	207	3,8
Encéphalopathie à VIH	205	3,8
Leucoencéphalite multifocale progressive	140	2,6
Cryptococcose	129	2,4
Infection à Mycobactéries atypiques	88	1,6
Cryptosporidiose	81	1,5
Syndrome cachéctique	67	1,2
Pneumopathie bactérienne récurrente	52	1,0
Isosporidiose	39	0,7
Infection à HSV	33	0,6
Cancer invasif du col	23	0,4
Candidose autre localisation	16	0,3

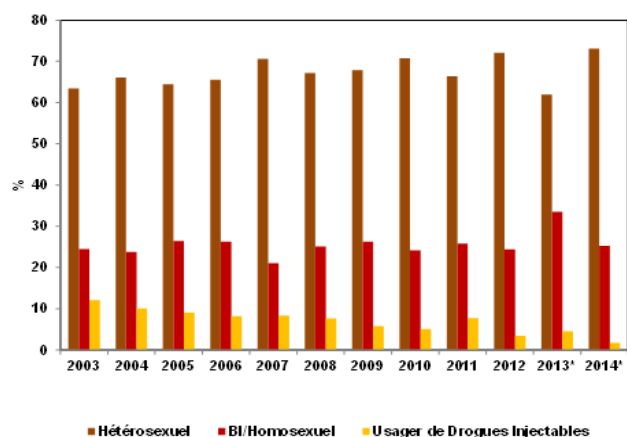
• Mode de contamination, connaissance de la séropositivité et traitement antirétroviral

Concernant les modes de contamination, les rapports hétérosexuels étaient les plus fréquents (72% en 2014) devant les rapports homosexuels (25%) et l'usage de drogues injectables (2%). En 2014, 58 % des patients ne connaissaient leur séropositivité au moment du diagnostic sida et 84% n'avaient pas bénéficié d'un traitement antirétroviral.

Le mode de contamination hétérosexuel reste majoritaire (figure 11).

| Figure 11 |

Evolution de la part des 3 modes de contamination (Hétéro, HSH, UDI) parmi les cas de sida en Ile-de-France, 2003-2014



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

Points forts

-L'activité de dépistage du VIH en Ile-de-France est stable depuis 2012. Le nombre de tests VIH rapportés à la population est plus élevé en Ile-de-France que dans le reste de la métropole (en 2014, 111 tests pour 1000 habitants versus 70, ceci en lien avec une activité de dépistage plus forte à Paris (219 tests pour 1000 habitants).

-Le taux de découverte de séropositivité pour le VIH en Ile-de-France, est de 244 par million d'habitants (contre 100 au niveau national).

-Le pourcentage de nouveaux diagnostics d'infection à VIH continue d'augmenter chez les homosexuels passant de 22% en 2003 à 42% en 2014. Ce qui incite à cibler ce groupe de transmission lors des campagnes de prévention.

-L'infection au VIH est diagnostiquée à un stade symptomatique (72%) ou Sida (75%) chez les hétérosexuels sur la période de 2003-2014. Les sensibilisations de dépistage doivent toujours cibler ce groupe.

Références

[1] Lot F, Pillonel J, Pinget R, et al. Les pathologies inaugurales de sida, France, 2003-2010. BEH. 2011 ;(43-44).

[2] Aubry.P. Infection par le VIH/Sida et tropiques, médecine tropicale, Actualités 2015.

| Surveillance des infections sexuellement transmissibles en Ile de France de 2000 à 2014 | (Syphilis récente, Gonococcie, infections à Chlamydia)

Asma SAIDOUNI OULEBSIR¹

¹ Cellule de l'Institut de veille sanitaire en régions Ile-de-France et Champagne-Ardenne

1. Syphilis récente

DONNEES REGIONALES

- En Ile de France, depuis 2010, le nombre de cas rapportés de syphilis récente augmente chez les hommes (passant de 168 en 2010 à 360 en 2014) tandis que chez les femmes, ce nombre est relativement stable (autour de 5). De manière générale, On a observé une hausse de 96% (n=181) en 2014 par rapport à 2011.
- En 2014, la totalité des cas rapportés concernent des patients ayant consulté en structures spécialisées (Ciddist, CDAG).
- Les femmes représentent 2,5% des cas rapportés en 2014.
- Les femmes ayant une syphilis récente sont plus jeunes que les hommes (âge médian de 29,5 ans pour les femmes contre 36 ans pour les hommes en 2014).
- En 2014, les hommes homo/bisexuels représentent 90% des cas de syphilis, contre 6% d'hommes hétérosexuels et 2,4% de femmes hétérosexuelles.
- Les motifs de consultation pour des signes cliniques d'IST représentent 49% des consultations en 2014 suivi des motifs de dépistage systématique 18% pour la même année.
- Les co-infections syphilis récente et VIH représentent 28% des cas rapportés en 2014. Ces co-infections concernent 30% des hommes homo/bisexuels, 11% de femmes. Aucun homme hétérosexuel n'avait de co-infection syphilis récente et VIH.
- En 2014, La proportion des co-infections syphilis récente et VIH sont relativement inférieures à ce qui est observé au niveau national. En Ile de France 26,2% des patients avaient une sérologie VIH + connue contre 32,7% de sérologie VIH + déjà connu dans les autres régions et 1,9% découverte de VIH en Ile de France versus 3,7% de découverte de VIH pour les autres régions. Ces résultats soulignent l'intérêt de la prévention et la nécessité de poursuivre ces actions de prévention.
- On constate de façon fréquente un manque de recours systématique au préservatif chez les cas de syphilis récente : notamment, seulement 4% en 2014 utilisent de manière régulière le préservatif lors des rapports oro-génitaux. Ce qui est légèrement au-dessus de la moyenne nationale (2,2%) On note par ailleurs une stabilité du recours systématique au préservatif pour la pénétration anale ces dernières années. Ce résultat est comparatif aux autres régions.

