

Les infections sexuellement transmissibles bactériennes : situation en 2014 et évolutions récentes

Les infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes continuent de progresser depuis la recrudescence de la gonococcie en 1998, la résurgence de la syphilis en 2000 et l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) en 2003 [63]. En raison de leur fréquence, de leur transmissibilité, de leurs complications et de leur rôle dans la transmission du VIH, une surveillance épidémiologique est nécessaire pour orienter la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention.

Infections à Chlamydia

L'infection due à *Chlamydia trachomatis* est l'IST bactérienne la plus fréquente. Son incidence a été estimée à environ 77 000 cas en 2012, soit un taux de 257/100 000 pour la population âgée de 15 à 49 ans [41]. L'épidémie est plus importante en Île-de-France avec un taux d'incidence de 288/100 000 [41].

Entre 2012 et 2014, une augmentation du nombre de cas d'environ 12 % a été observée. La majorité des patients diagnostiqués pour une infection à *Chlamydia* en 2014 sont des femmes (67 %). Elles sont plus jeunes que les hommes, les tranches d'âge les plus touchées étant les 15-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes, ce qui reflète en partie les recommandations relatives au dépistage de l'infection à *Chlamydia*.

La proportion de patients asymptomatiques est élevée, d'environ 59 % parmi les cas rapportés en 2014 (60 % chez les femmes et 57 % chez les hommes) et le fait de dépistages systématiques dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG/Ciddist) ou les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF). Ces proportions sont stables sur les trois dernières années.

Néanmoins, le dépistage systématique ne ciblant pas les hommes ayant des rapports sexuels avec des

hommes (HSH) et le nombre de sites anatomiques prélevés étant limité par le remboursement des actes de diagnostic, une sous-représentation du nombre d'infections à *Chlamydia* diagnostiquées (notamment de localisation extragénitales) ne peut être écartée dans cette population.

Lymphogranulomatoses vénériennes rectales

Le nombre de LGV rectales et de rectites à *Chlamydia* non L diagnostiquées a augmenté d'environ 92 % entre 2012 et 2014. L'épidémie touche quasi-exclusivement des HSH qui représentaient 98 % des cas de LGV et de rectites non L diagnostiqués en 2014.

Parmi les cas rapportés en 2014, la majorité (58 %) des LGV a été diagnostiquée en Île-de-France, tandis que 57 % des rectites non L ont été diagnostiquées dans les autres régions métropolitaines. Les classes d'âge les plus touchées sont les 30-49 ans pour les cas de LGV et les 20-39 ans pour les rectites non L.

Le niveau de co-infections par le VIH reste très élevé depuis le début de la surveillance des LGV, 77 % des patients diagnostiqués en 2014 étant des séropositifs connus. Les co-infections rectites non L et VIH sont également très fréquentes, malgré une diminution de 70 % à environ 30 % entre 2007 et 2014.

La plupart des patients co-infectés connaissent leur séropositivité lors du diagnostic, ces infections reflètent une utilisation insuffisante du préservatif chez des HSH séropositifs pour le VIH, observée par plusieurs enquêtes comportementales [72].

Gonococcies

En 2012, l'incidence des gonococcies diagnostiquées a été estimée à 15 067 cas, soit un taux d'incidence de 39/100 000 pour les personnes âgées de 15 à 59 ans

Ndeindo

Ndeikoundam

Ngangro

Delphine Viriot

Nelly Fournet

Santé publique

France, Saint-Maurice

Bertille

de Barbeyrac

Centre national

de référence des

chlamydiae, Bordeaux

Agathe Goubard

Centre national

de référence du

gonocoque, Institut

Alfred Fournier, Paris

Nicolas Dupin

Centre national

de référence

de la syphilis, Paris

Michel Janier

Hôpital Saint-Louis,

Paris

Isabelle Alcaraz

Centre hospitalier

Dron, Tourcoing

Michel Ohayon

Le 190, Centre de

santé sexuelle, Paris

Nathalie Spenatto

Centre hospitalier

universitaire

de Toulouse

Chantal

Vernay-Vaisse

Conseil

départemental des

Bouches-du-Rhône,

Marseille

Florence Lot

Santé publique

France, Saint-Maurice

Surveillance épidémiologique des infections sexuellement transmissibles

La surveillance épidémiologique des IST repose sur des réseaux volontaires de surveillance, depuis l'arrêt de la déclaration obligatoire en 2000 en raison d'une exhaustivité et d'une représentativité insuffisante [63]. Le réseau de cliniciens RésIST contribue à la surveillance des syphi-

lis précoces et des gonococcies. Il permet le recueil de données démographiques, cliniques, biologiques et comportementales. Les LGV rectales et les rectites non L sont surveillées via un réseau de laboratoires coordonné par le CNR *Chlamydia*, qui collecte les mêmes données grâce aux éléments

recueillis également auprès des cliniciens prescripteurs. Enfin, les données de surveillance des infections à *Chlamydia* et des gonococcies diagnostiquées par les laboratoires des réseaux Rénachla et Rénago se limitent aux données démographiques et biologiques des cas. ●



Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 58.

