

SERVICE ÉPIDÉMIOLOGIE
DES MALADIES INFECTIEUSES



SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

DONNÉES DE 2013
POUR LA BELGIQUE ET LES 3 RÉGIONS

SURVEILLANCE DES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
DANS LA POPULATION GÉNÉRALE



*Ce projet est soutenu
financièrement par :*



En partenariat avec :



La Science au service de la Santé publique, de la Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement.

Santé publique et Surveillance | Novembre 2014 | Bruxelles, Belgique
Référence interne : 2014/033

VERBRUGGE R.¹
MOREELS S.¹
CRUCITTI T.²
VAN BECKHOVEN D.¹
SASSE A.¹
VAN CASTEREN V.¹
QUOILIN S.¹

Avec la collaboration de
Deblonde J.¹, De Baetselier I.², Grammens Tine¹, Hercot D.³

- 1 WIV-ISP, Santé publique et Surveillance, Épidémiologie des maladies infectieuses
- 2 Centre national de référence pour les Infections sexuellement transmissibles, laboratoire de microbiologie, IMT, Anvers
- 3 Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

02/642.57.05 (Ruth Verbrugge)
ruth.verbrugge@wiv-isp.be

Proposition de référence pour le rapport :

Verbrugge R et al, Infections sexuellement transmissibles dans la population générale, données de 2013 pour la Belgique et les 3 régions, WIV-ISP, Bruxelles, novembre 2014.

Remerciements

Le programme Surveillance des IST du WIV-ISP tient à remercier tous les médecins et microbiologistes ayant contribué à la transmission des données.

Mise en page : Nathalie da Costa Maya,
Centre de Diffusion de la Culture Sanitaire asbl

© WIV-ISP
Éditeur responsable : Dr Johan Peeters
Dépôt légal ou ISSN : D/2014/2505/49

www.wiv-isp.be

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	6
RÉSUMÉ	7
INTRODUCTION	13
MÉTHODOLOGIE	15
RÉSULTATS	21
1 TENDANCES DES IST SELON L'ÂGE ET LE SEXE	21
1.1 TENDANCES GÉNÉRALES	21
1.2 CHLAMYDIA	23
1.3 GONORRHÉE	31
1.4 SYPHILIS	39
2 DÉTERMINANTS DES IST ET CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT SOUFFRANT D'IST	47
2.1 COMPOSITION DU RÉSEAU ET CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC	47
2.2 APERÇU DE LA POPULATION DE PATIENTS SOUFFRANT D'IST	49
2.3 DÉROULEMENT DE L'ENREGISTREMENT, RÉSULTATS ET AVENIR DU RÉSEAU SENTINELLE DES IST	67
TABLEAUX ET GRAPHIQUES, DONNÉES RÉGIONALES DES LABORATOIRES VIGIES DE MICROBIOLOGIE	
1 Flandre	69
2 Wallonie	79
3 Bruxelles	89
ANNEXES	
1 Liste des laboratoires de microbiologie participants	99
2 Liste des hôpitaux et centres participants	100
3 Variables dans l'enregistrement par les hôpitaux et centres participants	101
4 Classification du diagnostic de LGV	101
5 Résultats des données relatives à la gonorrhée collectées via la notification obligatoire par les médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses en Flandre	102
6 Résultats des données relatives à la syphilis collectées via la notification obligatoire par les médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses en Flandre	104
7 Dépistage des donneurs de sang par la Croix-Rouge	106
8 Sites web reprenant des recommandations relatives aux tests des IST et à la notification au partenaire	108

ABRÉVIATIONS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour la prévention et le contrôle des maladies/États-Unis)
COCOM	Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale
CRS	Centre de référence sida
CRN	Centre de référence national pour le diagnostic et la surveillance microbiologique des IST
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies/UE)
FSF	Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes
FWB	Fédération Wallonie-Bruxelles
HPV	Human Papillomavirus (Papillomavirus humain)
HSH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IMT	Institut de Médecine tropicale, Anvers
IST	Infection sexuellement transmissible
LGV	Lymphogranuloma venereum (lymphogranulomatose vénérienne)
NG	Neisseria gonorrhoeae
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PID	Pelvic Inflammatory Disease (Syndrome inflammatoire pelvien)
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
VAZG	Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ

Les tendances épidémiologiques relatives au *Chlamydia*, à la gonorrhée et à la syphilis sont décrites sur la base des données collectées par les laboratoires vigies de microbiologie.

TENDANCES EN FLANDRE

Le *Chlamydia* est l'IST la plus fréquente en Flandre et en Belgique. Le nombre de cas enregistrés en Flandre est passé de 493 cas en 2002 à 2928 cas en 2013, ce qui correspond à une augmentation de l'incidence rapportée de 8,3/100 000 habitants en 2002 à 45,7/100 000 habitants en 2013.

En Belgique, on constate une augmentation comparable de l'incidence rapportée : de 9,7/100 000 habitants en 2002 (N=996) à 44,0/100 000 habitants (N=4916) en 2013.

L'augmentation s'observe chez les femmes entre 15 et 34 ans, et chez les hommes entre 20 et 40 ans.

En 2013, l'incidence rapportée était la plus élevée chez les jeunes âgés de 20-24 ans, avec 369,3 cas/100 000 femmes et 172,9 cas/100 000 hommes dans le groupe d'âge concerné.

La *gonorrhée* présente également une tendance croissante continue depuis 2002, le nombre d'enregistrements en Flandre étant passé de 178 cas en 2002 à 584 cas en 2013, ce qui correspond à une augmentation de l'incidence rapportée de 3,0/100 000 habitants en 2002 à 9,1/100 000 habitants en 2013.

La tendance en Belgique est parallèle, avec une augmentation de 2,7/100 000 habitants en 2002 (N=278) à 9,0/100 000 habitants (N=1010) en 2013.

En 2013, la gonorrhée était essentiellement enregistrée chez les hommes âgés de 20 à 39 ans, avec 37,7 cas/100 000 hommes dans ce groupe d'âge. Chez les femmes, l'incidence la plus élevée était notée chez les sujets de 20-24 ans, avec 19,1 cas/100 000 femmes.

La *syphilis* présente également une augmentation au cours de la même période (2002-2013), avec 55 enregistrements en 2002 (incidence rapportée 0,9/100 000 habitants) et 524 enregistrements en 2013 (incidence rapportée 8,2/100 000 habitants) en Flandre. Après une diminution du nombre de cas en 2010, on a noté une nouvelle accélération de l'augmentation du nombre de cas en 2013.

En Belgique, le nombre de cas de syphilis augmente, avec une incidence rapportée qui est passée de 1,0/100 000 habitants (N=105) en 2002 à 8,9/100 000 habitants (N=991) en 2013.

La syphilis est essentiellement enregistrée chez les hommes âgés de 30 à 40 ans, avec 36 cas/100 000 hommes dans ce groupe d'âge.

TENDANCES EN WALLONIE

Le **Chlamydia** est l'IST la plus fréquente en Wallonie et en Belgique. Le nombre de cas enregistrés en Wallonie est passé de 165 cas en 2002 à 752 cas en 2013, ce qui correspond à une augmentation de l'incidence rapportée de 4,9/100 000 habitants en 2002 à 21,0/100 000 habitants en 2013.

En Belgique, on constate une augmentation comparable de l'incidence rapportée : de 9,7/100 000 habitants (N=996) en 2002 à 44,0/100 000 habitants (N=4916) en 2013.

L'augmentation s'observe chez les femmes entre 15 et 29 ans, et chez les hommes entre 20 et 39 ans.

En 2013, l'incidence rapportée était la plus élevée chez les jeunes âgés de 20-24 ans, avec 181,4 cas/100 000 femmes et 40,4 cas/100 000 hommes dans le groupe d'âge concerné.