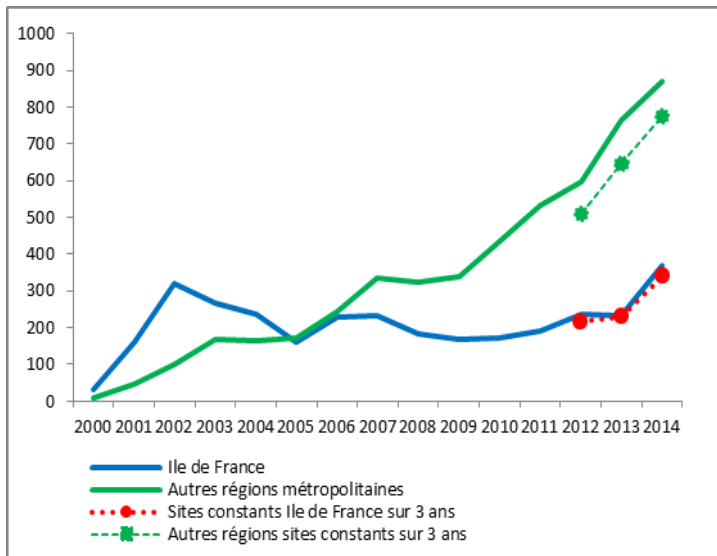
Méthodologie :

- 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 [3;4]) rapportés par les praticiens participant au réseau de surveillance.
- Elles résultent de l'exploitation du questionnaire clinique et de l'auto-questionnaire comportemental. Ce dernier est rempli pour 50% des patients au niveau régional.
- Le nombre de sites participants au réseau de surveillance reste stable en 2014 (9 sites contre 7 sites en 2013 et 2012).
- Description du réseau de surveillance (voir annexe)

1.1 Evolution du nombre de cas de Syphilis (source ResiST), 2000-2014

| Figure 1 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récente en Ile de France, réseau RésiST, 2000-2014.



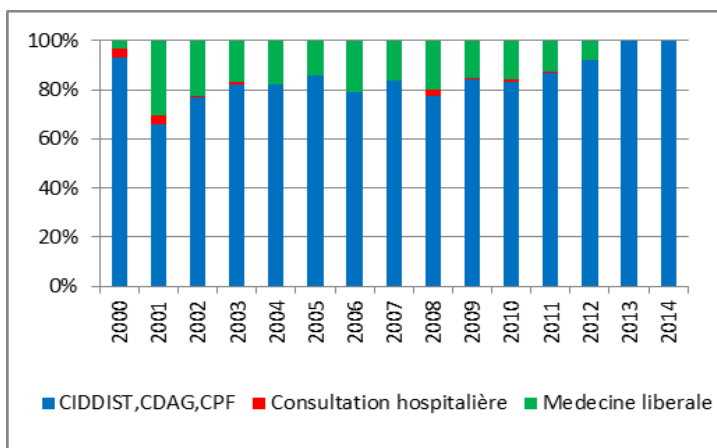
L'évolution des cas de syphilis récente sur la région Ile-de-France est à la hausse depuis 2012 et particulièrement marquée en 2014. En effet, après une stabilisation du nombre de cas de syphilis entre 2008 (n=184) et 2011 (n=189), on a observé une légère hausse du nombre de cas en 2012 et 2013 (+ 46 cas en moyenne / an par rapport à 2011 soit 24%), puis une augmentation très marquée des cas en 2014 (hausse de 96% par rapport à 2011). A noter qu'au cours de ces dernières années, cette augmentation a concerné en particulier les hommes tandis que chez les femmes ce nombre est relativement stable.

La tendance observée à la hausse en 2014 dans la région est également observée dans le reste du territoire national (figure 1).

1.2 Caractéristiques des recours au dépistage, réseau RésiST, 2000-2014

| Figure 2 |

Evolution des lieux de consultation des cas de syphilis récente, réseau RésiST, Ile de France - 2000-2014.

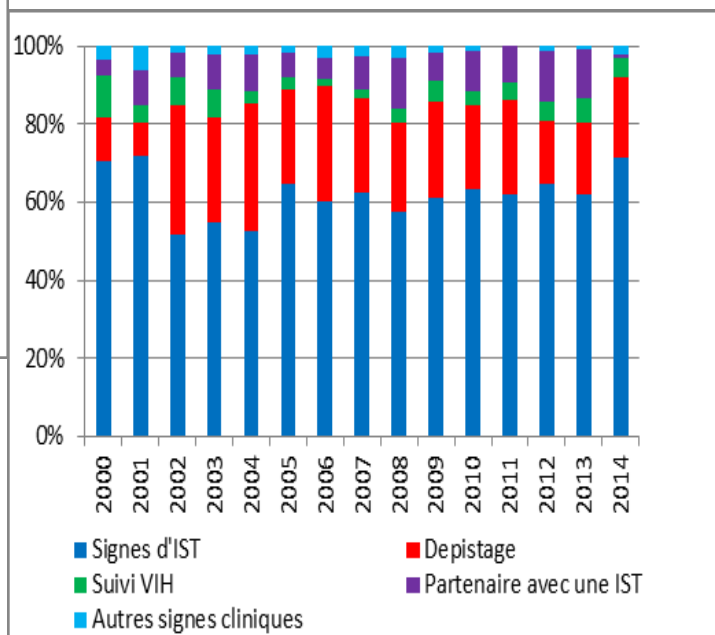


Sur l'ensemble de la période 2000-2014, 85% (n=2716) des cas ont consulté dans des structures spécialisées, 14% (n=448) en médecine libérale et 0,7% (n=21) en consultation hospitalière. Ces deux dernières années, tous les cas ont consulté dans des structures spécialisées. Ce résultat est à interpréter en considérant la nature des sites participants au réseau RésiST puisque depuis 2013, seules ces structures ont participé à la surveillance des IST dans le cadre de RésiST (figure 2).

| Figure 3 |

Evolution des motifs de recours au dépistage des cas de syphilis récente, réseau RésiST, Ile de France, 2000-2014.