[41]. Le poids de l'épidémie est plus important en Île-de-France avec un taux d'incidence de 73/100 000 [41].

Entre 2012 et 2014, le nombre de gonococcies rapporté par le réseau RésIST a augmenté d'environ 100 % chez les HSH et de près de 30 % chez les hétérosexuels (figure 1). Cette augmentation est aussi bien observée en Île-de-France que dans les autres régions métropolitaines.

Parmi les cas de gonococcie rapportés en 2014, 62 % concernent des HSH. Les femmes sont plus jeunes que les hommes, leurs âges médians étant respectivement de 21 ans et de 27 ans. Les trois quarts des patients déclarés en 2014 sont nés en France.

La proportion de co-infections à gonocoque et VIH, de l'ordre de 8 % en 2014, reste stable depuis plusieurs années. Elle est toutefois plus importante chez les HSH (14 %).

En 2014, le niveau élevé de la résistance des souches à la tétracycline (56 %) ou à la ciprofloxacine (43 %) n'autorise pas leur prescription dans un traitement présomptif de la gonococcie. La proportion de souches résistantes à la céfixime a légèrement diminué entre 2013 (1,7 %) et 2014 (1 %). Concernant la ceftriaxone,

traitement de référence pour une gonococcie, aucune souche résistante à cet antibiotique n'a été trouvée depuis 2011.

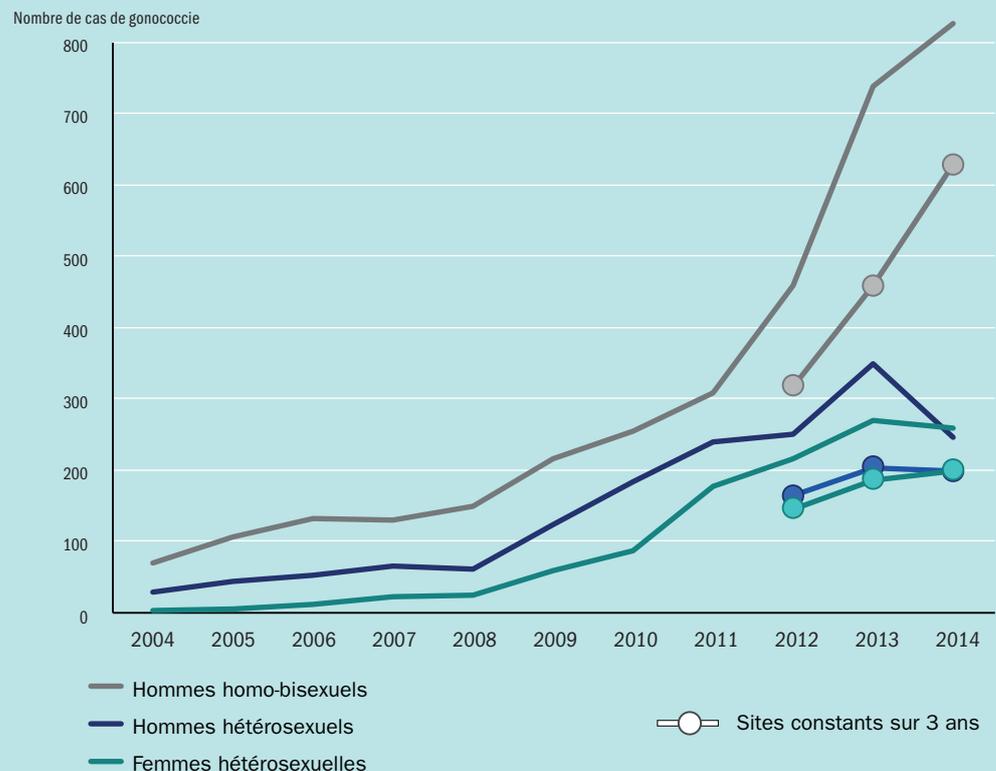
Syphilis précoces (de moins d'un an)

Entre 2012 et 2014, le nombre de syphilis récentes a augmenté d'environ 50 % chez les HSH (figure 2). Une augmentation du nombre de cas a été également observée chez les hétérosexuels au cours de la même période malgré un nombre de cas relativement faible. Ces augmentations sont observées en Île-de-France et dans les autres régions métropolitaines. La répartition des stades de la syphilis (23 % de syphilis primaires, 38 % de secondaires et 39 % de latentes précoces) est stable au cours de ces trois années.

Parmi les patients diagnostiqués pour une syphilis précoce en 2014, plus de 80 % étaient des HSH, les femmes ne représentant que 5 % des cas rapportés. Ces proportions sont stables depuis le début de la surveillance des syphilis précoces par le réseau RésIST. Les patients diagnostiqués en Île-de-France représentent un tiers des cas de syphilis déclarés en 2014. Chez les hommes, les 20-49 ans sont les plus touchés, quelle

figure 1

Évolution du nombre de gonococcies diagnostiquées selon l'orientation sexuelle, en France de 2004 à 2014



Source : réseau RésIST.

que soit l'orientation sexuelle, tandis que la majorité des femmes ont moins de 29 ans. Plus de 75 % des patients sont nés en France.