La **gonorrhée** présente également une tendance croissante depuis 2002, le nombre d'enregistrements en Wallonie étant passé de 37 cas en 2002 à 155 cas en 2013, ce qui correspond à une augmentation de l'incidence rapportée de 1,1/100 000 habitants en 2002 à 4,3/100 000 habitants en 2013.

En Belgique, on observe une tendance en faveur d'une augmentation continue, les chiffres passant de 2,7/100 000 habitants en 2002 (N=278) à 9,0/100 000 habitants (N=1010) en 2013.

En 2013, la gonorrhée était essentiellement enregistrée chez les hommes âgés de 20 à 34 ans, avec 16,9 cas/100 000 hommes dans ce groupe d'âge. Chez les femmes, l'incidence la plus élevée était notée chez les sujets de 20-24 ans, avec 10,3 cas/100 000 femmes.

La **syphilis** présente également une augmentation au cours de la même période (2002-2013), avec 21 enregistrements en 2002 (incidence rapportée 0,6/100 000 habitants) et 121 enregistrements (incidence rapportée 3,4/100 000 habitants) en 2013 en Wallonie.

En Belgique, le nombre de cas de syphilis augmente, avec une incidence rapportée qui est passée de 1,0/100 000 habitants (N=105) en 2002 à 8,9/100 000 habitants (N=991) en 2013.

La syphilis est essentiellement enregistrée chez les hommes dans tous les groupes d'âge au-delà de 20 ans.

TENDANCES DANS LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Le **Chlamydia** est l'IST la plus fréquente à Bruxelles et en Belgique. Le nombre de cas enregistrés à Bruxelles est passé de 304 cas en 2002 à 1164 cas en 2013, ce qui correspond à une augmentation de l'incidence rapportée de 31,1/100 000 habitants en 2002 à 99,1/100 000 habitants en 2013.

L'incidence la plus élevée de *Chlamydia* à Bruxelles a été notée en 2011, avec 112,7 cas/100 000 habitants.

En Belgique, on constate une augmentation continue de l'incidence rapportée : de 9,7/100 000 habitants (N=996) en 2002 à 44,0/100 000 habitants (N=4916) en 2013.

L'augmentation a essentiellement été notée chez les femmes âgées de 15 à 29 ans, et chez les hommes âgés de 20 à 39 ans. En 2013, l'incidence rapportée était la plus élevée chez les sujets de 20-24 ans, avec 744,1 cas/100 000 femmes et 174,4 cas/100 000 hommes dans le groupe d'âge concerné.

La **gonorrhée** présente également une tendance croissante depuis 2002, le nombre d'enregistrements à Bruxelles étant passé de 58 cas en 2002 à 245 cas en 2013, ce qui correspond à une augmentation de l'incidence rapportée de 5,9/100 000 habitants en 2002 à 20,9/100 000 habitants en 2013.

En Belgique, on observe une tendance à une augmentation continue, les chiffres passant de 2,7/100 000 habitants en 2002 (N=278) à 9,0/100 000 habitants (N=1010) en 2013.

En 2013, la gonorrhée était essentiellement enregistrée chez les hommes âgés de 15 à 39 ans, avec 71 cas/100 000 hommes dans ce groupe d'âge. Chez les femmes, l'incidence la plus élevée était notée chez les sujets de 20-24 ans, avec 58,2 cas/100 000 femmes.

La **syphilis** présente également une augmentation au cours de la même période (2002-2013), avec 25 enregistrements en 2002 (incidence rapportée 2,6/100 000 habitants) et 334 enregistrements (incidence rapportée 28,4/100 000 habitants) en 2013 à Bruxelles.

En Belgique, le nombre de cas de syphilis augmente, avec une incidence rapportée qui est passée de 1,0/100 000 habitants (N=105) en 2002 à 8,9/100 000 habitants (N=991) en 2013.

La syphilis est essentiellement enregistrée chez les hommes dans tous les groupes d'âge au-delà de 20 ans.

DESCRIPTION DU PATIENT SOUFFRANT D'IST ET CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC

La source utilisée pour la description du patient souffrant d'IST et les circonstances du diagnostic est le réseau sentinelle des IST.

Les patients souffrant d'IST, enregistrés via ce réseau, sont :

- › des hommes et femmes asymptomatiques, ayant subi un dépistage (opportuniste)
- › des hommes et femmes ayant plusieurs partenaires ou qui participent à des relations sexuelles en groupe ou qui pratiquent l'échangisme
- › des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
- › les partenaires des patients souffrant d'IST
- › des femmes enceintes
- › des travailleurs du sexe
- › des utilisateurs de drogues intraveineuses
- › des hommes et femmes d'origine étrangère
- › des personnes ayant eu des rapports sexuels à l'étranger

Les comportements à risque les plus rapportés, étaient :

- › sexe oral (82 %)
- › au moins 2 partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois (66 %)
- › ne pas utiliser régulièrement un préservatif (58 %)
- › participation à des relations sexuelles en groupe (30 %)
- › ne pas prévenir le(s) partenaire(s) sexuel(s) que l'on souffre d'une IST : 48 % des patients souffrant d'une IST ne veulent pas contacter leur(s) partenaire(s) sexuel(s) ; 7 % des cas d'IST ont été diagnostiqués grâce à la notification au partenaire

La plupart des enregistrements d'IST concernaient des :

- › hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (61 % des hommes)
- › jeunes adultes (34 % des patients souffrant d'une IST et 50 % des patients souffrant du *Chlamydia* sont âgés de moins de 25 ans)

La plus grande proportion de patients souffrant d'IST, diagnostiqués via le dépistage, a été enregistrée :

- › dans les centres de planning familial et d'éducation sexuelle (70 %)
- › chez les gynécologues (60 %)
- › dans les cliniques des IST (60 %)
- › et elle est la plus faible chez les généralistes (15 %)

La proportion de patients souffrant d'IST, diagnostiqués via le dépistage, diffère fortement chez les gynécologues participants.

POINTS IMPORTANTS

La surveillance révèle une augmentation continue des IST. Tenant compte du jeune âge de la plupart des patients, on peut proposer un certain nombre de recommandations supplémentaires.

1. Élargir le dépistage opportuniste

Étant donné les complications potentielles (PID, grossesse extra-utérine, infertilité tubaire chez les femmes et diminution de la mobilité des spermatozoïdes chez les hommes), l'évolution fréquemment asymptomatique du *Chlamydia* (jusqu'à 80 % chez les femmes et 60 % chez les hommes) ainsi que de la gonorrhée (jusqu'à 50 % chez les femmes et jusqu'à 20 % chez les hommes), et la transmission périnatale des deux infections de la mère à l'enfant, un dépistage opportuniste du **Chlamydia et de la gonorrhée** pourrait être recommandé via les généralistes et gynécologues en cas de suspicion de comportement à risque (du/de la patient(e) ou de son/sa partenaire).

Le dépistage déjà existant du VIH et de la syphilis (Réf. rapport KCE 6A, 2004) dans le trajet de soins prénatal doit également être élargi au **Chlamydia et à la gonorrhée**.

2. Renforcer le rôle des généralistes

Étant donné le faible nombre de patients atteints d'IST, diagnostiqués au moyen d'un dépistage pratiqué par les généralistes, ceux-ci devraient être encouragés à pratiquer un dépistage en cas de suspicion de comportement à risque.

3. Encourager le dépistage du partenaire

Étant donné que le **dépistage du partenaire** n'a été mentionné explicitement que dans 8 % des cas au sein des systèmes de surveillance, le dépistage du partenaire devrait être généralisé lors de chaque consultation motivée par une IST, afin de repérer les porteurs asymptomatiques et d'éviter une plus grande propagation.