L'évolution des motifs de recours sont stables au cours de la pé-



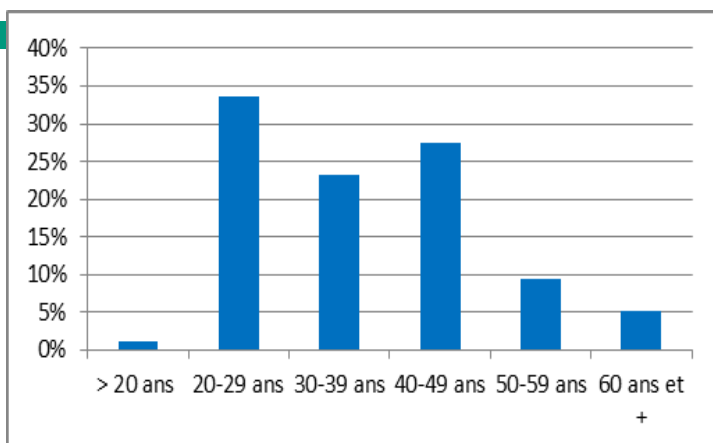
riode d'analyse (figure 3). Sur l'ensemble de la période 2000-2014, 48,6% (n=1549) des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST, 18,4% (n=587) dans le cadre d'un dépistage systématique, 6,5% (n=206) pour un partenaire ayant une IST, 3,6% (n=116) dans le cadre du suivi d'une infection VIH et 1,7% (n=53) pour autres signes cliniques (tableau 1). Par ailleurs, 37 % (n=30) des femmes ont consulté pour un dépistage systématique contre 18% (n=556) chez les hommes.

1.3 Caractéristiques des Cas, 2000- 2014

1.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

| Figure 4 |

Distribution des cas de syphilis récente selon l'âge, réseau RésIST, Ile de France année 2014

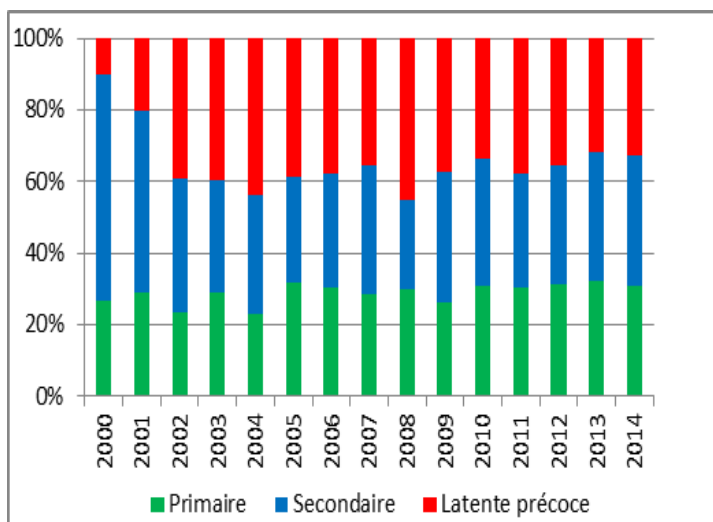


En 2014, les cas de syphilis récente sont principalement âgés entre 20-29 ans (34%). Les cas âgés entre 30 et 50 ans représentent plus de la moitié de l'ensemble des cas déclarés (figure 4).

Sur l'ensemble de la période 2000-2014, l'âge médian est de 36 ans (étendue de 17 à 80 ans). Les femmes étaient plus jeunes que les hommes, avec un âge médian respectif de 29,5 ans versus 36 ans. La proportion de femmes parmi les cas de syphilis (2,7%, n=81) est restée stable sur toute la période (tableau 1). Il est à noter qu'en 2005, les femmes représentent 7,5% des cas déclarés (n=12).

| Figure 5 |

Evolution des cas de syphilis récente selon le stade, réseau RésIST, Ile de France, 2000-2014.



Sur l'ensemble de la période, on observe une distribution homogène entre les différents stades de syphilis (figure 5). On notait ainsi 36% (n=1154) de syphilis latente précoce, 35% (n=1113) de syphilis secondaire et 29% (n=918) de syphilis primaire.

Concernant les antécédents d'IST, sur la période 2000-2014,

- 35% des cas (n=983/2815) de syphilis présentaient des antécédents d'IST autres que le VIH.
- 25% des cas présentaient des antécédents connus de syphilis sur la période 2000-2011.

| Tableau 1 |

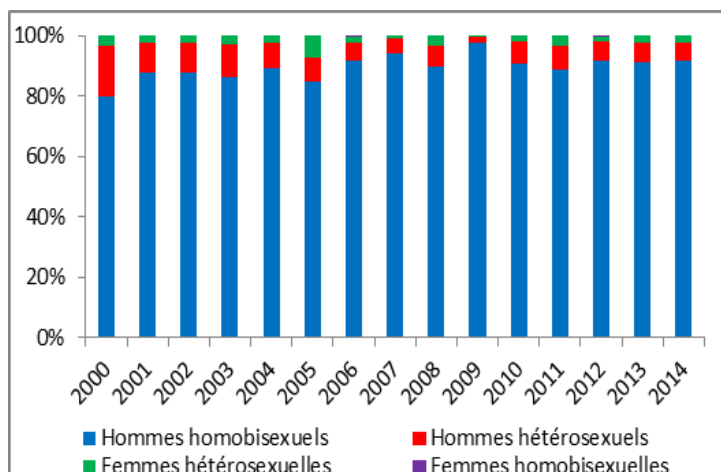
Caractéristiques des cas de syphilis récente, Résist, Ile de France, 2000-2014.