Le niveau de co-infections par le VIH reste élevé depuis 2003, un tiers des patients diagnostiqués pour une syphilis étant co-infectés par le VIH en 2014. La majorité des patients co-infectés par le VIH était informée de leur séropositivité lors du diagnostic de la syphilis. Les co-infections par le VIH sont plus fréquentes chez les HSH (40 % contre respectivement 23 % et 3 % chez les hommes et femmes hétérosexuels en 2014).

Constats

Le nombre de syphilis précoces, d'infections à gonocoques et de LGV continue d'augmenter en France. Cette progression est particulièrement préoccupante chez les HSH. Elle reflète une augmentation des comportements sexuels à risque en particulier dans cette population, et notamment chez les HSH séropositifs pour le VIH.

La majorité des patients diagnostiqués pour une infection sexuellement transmissible n'utilisent pas systématiquement un préservatif lors des pénétrations anales ou vaginales. Les fellations sont très rarement

protégées (pour moins de 2 % d'entre elles en 2014), quels que soient l'orientation sexuelle et le sexe des patients.

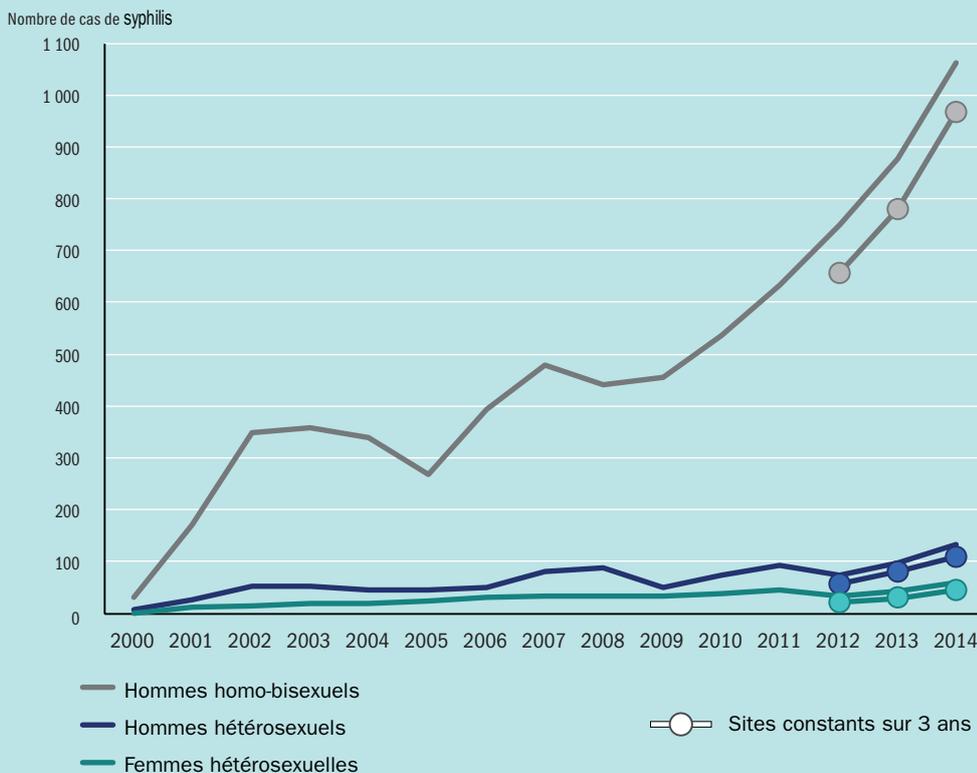
Face à ces constats, dans un contexte de prévention combinée vis-à-vis du VIH, où le préservatif n'est plus le seul outil de prévention, un dépistage précoce des patients et de leurs partenaires suivi d'un traitement rapide est indispensable pour interrompre la transmission des IST. La notification des partenaires est l'un des éléments clés du contrôle des IST.

Par ailleurs, un renforcement de la surveillance épidémiologique au niveau régional pourrait contribuer à mieux évaluer localement les besoins en matière de lutte contre les IST, notamment dans les régions ultramarines. Une systématisation du recueil des données des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd), associée au maintien des réseaux volontaires, à l'exploitation des bases de données médico-administratives et à la conduite d'enquêtes spécifiques, pourrait contribuer à la production d'indicateurs plus robustes. Une informatisation de tous les Cegidd est cependant l'un des leviers nécessaires à cette évolution du dispositif de surveillance des IST. ●

Nous remercions vivement pour leur contribution à la surveillance des IST les participants aux réseaux volontaires (RénaGo, RénaChla, RésiST, Lymphogranulomatoses vénériennes), notamment les médecins, les biologistes, quel que soit leur lieu d'exercice (en Cegidd, en consultations hospitalières, en cabinet libéral, en laboratoires), les CNR du gonocoque, des chlamydiae et de la syphilis et les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire).

figure 2

Évolution du nombre de cas de syphilis récente diagnostiqués selon l'orientation sexuelle en France de 2000 à 2014



Source : réseau RésiST.