4. Recherche des co-infections

Étant donné que, parmi les patients enregistrés, souffrant d'IST, **3 % étaient simultanément positifs pour le VIH**, que le VIH est également une IST (même mode de transmission), que la plupart des patients souffrant d'IST, co-infectés par le VIH étaient des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, la recherche conjointe du VIH et d'IST pourrait être recommandée, certainement chez les HSH.

Les co-infections les plus souvent observées avec le VIH, sont la syphilis et la gonorrhée.

5. Outil

Le développement d'un **outil d'évaluation des risques et de recommandations relatives au dépistage des IST** ainsi que de formations consacrées au dépistage opportuniste, destinées aux généralistes et aux gynécologues, est recommandé.

INTRODUCTION

SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

La surveillance de la santé et de la maladie englobe la collecte continue de données, l'analyse de ces données et leur interprétation, afin de fournir des informations aux personnes susceptibles d'entreprendre des actions adéquates. (ECDC, Mission of surveillance, 2011 ; Amato-Gauco, the surveillance of communicable diseases in the European Union- A long term strategie 2008-2013, eurosurveillance, 26 juin 2008)

La surveillance épidémiologique et clinique des IST repose sur une surveillance basée sur des indicateurs, la colonne vertébrale des systèmes de surveillance. Elle consiste à collecter des informations relatives aux déterminants des IST et aux caractéristiques des patients souffrant d'IST, en provenance d'établissements de santé (généralistes, hôpitaux, laboratoires), qui sont canalisées depuis le niveau local jusqu'au niveau international, en passant par les niveaux régional et national.

La collecte de données est basée sur les définitions de cas telles que convenues en Europe via le Centre européen de contrôle et de prévention des maladies (ECDC case definitions, Official journal of the European Union, 2012). Ceci garantit des données de haute qualité. (Amato-Gauco, The surveillance of communicable diseases in the European Union - A long term strategie 2008-2013, Eurosurveillance, 26 juin 2008)

Outre la surveillance épidémiologique et clinique, il existe également une surveillance moléculaire, qui consiste en un typage moléculaire ou une détermination de l'empreinte de l'ADN microbien. Elle a connu un développement très rapide depuis 1990 et fait maintenant partie de la caractérisation de routine des souches dans de nombreux laboratoires de référence. Le typage moléculaire contribue à la surveillance des clones et des souches, à la détection précoce d'éclosions internationales répandues et à la prédiction de possibles épidémies. Comme exemple, on peut citer le suivi du profil de résistance de *Neisseria gonorrhoeae* (NG), le «multi-antigen sequence typing» de NG, ainsi que le suivi de la prévalence des souches existantes et récemment découvertes de *Chlamydia trachomatis*. (ECDC, Mission of surveillance, 2011)

Afin de se faire une idée la plus complète possible de la situation en matière d'IST en Belgique et dans les régions, et de pouvoir recommander les mesures appropriées, ces différentes sources sont utilisées.

Le **principal objectif** de ce système d'enregistrement consiste à décrire le patient souffrant d'IST, à définir les déterminants et à offrir des informations qualitatives, essentielles pour la planification des activités de prévention et de contrôle, une compétence des communautés.

LE RÉSEAU DES LABORATOIRES VIGIES DE MICROBIOLOGIE

Le **réseau des laboratoires vigies de microbiologie** a été fondé en 1983 par le Service Épidémiologie des maladies infectieuses de la Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance du WIV-ISP, notamment avec l'enregistrement de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*. L'enregistrement du *Treponema pallidum* (syphilis) a été ajouté en 2002. Ce réseau permet d'obtenir un aperçu du nombre de cas de *Chlamydia*, de gonorrhée et de syphilis avec des données complémentaires sur l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le type d'échantillon et le diagnostic utilisé.

En Belgique, 99 des 178 (59 %) **laboratoires de microbiologie** font partie des laboratoires vigies. En Flandre, 54 des 95 laboratoires (57 %) font partie de ce réseau, contre 10 des 17 laboratoires à Bruxelles (59 %) et 35 des 66 laboratoires en Wallonie (53 %). Ce faisant, ils couvrent 60 % des activités d'enregistrement des IST au niveau national et régional (Verbrugge R, Abrams S, 2013, analyse non publiée). La participation se fait sur une base volontaire. (Annexe 1, p. 99, laboratoires de microbiologie participants).

Après validation et élimination des doubles enregistrements, seuls les cas à propos desquels l'âge et le sexe sont connus, sont repris dans les analyses et les discussions.

Dans les analyses, l'incidence des IST est calculée en utilisant les données de population par région, par sexe et par groupe d'âge. Les incidences présentées sous forme de tableaux correspondent aux incidences rapportées et elles constituent donc une sous-estimation des incidences réelles.

LE CENTRE DE RÉFÉRENCE NATIONAL POUR LES IST

Le **centre de référence national pour les IST** (IMT, Anvers) suit le profil de résistance de *Neisseria gonorrhoeae* et identifie les sérovars L de *Chlamydia trachomatis* pour confirmer un *Lymphogranuloma venereum* ou LGV. Cependant, il n'existe actuellement pas encore de système de surveillance national pour le LGV.

Le nombre de cas enregistrés, les incidences rapportées et les tendances pour les 3 IST, y compris le LGV, ainsi que les résultats du suivi du profil de résistance antimicrobien de la gonorrhée sont analysés au niveau national et régional à la partie 1, à partir de la page 21.

Les tableaux et graphiques reprenant les données régionales pour la Communauté flamande, la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Région de Bruxelles-Capitale sont repris de manière détaillée à partir des pages 69, 79 et 89, respectivement.

LE RÉSEAU SENTINELLE DE CLINICIENS POUR LA SURVEILLANCE DES IST

Le réseau sentinelle de cliniciens pour la surveillance des IST, organisé par le Service Épidémiologie des maladies infectieuses de la DO Santé publique et Surveillance du WIV-ISP, existe depuis octobre 2000.

Les médecins participants sont des gynécologues, dermatologues, généralistes, internistes, urologues, auxquels s'ajoutent les centres de planning familial, les cliniques des IST et les centres médicaux pour étudiants (annexe 2, page 100). L'enregistrement est effectué sur une base volontaire.

Jusqu'en 2012, les généralistes étaient sous-représentés dans le réseau sentinelle des IST. C'est pour cette raison que, le 1er janvier 2013, les cabinets de médecine générale ont été intégrés au réseau sentinelle des IST. Ce réseau est décrit en page 17.

En 2013, le réseau sentinelle intégré des IST était constitué de telle manière qu'environ 1 % de chaque type de pratique spécialisée est représenté pour la Belgique et pour chaque région (CDC – pandemic control 0.8 % coverage).

Les IST suivantes sont surveillées : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, Herpes simplex (herpès génital), *Treponema pallidum* (syphilis), *Papillomavirus* humain clinique (verruës génitales, condylomes), pelvic inflammatory disease (PID), *Lymphogranuloma venereum* (LGV). Les hépatites B et C ne sont mentionnées qu'en cas de contamination sexuelle. D'autres affections à signaler sont la pédiculose pubienne, la donovanose, le chancre mou ou une autre infection à spécifier, parce que certaines maladies qui ne posent pas de problème dans la population générale peuvent poser problème dans un groupe déterminé de la population.

Un nouveau cas d'IST est défini comme un patient présentant un nouvel épisode ou un premier épisode d'une ou plusieurs IST sélectionnées, indépendamment du fait que ce patient consulte – ou non – en premier lieu à la suite d'une plainte relative à cette IST.

Les patients souffrant d'une infection herpétique récidivante ou de verrues génitales sont exclus. Seule une primo-infection est enregistrée pour cette IST. Pour le *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis, le médecin peut indiquer s'il s'agit d'une réinfection. Les diagnostics posés chez des patient(e)s qui consultent pour

une grossesse ou un dépistage d'IST sont également pris en compte. Les variables demandées peuvent être consultées à l'annexe 3, page 101.