	Ile de France		France (hors IDF)
	2000-2013 (n=2815) N (%)	2014 (n=370) N (%)	2014 (n=904) N (%)
Sexe			
Hommes	2740 (97,3)	360 (97,3)	849 (93,9)
Femmes	72 (2,6)	3 (2,5)	54(6)
Inconnu	3 (0,1)	1 (0,2)	1(0,1)
Motif de consultation initiale**			
Suivi infection VIH	101 (3,6)	15 (4,1)	99 (11,0)
Dépistage systématique	524 (18,6)	63 (17)	168 (18,6)
Signes d'IST	1331 (47,3)	218 (58,9)	437 (48,3)
Partenaires avec une IST	203 (7,2)	3 (0,8)	20 (2,2)
Autres signes cliniques	46 (1,6)	7 (1,9)	52 (5,7)
Non renseigné	610 (21,7)	64 (17,3)	128 (14,2)
Stade de la syphilis**			
Primaire	804 (28,6)	114 (30,8)	217 (24)
Secondaire	978 (34,7)	135 (36,5)	325 (35,9)
Latence précoce	1033 (36,7)	121 (32,7)	362 (40,1)
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels	2508 (89)	336 (90,8)	727 (80,4)
Hommes hétérosexuels	209 (7,5)	22 (5,9)	111 (12,3)
Femmes hétérosexuelles	70 (2,5)	9 (2,4)	51 (5,7)
Femmes bisexuelles	2 (0,1)	0	3 (0,3)
Inconnue	26 (0,9)	26 (0,9)	12 (1,3)
Statut sérologique VIH**			
Positif connu	1029 (36,6)	97 (26,2)	296 (32,7)
Découverte de sérologie VIH	135 (4,8)	7 (1,9)	33 (3,7)
Négatif	1492 (53)	249 (67,3)	509 (56,3)
Statut inconnu	159 (5,6)	17 (4,6)	66 (7,3)
Age médian (année)			
Hommes homo-bisexuels	36	36	36
Hommes hétérosexuels	36	37,5	36
Femmes	30	26	29

Sur l'ensemble de la période 2000-2014, au total 3185 cas ont été rapportés dans la région. En 2014, 370 cas ont été déclarés à travers le réseau RésIST, représentant (29%) des cas rapportés en France (n=1274).

| Figure 6 |

Evolution des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau Résist, Ile de France, 2000-2014.

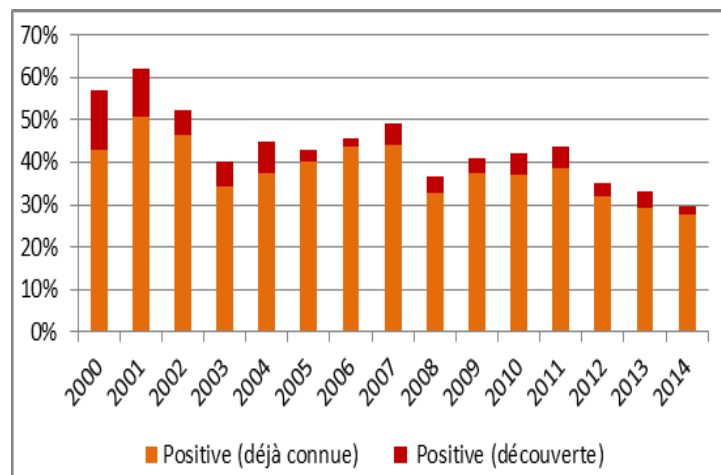


L'évolution des cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle est stable au cours du temps (figure 6). (Tableau 1)

Entre 2000 et 2014, Les hommes représentent 97% des cas. Les hommes homo-bisexuels représentent 89% (n=2844) de l'ensemble des cas rapportés par le réseau RésIST (tableau1).

| Figure 7 |

Evolution de la co-infection à VIH en cas de syphilis récente, réseau RésIST, Ile de France, 2000-2014.



Sur l'ensemble de la période 2000-2014, le statut sérologique vis-à-vis du VIH est renseigné pour 3009 des cas de syphilis, soit 95 %. Les co-infections syphilis et VIH concernent 42% des patients (n=1268). Le diagnostic de la syphilis s'est accompagné de la découverte de l'infection par le VIH chez 4,4% des patients (n=142) alors que la sérologie VIH positive était connue pour 35,3% (n=1226) des cas.

Parmi les hommes homo-bisexuels 43% (n=1225/2844) avaient une co-infection, versus 12,6% (n=27/213) pour les hommes hétérosexuels et 5% (n=4/81) pour les femmes (tableau 1)

Depuis 2000, on observe une tendance globale à la baisse des co-infections (Figure 7).

En 2014, 28% (n=103/370) des cas rapportés avaient des co-

infections syphilis récente et VIH dont 26% de sérologie VIH (+) connue et 2% de découverte à l'occasion de la syphilis.

Parmi les patients ayant une co-infection syphilis récente et VIH, 90% (n=102/103) sont des hommes homo-bisexuels, et un seul était une femme. Aucun homme hétérosexuel n'avait d'infection VIH.

En 2014, parmi les patients dont la sérologie VIH (+) était déjà connue au moment du diagnostic de la syphilis, 72% recevaient un traitement antirétroviral (n=70/97).

1.3.2 Caractéristiques comportementales (Auto-questionnaire)

| Tableau 2 |

Caractéristiques des cas de syphilis récente selon la période de diagnostic, Ile de France, 2000-2014.

Les données qui suivent sont issues de l'auto-questionnaire comportemental et ne sont renseignées que pour 50% (n=1613) des patients.

	Ile de France		France (hors Ile de France)
	2000-2013	2014	2014
Nombre médian de partenaires			
HSH	10	10	5
Hommes hétéro	2,5	2	2
Femmes hétéro	2	3	1
Utilisation systématique de préservatif			
Pénétration anale	32,1%	32,9%	32,2 %
Pénétration vaginale	16%	23%	27,1 %
Fellation	3%	4%	2,2 %

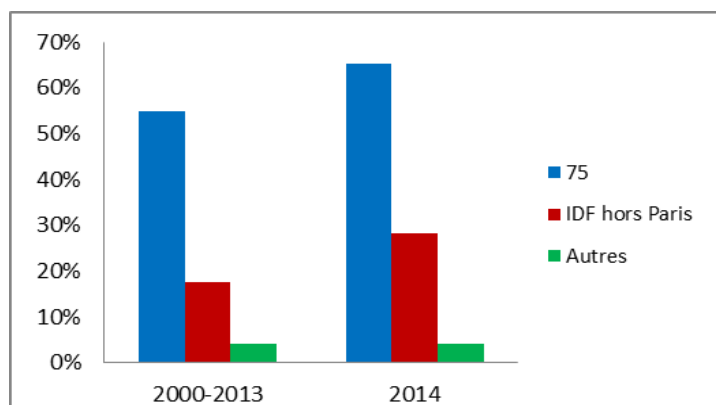
Le nombre médian de partenaire sur les 12 derniers mois est globalement stable sur l'ensemble de la période. Il est plus faible chez les hommes hétérosexuels et les femmes par rapport aux hommes homo-bisexuels (2 versus 10).

L'utilisation régulière du préservatif au cours des 12 derniers mois lors de rapports oro-génitaux reste rare (4% en 2014). Pour la pénétration anale et vaginale, le préservatif est utilisé de manière systématique respectivement chez 32,9% et 23 % des cas sur l'ensemble de la période 2000-2014.

Parmi les répondants à l'auto-questionnaire, 58% ont une idée de la personne potentiellement source de contamination.

| Figure 8 |

Répartition des cas de syphilis récente selon le département de résidence :

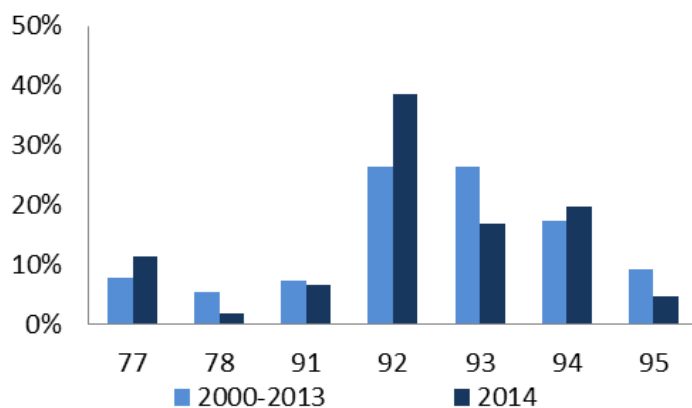


La majorité des cas de syphilis récente déclarés sur l'ensemble de la période 2000-2014 concerne des résidents de Paris (n=1786/3185 soit 56%) contre 18% domiciliés dans les autres départements.

En 2014, 65 % (n=241) des patients résident à Paris versus 28% (n=105) sont domiciliés en dehors de Paris (figure 8).

| Figure 9 |

Répartition des cas de syphilis récente selon le département de résidence :



Parmi les cas domiciliés en dehors de Paris, on observe une proportion plus importante des patients résidants en petite couronne, principalement le 92. En effet, en 2014, les patients qui résident dans le département 92 représentent 39% des patients (n=41/105). (Figure 9)

2. Gonococcie

Situation régionale :

La majorité des cas de gonococcies sont des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). La proportion de femmes reste faible (14.5 %).

Entre 2004-2014, 68% (n=1817) des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST.

L'utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois a augmenté en 2014 passant de 1,9% pour l'ensemble de la période 2000-2013 à 5,5% en 2014. Néanmoins, cette proportion reste insuffisante.

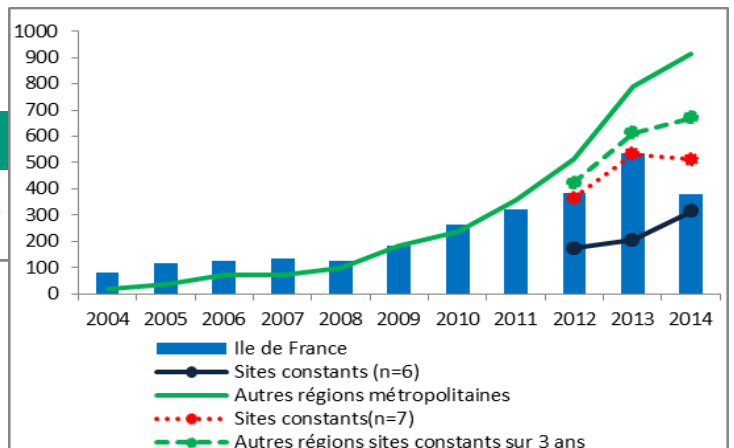
2.1 Evolution du nombre de cas de Gonococcies (source ResIST)

La surveillance des gonococcies est réalisée à travers deux réseaux :

- Le réseau des cliniciens RésIST, dont les patients sont diagnostiqués en majorité dans les structures spécialisées (Ciddist et CDAG).
- Le réseau des laboratoires Rénago, dont les patients sont diagnostiqués plutôt en médecine de ville.

| Figure 10 |

Evolution du nombre de cas de gonococcies déclarées en Ile de France, 2004-2014*.



* données difficilement interprétables en raison de la non-participation d'un site important du réseau Resist

L'évolution des cas de gonococcies sur la région Ile de France est à la hausse. Cette tendance est également observée dans les autres régions.

Au total, 2661 cas de gonococcies ont été rapportés à travers le réseau des cliniciens RésIST dans la région sur l'ensemble de la période 2004-2014, contre 7030 cas déclarés par l'intermédiaire du réseau des laboratoires.

En 2014, 378 cas ont été rapportés via RésIST en Ile-de-France, représentant (28%) des cas rapportés en France (n=1339). Le nombre de cas déclarés en 2014 est inférieur à l'année précédente. Cela s'explique en grande partie par la non-participation d'un des plus importants sites déclarants de la région.

On observe une tendance à l'augmentation du nombre de cas de gonococcies selon les sites constants. (Courbe noire).

Nous avons récupéré le rapport d'activité du site n'ayant pas participé au réseau de surveillance RésIST, le nombre de cas déclarés dans ce dernier est de l'ordre de 200 cas. Ces données nous ont permis de constater que le nombre de cas de gonococcies tend vers une stabilité (courbe rouge). Mais ces données sont difficilement interprétables en raison de la non-participation d'un site important du réseau Resist.

Par ailleurs, l'analyse des données du réseau des laboratoires corroborent cette stabilité du nombre de cas de gonococcies.

L'analyse des données concernant le site non déclarant récupérées à travers le rapport d'activité ont permis de confirmer cette tendance à la stabilité.