Les critères diagnostiques sont basés sur les définitions de cas par l'UE (ECDC Case Definitions, Official European journal, 2012). Pour le LGV, les diagnostics sont considérés comme un cas avéré, probable ou possible sur la base des critères indiqués dans le tableau repris à l'annexe 4, page 101.

L'enregistrement est effectué de manière continue : chaque nouvel épisode d'une ou plusieurs IST chez un patient qui se présente dans un cabinet médical participant est inclus.

Le réseau sentinelle reçoit un courrier mensuel lui rappelant d'enregistrer les IST, soit via le site Web destiné à l'enregistrement, soit par le biais de formulaires papier qui doivent ensuite être renvoyés.

L'encodage des données est anonyme.

Les données sont analysées à l'aide des logiciels statistiques SAS et STATA.

Les analyses ont montré qu'il n'existe pas de différences notables en ce qui concerne les déterminants des IST, les profils de risque et les comportements à risque entre les différentes régions. Les analyses ont également montré que les déterminants des IST, les profils de risque et les comportements à risque des patients souffrant d'IST, diagnostiqués par les généralistes vigies, ne diffèrent pas notablement de ceux des patients souffrant d'IST, enregistrés via le réseau sentinelle des IST.

Les résultats de cette surveillance intégrée au sujet des déterminants des IST et des caractéristiques du patient souffrant d'IST seront abordés à la partie 2, à partir de la page 47.

LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VIGIES

Le réseau des Médecins généralistes vigies a été fondé en 1979 par l'actuel Service d'étude des soins de santé de la Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance du WIV-ISP. Le réseau collecte les données de morbidité relatives à un large éventail de maladies, tant infectieuses que non infectieuses, observées par les généralistes en Belgique et dans les régions. Les programmes d'enregistrement annuels englobent chaque fois 8 problèmes de santé, pouvant varier d'une année à l'autre. Certains thèmes sont conservés plus longtemps afin d'en suivre l'incidence dans le temps. Ainsi, le réseau transmet chaque semaine le nombre de cas de syndromes grippaux et d'infections aiguës des voies respiratoires. Outre l'enregistrement de ces données cliniques, on réalise également des frottis rhinopharyngés chez un échantillon aléatoire de patients souffrant d'un syndrome grippal. L'enregistrement est effectué sur une base volontaire et de manière

hebdomadaire, à l'aide de formulaires papier. En 2013, le réseau englobait 139 cabinets vigies participant régulièrement, incluant un total de 170 généralistes. Ces cabinets sont répartis de manière homogène en Belgique et dans les régions. Les généralistes participants correspondent bien à la population totale de généralistes, en termes d'âge et de sexe. En 2013, la population atteinte par les médecins vigies a été estimée à 169 475 habitants en Belgique, soit 1,5 % de la population totale, à 112 593 habitants en Flandre, soit 1,8 % de la population, à 39 201 habitants en Wallonie, soit 1,1 % de la population, et enfin à 17 196 habitants à Bruxelles, soit 1,5 % de la population. Étant donné qu'il n'existe pas de listes de patients par cabinet, cette estimation est effectuée sur la base du nombre de contacts-patients par généraliste.

Le réseau des généralistes vigies a débuté la surveillance des IST en 2013 et continuera à l'effectuer ces prochaines années.

Chaque nouvel épisode des 4 IST suivantes est enregistré, après confirmation du laboratoire (à l'exception des verrues génitales) : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* (syphilis), *Papillomavirus* humain clinique (verrues génitales, condylomes). Les critères diagnostiques sont basés sur les définitions de cas par l'UE (ECDC Case Definitions, Official European journal, 2012).

Pour ce rapport annuel, les données collectées par le réseau des médecins généralistes vigies sont intégrées aux données du réseau sentinelle des IST.

Les résultats de cette surveillance intégrée seront analysés à la partie 2, traitant des déterminants du patient souffrant d'IST.

<http://www.wiv-isp.be/epidemio/epinl/index10.htm>

LA NOTIFICATION OBLIGATOIRE DES CAS CLINIQUES

Il existe également une **notification obligatoire** des cas cliniques de gonorrhée, de syphilis et d'hépatite B aiguë par les **médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses de la Communauté flamande, de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Région de Bruxelles-Capitale**. Les variables incluses sont le sexe et l'âge. Les informations sur le lieu de résidence, la nationalité et le lieu de l'infection (en Belgique ou à l'étranger) sont également disponibles, bien qu'elles n'aient pas été analysées dans ce rapport. Ce système d'enregistrement offre des données sur une longue période.

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des IST à notification obligatoire dans les 3 régions.

	<i>Chlamydia</i>	Gonorrhoea	Syphilis	Acute Hep B*
Flanders		X	X	X
Wallonia			Only congenital	
Brussels		X	X	X
* Ces données ne sont pas analysées étant donné qu'on ignore si l'infection a été transmise sexuellement.				

Pour de plus amples informations sur la notification obligatoire, consultez les sites Web : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Infectieziektes> pour la Communauté flamande, <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/institutions-agreees/politique-de-la-sante/maladies-transmissibles> pour la Région de Bruxelles-Capitale et <http://www.sante.cfwb.be> pour la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Les données obtenues via la notification obligatoire sont analysées en termes d'âge et de sexe par le Service Épidémiologie des Maladies infectieuses de la Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance du WIV-ISP. Les résultats relatifs à la Flandre figurent à l'annexe 5, page 102 (pour la gonorrhée) et à l'annexe 6, page 104 (pour la syphilis).

AUTRES SOURCES

La Croix-Rouge (pour la Wallonie) et het Rode Kruis (pour la Flandre) enregistrent également l'incidence de la syphilis, des hépatites B et C et du VIH chez les donneurs de sang volontaires. Les recommandations pour la surveillance des IST de l'OMS mentionnent que le dépistage de la syphilis chez les donneurs de sang peut constituer une source potentiellement importante de données de prévalence, nonobstant les limitations de ces données. (UNAIDS.WHO, Working Group on global HIV/AIDS and STI surveillance. Guidelines for sexually Transmitted infections surveillance, 1999). Un aperçu de la situation de 2012 est repris à l'annexe 7, page 106.

Vingt-neuf pays rapportent les cas de *Chlamydia*, de gonorrhée et de syphilis à l'ECDC. La base de données de l'ECDC est utilisée pour comparer les résultats de la Belgique avec ceux de l'ensemble de l'Europe.

Les données démographiques d'**Eurostat** (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>) sont utilisées pour arriver à l'incidence rapportée. Des données sont demandées à l'**INAMI** (communication personnelle) pour suivre le nombre et l'intensité des tests effectués.

1 TENDANCES DES IST SELON L'ÂGE ET LE SEXE

1.1 TENDANCES GÉNÉRALES

Ce chapitre nous indique que le nombre d'enregistrements effectués par les laboratoires vigies, et donc l'incidence rapportée de *Chlamydia*, de la gonorrhée et de la syphilis continue à augmenter depuis 2002 (figure 1).

Le *Chlamydia* est l'IST la plus fréquente. On constate une augmentation importante et continue. Depuis 2002, l'incidence rapportée a augmenté de 16 % par an en moyenne : de 9,7 (N=996) cas pour 100 000 habitants en 2002 à 44,0 (N=4916) cas pour 100 000 habitants en 2013.