2.2 Caractéristiques des recours au dépistage, 2008-2014

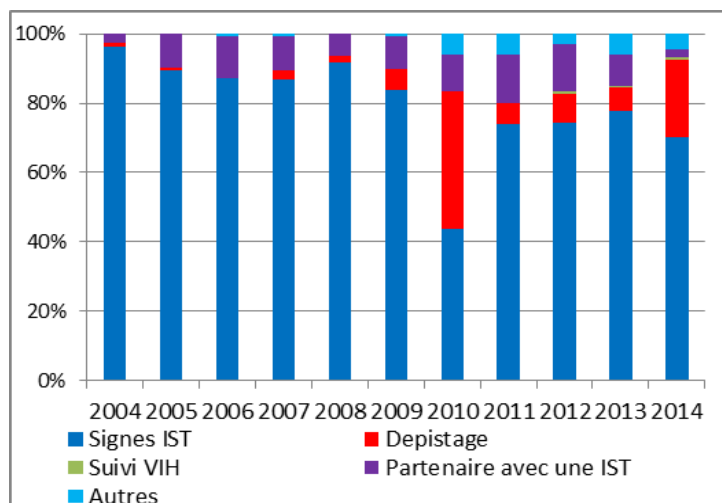
Evolution des lieux de consultation des cas de gonococcies, réseau RésIST, Ile de France 2004-2014.

Sur l'ensemble de la période, 99,5% (n=2648) des cas ont consulté dans des structures spécialisées. Depuis 2011, toutes les consultations ont eu lieu dans les structures spécialisées.

Contrairement au réseau des laboratoires Rénago, 48% (n=3421) des patients étaient diagnostiqués en médecine de ville 34% (n=2445) dans les structures spécialisées et 17% (n=1196) en consultation hospitalière.

| Figure 11 |

Evolution des cas de gonococcie selon le motif de consultation ou de recours au dépistage, réseau RésIST, Ile de France, 2004-2014.



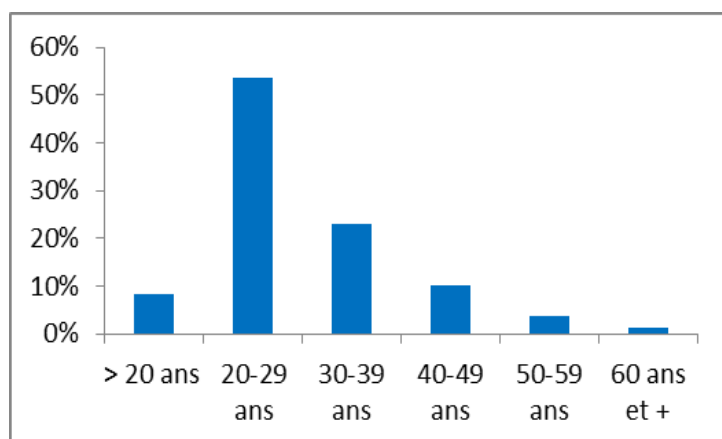
L'évolution des motifs de consultations est stable au cours de la période d'analyse. Sur l'ensemble de la période 2004-2014, 68% (n=1817) des cas ont consulté pour des signes cliniques d'IST, 10% (n=266) dans le cadre d'un dépistage systématique, 8,6% (n=229) pour un partenaire ayant une IST, 0,2% (n=6) seulement dans le cadre du suivi d'une infection VIH et 3,3% (n=90) pour autres signes cliniques.

Par ailleurs, pour le réseau des laboratoires Rénago le motif de consultation n'a pas bien été renseigné, avec des données manquantes à hauteur de 89%.

2.3 Caractéristiques des Cas, 2008- 2013

| Figure 12 |

Distribution des cas de Gonococcie selon l'âge, réseau RésIST, Ile de France, année 2014



En 2014, les cas de gonococcies sont principalement âgés de moins de 30 ans (n=232) soit 61% des patients (figure 12). L'âge médian était de 27 ans (étendue de 14 à 75 ans), différent selon le sexe (21 ans chez les femmes contre 29 ans chez les hommes).

2.3.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Le nombre médian de partenaire sur les 12 derniers mois varie en fonction de l'orientation sexuelle. Il est de 10 partenaires chez les hommes homo-bisexuels contre respectivement 4 et 2 chez les hommes hétérosexuels et les femmes.

Les hommes homo-bisexuels représentent 57,8% (n=1539) de l'ensemble des cas rapportés par le réseau RésIST (tableau1). Parmi les hommes, 68% (n=2275) sont homo-bisexuels et 99% des femmes sont hétérosexuelles.

Sur la période 2004-2014: 49,3% des cas (1314/2661) présentaient des antécédents d'IST autres que le VIH. Parmi ces pathologies on notait 31,2% (n=832) de gonococcies.

En parallèle, les résultats du réseau des laboratoires indiquaient une proportion de 26,7% (n=1879) des patients avaient une IST associée autres que le VIH.

En 2014, La co-infection gonococcies et VIH concernait près de 11,5% (n=308) des patients contre 2% (n=151) seulement de co-infections gonococcies et VIH à travers le réseau des laboratoires.

| Tableau 3 |

Caractéristiques des cas de gonococcies, RésIST, Ile de France 2004-2014.

	Ile de France		France (hors IDF)
	2004-2013 (n=2283)	2014 (n=378)	2014 (n=961)
	N (%)	N (%)	N (%)
Sexe			
Hommes	1947 (85,3)	327 (86,5)	747 (77,7)
Femmes	336 (14,7)	51 (13,5)	213 (22,2)
Inconnue			1 (0,1)
Motif de consultation initiale**			
Suivi infection VIH	13 (0,1)	3 (0,8)	5 (0,5)
Dépistage systématique	196 (8,6)	70 (18,5)	203 (21,1)
Signes d'IST	1597 (70)	220 (58,2)	496 (51,6)
Partenaires avec une IST	221 (9,7)	7 (1,9)	22 (2,3)
Autres signes cliniques	76 (3,3)	14 (3,7)	56 (5,9)
Inconnue	190 (8,3)	64 (16,9)	179 (18,6)
Orientation sexuelle			
Hommes homo-bisexuels	1277 (55,9)	262 (69,3)	564 (58,7)
Hommes hétérosexuels	658 (28,9)	65 (17,2)	181 (18,8)
Femmes hétérosexuelles	334 (14,6)	50 (13,2)	208 (21,7)
Femmes bisexuelles	2 (0,1)	1 (0,3)	5 (0,5)
Inconnue	12 (0,5)	0	
Statut sérologique VIH**			3 (0,3)
Positif connu	270 (11,9)	37 (9,8)	61 (6,4)
Découverte de sérologie VIH	26 (1,1)	2 (0,5)	11 (1,1)
Négatif	1759 (77)	313 (82,8)	814 (84,7)
Statut inconnu	228 (10)	26 (6,9)	75 (7,8)
Age médian (année)			
Hommes homo-bisexuels	31	29	27
Hommes hétérosexuels	26	24	25
Femmes	21	21	21