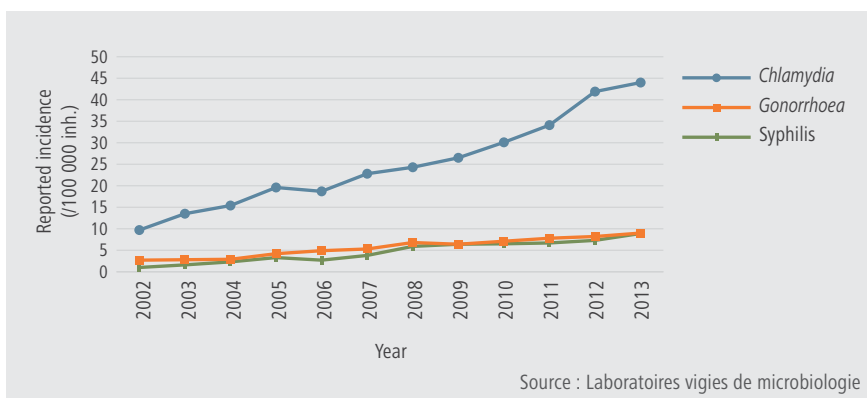
L'incidence rapportée pour la gonorrhée présente également une tendance croissante continue depuis 2002, avec 2,7 (N=287) cas pour 100 000 habitants en 2002 et 9,0 (N= 1010) cas pour 100 000 habitants en 2013. L'augmentation moyenne au cours des 11 dernières années atteint 13 % par an.

En ce qui concerne la syphilis, on observe également une augmentation continue de l'incidence rapportée au cours de la même période (2002-2013), avec 1,0 cas (N=105 cas) pour 100 000 habitants en 2002 et 8,9 (N=991) cas pour 100 000 habitants en 2013. L'augmentation moyenne annuelle au cours des 11 dernières années atteint 25 %.

Cette augmentation de l'incidence rapportée est également valable pour les 3 régions, l'incidence étant la plus élevée dans la Région de Bruxelles-Capitale. On note également des incidences rapportées élevées des 3 IST dans les arrondissements d'Anvers et de Gand.

Les données régionales ainsi que les données internationales par IST sont analysées en détail aux rubriques suivantes. Les données régionales, résumées dans des tableaux et graphiques, peuvent être consultées à partir de la page 69 pour la Flandre, de la page 79 pour la Wallonie et de la page 89 pour Bruxelles.

Figure 1 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis en Belgique, 2002-2013



1.2 CHLAMYDIA

L'infection par *Chlamydia trachomatis* est l'IST la plus fréquemment rapportée dans les trois régions belges ainsi qu'en Europe. La tendance épidémiologique croissante du nombre de cas persiste également en 2013.

En 2013, l'augmentation a principalement été constatée en Flandre et en Wallonie. Depuis plusieurs années, l'incidence la plus élevée est observée à Bruxelles.

Le groupe le plus touché est constitué des femmes jeunes âgées de 15 à 30 ans. Le rapport hommes/femmes atteint 1:1,94. Le rapport hommes/femmes et la répartition en fonction de l'âge sont parallèles dans les 3 régions.

Dans les arrondissements de Bruxelles, de Gand, d'Anvers et de Liège, l'incidence rapportée est la plus élevée, avec respectivement 99, 90, 77 et 34 cas pour 100 000 habitants.

En 2012, en Europe, 184 (N=385 307) cas pour 100 000 habitants ont été rapportés à l'ECDC par 26 pays.

L'infection par le *Chlamydia* peut provoquer des inflammations au niveau du vagin, du col utérin, de l'anus, de l'urètre et du pénis, mais aussi de la gorge et des yeux. Les infections par le *Chlamydia* sont généralement asymptomatiques. Chez les femmes, une infection non traitée peut entraîner un PID, qui est une cause importante de douleurs pelviennes chroniques, de grossesses ectopiques et de problèmes de fertilité. Chez les patientes atteintes du *Chlamydia*, le risque de développer un PID atteint 10 à 30 %. (ECDC, factsheet for professionals, 2011)

En outre, les femmes enceintes contaminées par le *Chlamydia* peuvent transmettre l'infection à leur bébé durant l'accouchement. Ceci peut provoquer une conjonctivite, une laryngite ou une pneumonie. On parle alors d'infection périnatale à *Chlamydia*.

1.2.1 INCIDENCE RAPPORTÉE EN 2013 ET TENDANCES DANS LES 3 RÉGIONS ET EN BELGIQUE

Incidence rapportée

En 2013, 4916 cas, dont l'âge et le sexe sont connus, ont été signalés via les **laboratoires vigies de microbiologie**. La plupart des cas de *Chlamydia* ont été rapportés en Flandre. L'incidence rapportée est la plus élevée à Bruxelles, avec 99 cas/100 000 habitants.

Des incidences rapportées élevées ont successivement été notées en Flandre pour les arrondissements de Gand (90 cas/100 000 habitants) et d'Anvers

(77 cas/100 000 habitants). En Wallonie, l'incidence rapportée la plus élevée a été notée dans l'arrondissement de Liège (34 cas/100 000 habitants).

Tableau 1 | Nombre de cas enregistrés et incidence rapportée (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia* dans les 3 régions et en Belgique, 2013

	Number of registered cases	Estimated mean incidence /100 000 inhabitants, 2013
Belgium*	4916	44
Flanders	2928	46
Wallonia	752	21
Brussels	1164	99
* The region is not known for 72 cases		
Source : Laboratoires vigies de microbiologie		

Tendance

Dans les trois régions belges ainsi qu'en Belgique, le nombre de cas diagnostiqués continue à augmenter, avec une incidence rapportée nationale moyenne de 9,7/100 000 habitants en 2002 à 44,0/100 000 habitants en 2013 (figure 1).

En Flandre, l'incidence est passée de 8,3/100 000 habitants en 2002 à 45,7/100 000 habitants en 2013 (page 69, tabl. 1, fig. 1).

En Wallonie, l'incidence est passée de 4,9/100 000 habitants en 2002 à 21,0/100 000 habitants en 2013 (page 79, tabl. 1, fig. 1). Enfin, à Bruxelles, l'incidence est passée de 31,1/100 000 habitants en 2002 à 99,1/100 000 habitants en 2013 (page 89, tabl. 1, fig. 1).

Ceci peut être dû à une augmentation du nombre de tests demandés (intensité de test), à une augmentation de l'incidence et/ou à une meilleure approche des groupes cibles.

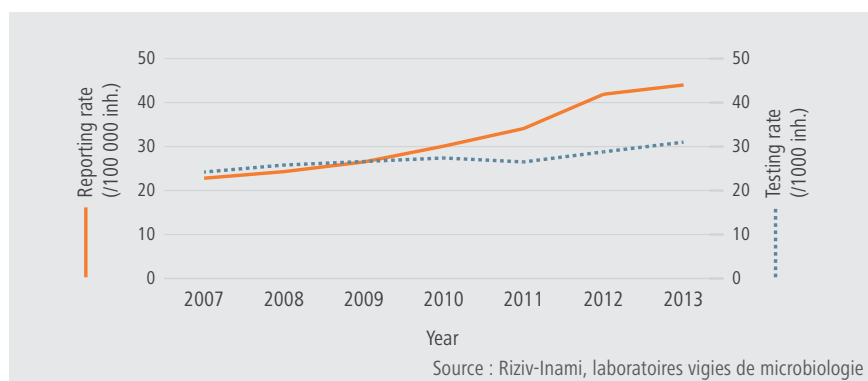
Pour pouvoir interpréter la tendance croissante, nous avons également analysé la tendance au niveau du nombre de tests diagnostiques demandés pour le *Chlamydia* entre 2007 et 2013 : on note une augmentation plus rapide de l'incidence rapportée que de l'intensité de test pour la Belgique (figure 2) et la Flandre (page 73, figure 5). Ceci pourrait indiquer une incidence réellement croissante et/ou une offre de tests ciblés plus étendue en Flandre. Ces données ne permettent pas de déduire dans quelle mesure ces deux facteurs contribuent à l'augmentation de la fréquence des tests et des diagnostics de cas de *Chlamydia*. Il faudrait également vérifier si l'on ne pratique pas trop peu de tests dans certains groupes cibles.