2.3.2 Caractéristiques comportementales (Auto-questionnaire)

| Tableau 4 |

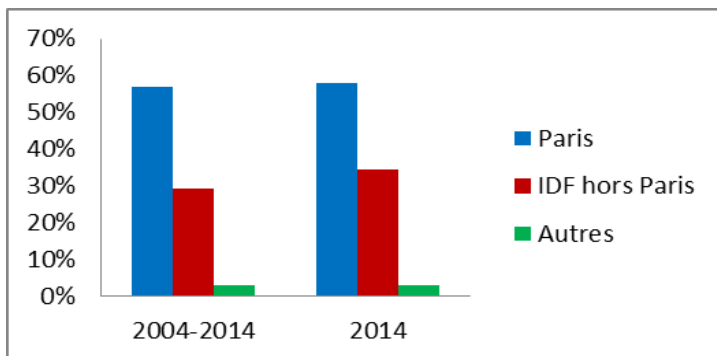
Caractéristiques des cas de gonococcies selon la période de diagnostic, RésIST, Ile de France 2004-2014.

	Ile de France		France
	2004-2014	2014	2014
Nombre médian de partenaires			
HSH	10	10	6
Pommes hétéro	4	4	3
Femmes hétéro	2	2.5	2
Utilisation systématique de préservatif			
Pénétration anale	16,1%	30,6%	27,8%
Pénétration vaginale	10,6%	20%	11,2%
Fellation	1,7%	5,5%	0,9%

En 2014, L'utilisation systématique du préservatif au cours des 12 derniers mois pour la pénétration anale et vaginale a été estimée respectivement à 16,1% et 30,6%. Seulement 5,5% des patients avaient déclaré utiliser le préservatif lors de rapports urogénitaux.

| Figure 13 |

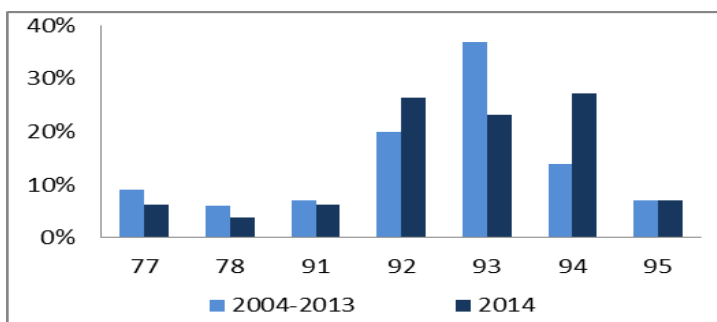
Répartition des cas de gonococcies selon le département de résidence :



La majorité des cas de syphilis récente déclarés sur l'ensemble de la période 2004-2014 concerne des résidents de Paris (n=1520/2661 soit 57%) contre 30% domiciliés dans les autres départements. Ces proportions sont de 57 % (n=219) en 2014 pour les patients domiciles à Paris versus 34% (n=130) pour ceux qui résident en dehors de Paris (figure 8).

| Figure 14 |

Répartition des cas de gonococcies selon le département de résidence (hors Paris)



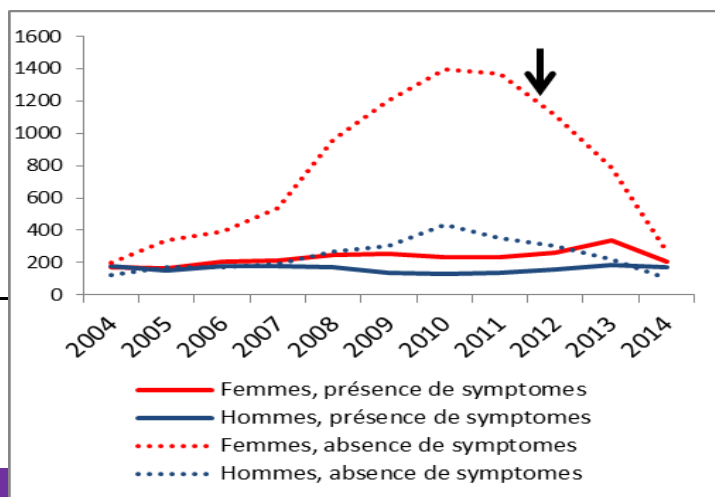
Parmi les cas domiciliés en dehors de Paris, on observe une distribution homogène entre les départements de la petite couronne à savoir le 92, 93 et 94.

3. Infections à Chlamydia :

Le nombre total d'infections uro-génitales à chlamydia rapporté en 2014 est de 2050 cas avec 68% de femmes.

| Figure 15 |

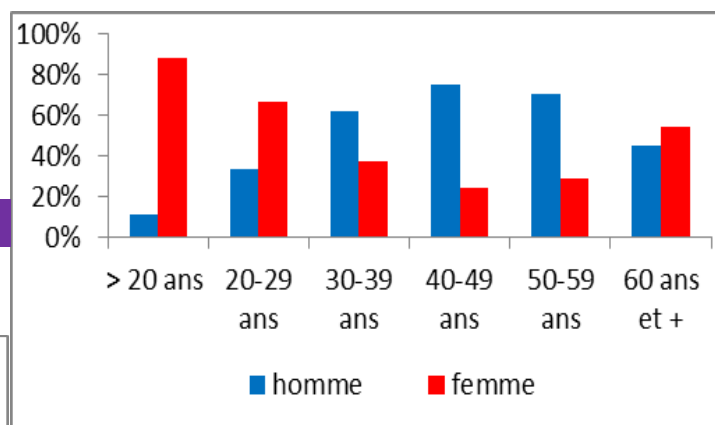
Evolution du nombre de cas de Chlamydia déclarées en Ile de France, Réseau Rénachlia, 2004-2014.



La mise en place entre 2008 et mi 2012 du dépistage systématique des infections à chlamydia chez les femmes de moins de 25 ans consultant dans un CDAG parisiens explique en grande partie la proportion des femmes asymptomatiques diagnostiquées pendant cette période. La diminution du dépistage systématique explique la décroissance du nombre de patients asymptomatiques diagnostiqués depuis 2012. Ce résultat souligne l'importance du dépistage.

| Figure 16 |

Distribution des cas de Chlamydia selon l'âge, Réseau Rénachlia, Ile de France, année 2014



En 2014, 78% (n=1579) des cas avaient moins de 30 ans. L'âge médian était de 24 ans (étendue de 14 à 73 ans).

Les femmes sont plus jeunes que les hommes. On note 22 ans chez les femmes versus 27 ans chez les hommes.

| Organisation de la surveillance des IST en France |

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 Résist de la <région>

3) Rénago

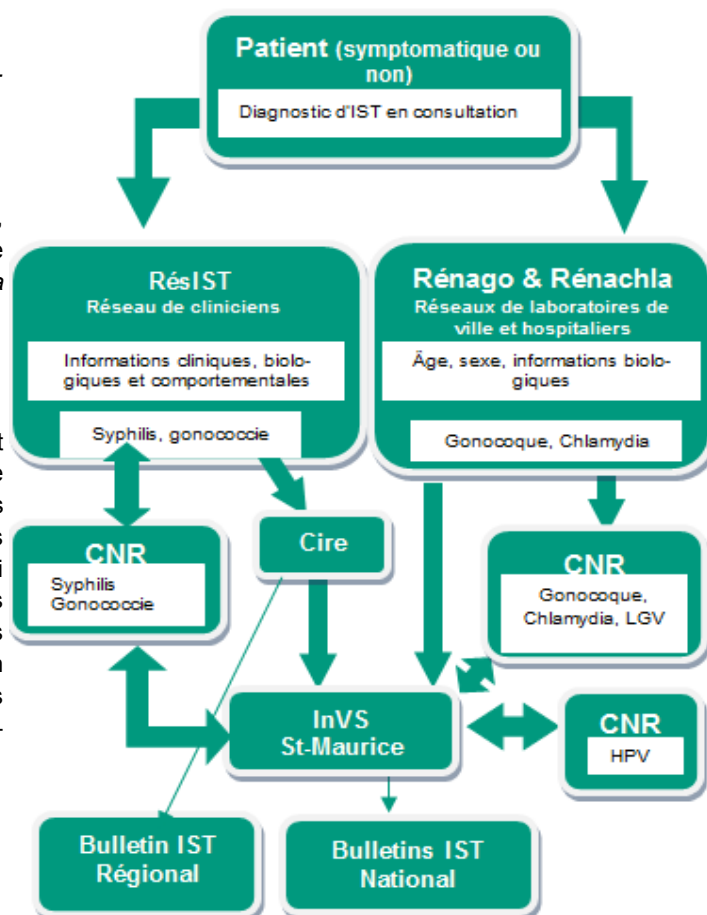
Les laboratoires de microbiologie participant au réseau Rénago envoient à l'InVS :

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



| 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>

Perspectives :

Le réseau de surveillance des IST en Ile de France repose actuellement sur des CIDDIST/CDAG dont la grande majorité se situe à Paris.

Les objectifs du système de surveillance sont de :

- Suivre l'évolution annuelle du nombre de personnes adultes atteintes de syphilis récente ou de gonococcies dans les sites participants.
- Décrire les caractéristiques cliniques, biologiques et comportementales des personnes atteintes de syphilis récente.
- Alerter et conduire une enquête épidémiologique en présence d'une augmentation du nombre de cas et/ou en présence de cas groupes diagnostiques en un même lieu.
- Comparer les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des patients atteints de syphilis à celles de patients atteints d'autres IST y compris d'infection à VIH.

L'évolution de RésIST sera portée par l'extension aux autres départements de la région d'Ile de France ainsi que le renforcement du dispositif actuel sur Paris. La création des CeGIDD permet d'explorer de nouvelles pistes telles que l'adaptation du rapport d'activité des CeGIDD en collaboration avec l'ARS Ile de France et la mise en place d'un projet d'extraction des données à travers leurs logiciels métier.

L'extraction des données à travers leurs logiciels métier sera à même de connaître en temps réel l'évolution de ces IST dans la population et de mesurer l'impact des mesures de prévention sanitaires publiques. L'extension du réseau permettra d'avoir une vision globale de la situation des IST en Ile de France. De plus, elle pourra, à moyen terme, juger de l'utilité d'étendre le système de surveillance à d'autres IST comme les gonococcies qui sont un bon indicateur de suivi d'évolution ou d'émergence d'autres IST.

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>

Création des CEGIDD :

<http://www.ars.paca.sante.fr/Centres-gratuits-d-information.182544.0.html>

| 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

CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit

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

CEGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic

CPEF : centres de planification ou d'éducation familiale.

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

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

HPV : Human papillomavirus

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

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

Si vous souhaitez être inscrit sur la liste de diffusion du BVS en format électronique, merci d'adresser votre demande à l'adresse ars-idf-cire@ars.sante.fr

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

Rédacteur en chef : Dr Stéphanie Vandentorren, responsable de la Cire Ile-de-France et Champagne-Ardenne

Coordination du numéro : Dr Stéphanie Vandentorren

Maquette : Julien Sonési

Comité de rédaction : Dr Stéphanie Vandentorren, Lydéric Aubert, Elsa Baffert, Clément Bassi, Caroline Fiet, Céline Legout, Dr Ibrahim Mouchetrou-Njoya, Annie –Claude Paty, Asma Saidouni-Oulebsir, Dr Yassoungou Silue, Morgane Trouillet

Diffusion : Cire Ile-de-France et Champagne-Ardenne - 35, rue de la Gare 75019 Paris

Tél. : 01 44 02 08 16 - Fax : 01 44 02 06 76—Courriel: ars-idf-cire@ars.sante.fr