Pour la Wallonie, l'augmentation de l'incidence rapportée et de l'intensité de test est parallèle, à l'exception de l'année 2012, où l'on note une brusque augmentation de l'incidence rapportée, avec 19,4/100 000 habitants, contre 10,9/100 000 habitants en 2011 (page 83, fig. 5). Ceci peut être expliqué par l'entrée d'un laboratoire de microbiologie attaché à une institution universitaire

en 2012 dans le réseau des laboratoires vigies. Ainsi, on peut supposer, pour la Wallonie, que l'incidence réelle du *Chlamydia* n'augmente pas, mais plutôt qu'elle reste stable. Toutefois, il faudrait s'assurer avec certitude que l'on ne pratique pas trop peu de tests, étant donné l'augmentation parallèle.

Par contre, à Bruxelles, on constate une tendance décroissante du nombre d'enregistrements depuis 2011. Pourtant, l'intensité de test, tout comme l'incidence, y reste la plus élevée (page 93, fig. 5). On pourrait supposer que l'activité de test était optimale à Bruxelles en 2011, suivie d'une diminution du nombre de nouvelles infections, ou que les activités de test en 2012 et en 2013 étaient moins ciblées.

Figure 2 | Tendance au niveau de l'incidence rapportée pour 100 000 habitants et du nombre de tests pour 1000 habitants pour le *Chlamydia* en Belgique, 2007-2013



1.2.2 RÉPARTITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE POUR LE *CHLAMYDIA*

En 2013, 4916 patients atteints d'un *Chlamydia* ont été enregistrés, parmi lesquels 3243 femmes et 1673 hommes.

Dans les trois régions belges, la tranche d'âge la plus touchée concerne les sujets de 15 à 29 ans.

Répartition selon le sexe

Si nous regardons le nombre de cas de *Chlamydia* en fonction du sexe, nous constatons que l'on enregistre davantage de cas chez les femmes que chez les hommes. Le rapport hommes/femmes atteint 1/1,94.

On note une augmentation continue dans les deux sexes, le chiffre passant chez les femmes de 15 (N=794) cas pour 100 000 habitants en 2002 à 57 (N=3243) cas pour 100 000 habitants en 2013 ; chez les hommes, les chiffres passent de

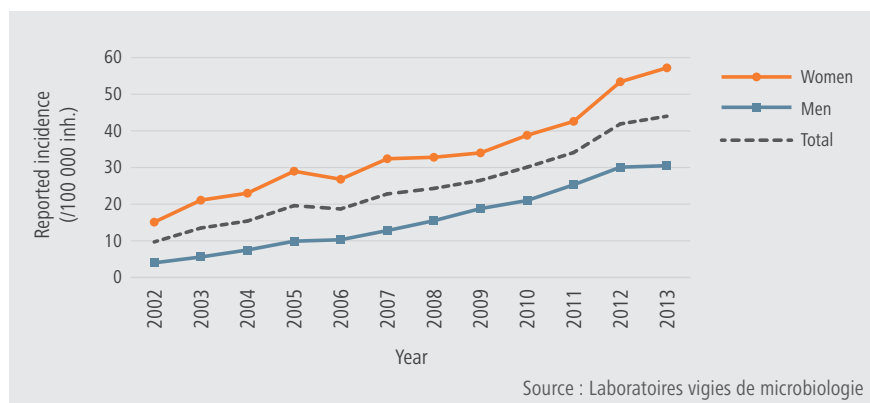
4 (N=202) cas pour 100 000 habitants en 2002 à 30 (N=1673) cas pour 100 000 habitants en 2013 (figure 3).

En Flandre, l'incidence rapportée chez les femmes est passée de 11/100 000 habitants (N=346) en 2002 à 54/100 000 habitants (N=1752) en 2013 ; chez les hommes, les chiffres passent de 5/100 000 habitants (N=147) en 2002 à 37/100 000 habitants (N=1176) en 2013 (page 71, tabl. 3, fig. 3).

En Wallonie, l'incidence rapportée chez les femmes est passée de 8/100 000 habitants (N=143) en 2002 à 32/100 000 habitants (N=588) en 2013 ; chez les hommes, les chiffres passent de 1/100 000 habitants (N=22) en 2002 à 9/100 000 habitants (N=164) en 2013 (page 81, tabl. 3, fig. 3).

À Bruxelles, l'incidence rapportée chez les femmes est passée de 55/100 000 habitants (N=278) en 2002 à 144/100 000 habitants (N=861) en 2013 ; chez les hommes, les chiffres passent de 6/100 000 habitants (N=27) en 2002 à 53/100 000 habitants (N=303) en 2013 (page 91, tabl. 3, fig. 3).

Figure 3 | Tendance au niveau de l'incidence rapportée spécifique du sexe (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia* en Belgique, 2002-2013

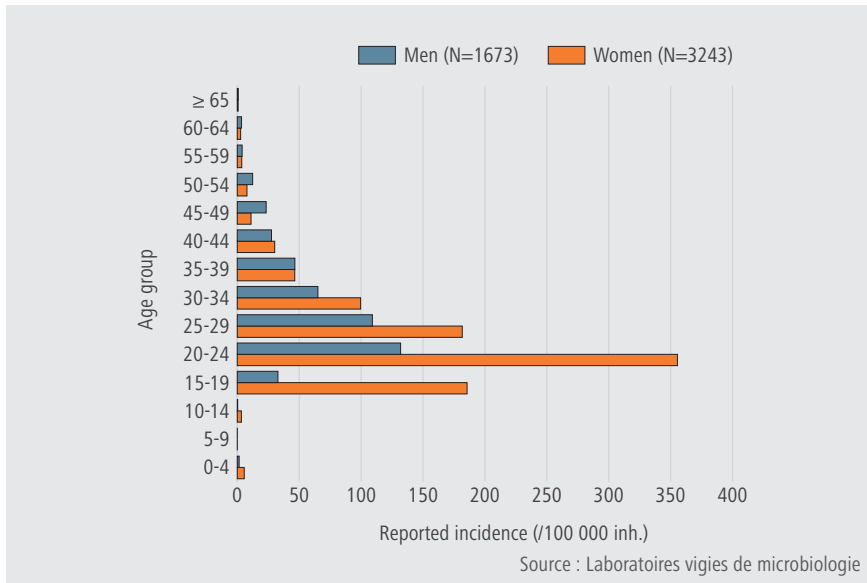


Répartition selon l'âge

Les sujets les plus touchés sont âgés de 15 à 29 ans (femmes) et de 20 à 34 ans (hommes). L'âge moyen est de 25 ans chez les femmes et 30 ans chez les hommes. Cette observation est valable dans les 3 régions.

Les répartitions selon l'âge en fonction du sexe sont parallèles pour la Belgique (figure 4) et pour les 3 régions (annexes régionales : tabl. 2, fig. 2).

Figure 4 | Incidence rapportée spécifique du sexe et de l'âge (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia* en Belgique, 2013



En 2013, on a enregistré 18 filles et 5 garçons souffrant d'infections périnatales à *Chlamydia* (parmi lesquels 4 filles et 1 garçon en Flandre, 4 filles et 1 garçon en Wallonie et 10 filles et 3 garçons à Bruxelles). Ces chiffres sont plus élevés qu'en 2011 - avec un enregistrement total de 8 filles et 6 garçons – et qu'en 2012, avec 15 filles et 5 garçons.

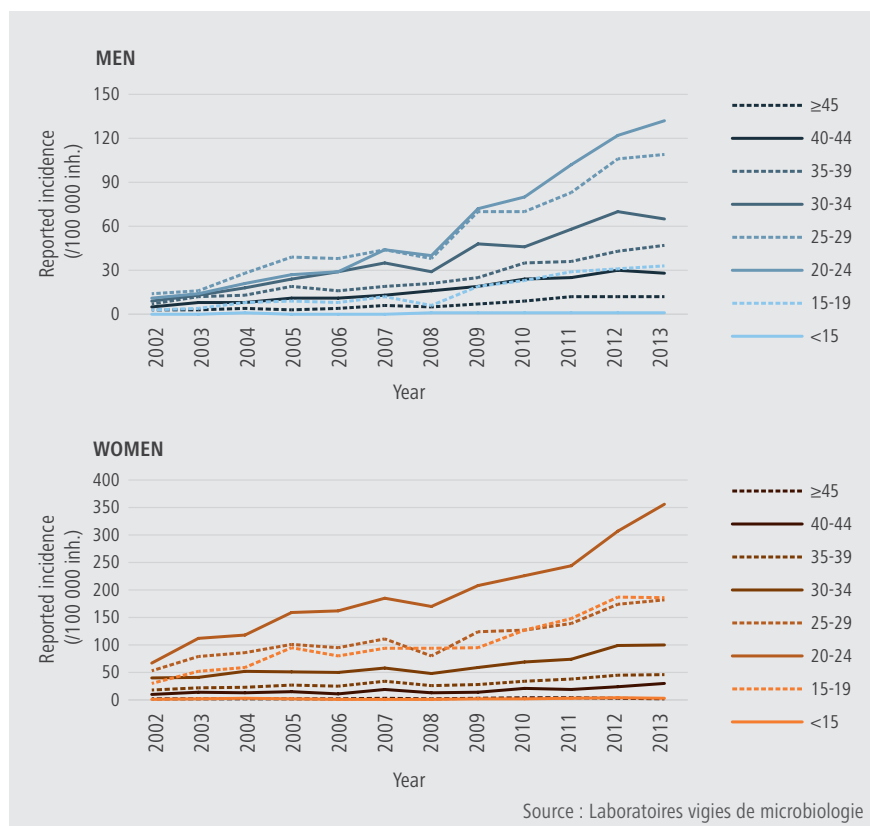
La recherche du *Chlamydia* dans les groupes d'âge de 15 à 34 ans, ainsi qu'une recherche avant et pendant la grossesse, fait partie des mesures recommandées.

Étant donné l'incidence élevée du *Chlamydia* dans des groupes d'âge spécifiques, il est intéressant d'examiner la tendance par groupe d'âge entre 2002 et 2013.

Chez les femmes, on observe une tendance croissante continue dans tous les groupes d'âge, cette tendance étant la plus marquée chez les femmes de 20-24 ans. Chez les hommes, l'incidence la plus élevée est rapportée chez les sujets de 20-24 ans, suivis de près par les sujets de 25-29 ans (figure 5).

On ne note pas de différences régionales notables (annexes régionales : tabl. 4, fig. 4).

Figure 5 | Tendance au niveau de l'incidence rapportée spécifique de l'âge et du sexe (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia* en Belgique, 2002-2013



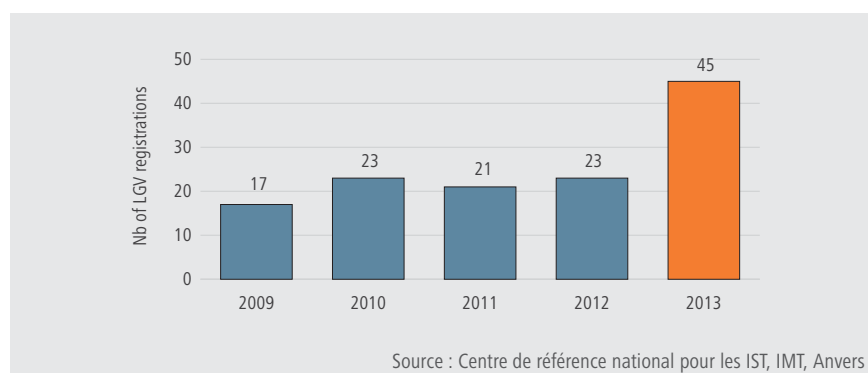
1.2.3 SEROVARS L DU *CHLAMYDIA* (LGV)

En 2013, 45 cas avérés de LGV ont été rapportés par le Centre de référence national pour les IST (CNR). Tous les sujets infectés étaient des HSH âgés de 25 à 43 ans et séropositifs pour le VIH.

Entre 2009 et 2012, le CNR a rapporté chaque année 20 cas de LGV (figure 9). Le CNR est le seul laboratoire de microbiologie qui effectue le test de confirmation pour le LGV en Belgique. Ce test englobe l'identification moléculaire du sérovar L de *Chlamydia trachomatis* en cas de PCR positive pour *Chlamydia trachomatis* (voir aussi annexe 4 - définitions des cas de LGV). Le test de confirmation pour le LGV est effectué en cas de tableau clinique de LGV ou chez un partenaire sexuel d'un patient atteint de LGV.

Actuellement, seul un nombre limité d'échantillons de cas suspects de LGV sont envoyés au CNR, de sorte que le nombre réel de cas est sous-estimé en Belgique.

Figure 6 | Tendance au niveau du nombre de cas avérés de LGV, 2009-2013, CNR



Il est fortement recommandé d'envoyer les échantillons des patients présentant une suspicion de LGV au CRN, non seulement pour confirmer le diagnostic, mais aussi en vue d'un meilleur suivi épidémiologique.

1.2.4 COMPARAISON INTERNATIONALE (RAPPORT ECDC)

Nous comparons la répartition des enregistrements de *Chlamydia* selon le sexe et l'âge en Belgique avec ceux rapportés à l'ECDC par 27 pays.

Chlamydia trachomatis

En Europe, en 2012, 184 cas (N=385 307) pour 100 000 habitants ont été rapportés à l'ECDC (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe) par 26 pays. 62 % des enregistrements de *Chlamydia* proviennent du Royaume-Uni.

Les infections à *Chlamydia* sont davantage rapportées chez les femmes que chez les hommes : on compte 1,42 fois plus de femmes infectées que d'hommes. En Belgique, on comptait 1,94 fois plus de femmes infectées que d'hommes (figure 7). La répartition des cas de *Chlamydia* rapportés à l'ECDC en fonction de l'âge, comparativement à la Belgique, est reprise à la figure 8 : deux tiers de tous les cas de *Chlamydia* rapportés en Europe concernaient des jeunes âgés de 15 à 24 ans.

La répartition selon l'âge et le sexe est fortement influencée par les pays ayant une stratégie de dépistage spécifique pour les jeunes de 15-20 ans ainsi qu'une politique de notification au partenaire, comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Cette politique a été introduite en 2008 après qu'on a constaté qu'il existe beaucoup (60-80 %) de porteurs asymptomatiques dans ce groupe d'âge, et ce

dans les deux sexes (ECDC factsheet for professionals, 2011). Les jeunes de 15-20 ans ainsi que les hommes de tous les groupes d'âge sont les moins testés en Belgique (Présentation orale, Verbrugge R, *Chlamydia Trachomatis* : trends and facts for young adults between 15 and 34 years old living in Belgium, 2007-2011, 2nd European conference of National strategies for *Chlamydia trachomatis* and Human Papillomavirus IECCLM, Berlin, mai 2013). Ceci pourrait expliquer l'âge (sujets plus âgés) et le rapport hommes/femmes en Belgique et dans les régions.

Figure 7 | Répartition selon le sexe (%) pour le *Chlamydia* en Europe et en Belgique

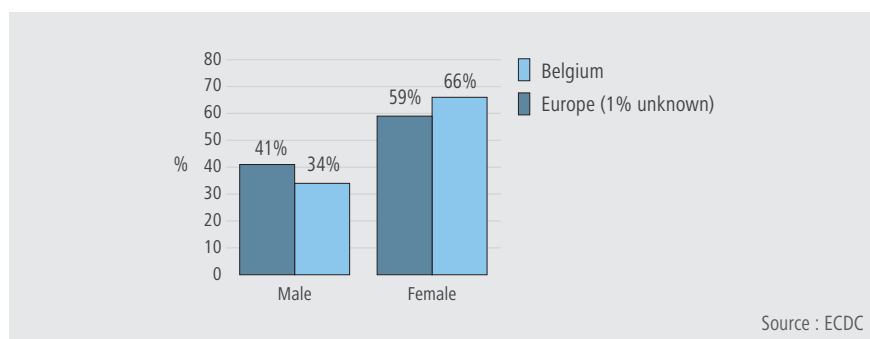
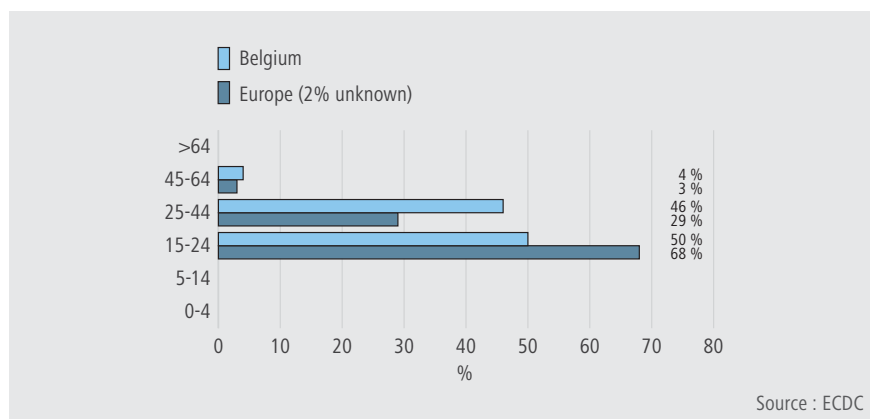


Figure 8 | Répartition selon l'âge (%) pour le *Chlamydia* en Europe et en Belgique



PID

En Europe, on ne collecte pas de données au sujet du nombre de cas de PID. D'après la littérature médicale européenne, le *Chlamydia* est responsable de 50 % des cas de PID en Europe ; 10 à 30 % des patientes atteintes d'un *Chlamydia* risquent de développer un PID. (ECDC, factsheet for professionals, 2011)

LGV

En 2012, 830 cas de LGV ont été signalés à l'ECDC par 8 pays (données non encore publiées, ECDC). Entre 2000 et 2009, on a rapporté un total de 1390 cas.

En 2012, 98 % des cas ont été diagnostiqués chez des HSH, et les sujets de 35-44 ans sont les plus touchés. En ce qui concerne les patients dont le statut VIH est connu, 75 % sont séropositifs pour le VIH.

De nombreux pays ne rapportent pas cette infection, étant donné que le diagnostic est compliqué en raison du test de confirmation (génotypage avec PCR), ce qui fait que l'incidence réelle est très probablement fortement sous-estimée. Les pays qui signalent cette infection font également face à des difficultés : seul un nombre limité d'échantillons suspects de LGV sont soumis au test de confirmation et ils ne sont d'habitude pas rapportés.

1.3 GONORRHÉE

Neisseria Gonorrhoeae connaît une tendance épidémiologique croissante depuis 2002 dans les 3 régions en Belgique ainsi qu'en Europe.

Pour la Flandre et la Wallonie, cette tendance se poursuit également en 2013. À Bruxelles, la tendance épidémiologique diminue pour la dernière année d'enregistrement. Malgré cela, Bruxelles connaît l'incidence la plus élevée depuis plusieurs années.

La plupart des cas sont constatés chez des hommes âgés de 20 à 35 ans. Le rapport hommes/femmes est de 3,3:1. Le rapport hommes/femmes et la répartition selon l'âge sont parallèles pour les 3 régions.

En Flandre, l'incidence rapportée est la plus élevée dans les arrondissements d'Anvers et de Gand, avec respectivement 27 et 13 cas pour 100 000 habitants. À Bruxelles, l'incidence rapportée est de 22 cas pour 100 000 habitants. En Wallonie, l'incidence rapportée la plus élevée a été notée à Liège, avec 4 cas pour 100 000 habitants.

En 2012, en Europe, 15 cas (N=47 387) de *Neisseria gonorrhoeae* pour 100 000 habitants ont été rapportés à l'ECDC.

Cette année, en Belgique, la gonorrhée peut toujours être traitée au moyen des antibiotiques recommandés en traitement de première et de deuxième ligne. Il faut cependant rester très vigilant, car des signes de résistance au dernier antibiotique disponible, en l'occurrence la ceftriaxone, sont observés. Il est à craindre que d'ici peu, la gonorrhée ne pourra plus être traitée par monothérapie. La bithérapie par ceftriaxone et azithromycine est dès lors recommandée.

Les bactéries de la gonorrhée se trouvent notamment dans la muqueuse du vagin, du pénis, du rectum et de la gorge. La plupart des infections chez l'homme sont symptomatiques, de sorte qu'elles sont plus rapidement détectées et traitées. Chez les femmes, 40 à 70 % des sujets infectés sont asymptomatiques. Tout comme une infection par le *Chlamydia*, une gonorrhée non traitée peut entraîner un PID. Les femmes enceintes infectées par la gonorrhée peuvent transmettre l'infection à leur bébé lors de l'accouchement, ce qui peut entraîner une conjonctivite, une laryngite ou une pneumonie. La gonorrhée multirésistante aux médicaments antimicrobiens représente un problème mondial. La bactérie montre depuis 2012 les premiers signes de résistance au dernier médicament efficace.

1.3.1 INCIDENCE RAPPORTÉE EN 2013 ET TENDANCES DANS LES 3 RÉGIONS ET EN BELGIQUE

Incidence rapportée

En 2013, on a enregistré 1010 cas de gonorrhée via les **laboratoires vigies de microbiologie**, la région étant connue pour 981 d'entre eux.

La plupart des cas de gonorrhée sont diagnostiqués en Flandre (N=584). L'incidence rapportée est la plus élevée dans la Région de Bruxelles-Capitale (22 cas/100 000 habitants) (tableau 2).

L'incidence rapportée est la plus élevée dans les arrondissements d'Anvers (27 cas/100 000 habitants) et de Bruxelles (22 cas/100 000 habitants), suivis par Gand (13 cas/100 000 habitants), Saint-Nicolas (9 cas/100 000 habitants), Nivelles (9 cas/100 000 habitants), Halle (7 cas/100 000 habitants) et Liège (4 cas/100 000 habitants).

Tableau 2 | Nombre de cas de gonorrhée enregistrés et incidence rapportée (/100 000), Belgique et les 3 régions, 2013

	Number of registered cases	Reported incidence /100 000 inhabitants, 2013
Belgium*	1010	9
Flanders	584	9
Wallonia	155	4
Brussels	245	21

* The region is unknown for 17 cases

Tendance

Dans les trois régions ainsi que pour l'ensemble de la Belgique, le nombre de cas diagnostiqués continue à augmenter, avec une incidence rapportée nationale moyenne qui est passée de 2,7/100 000 habitants en 2002 à 9,1/100 000 habitants en 2013 (figure 1).

En Flandre, l'incidence est passée de 3,0/100 000 habitants (N=178) en 2002 à 9,1/100 000 habitants (N=584) en 2013 (page 69, tabl. 1, fig. 1).

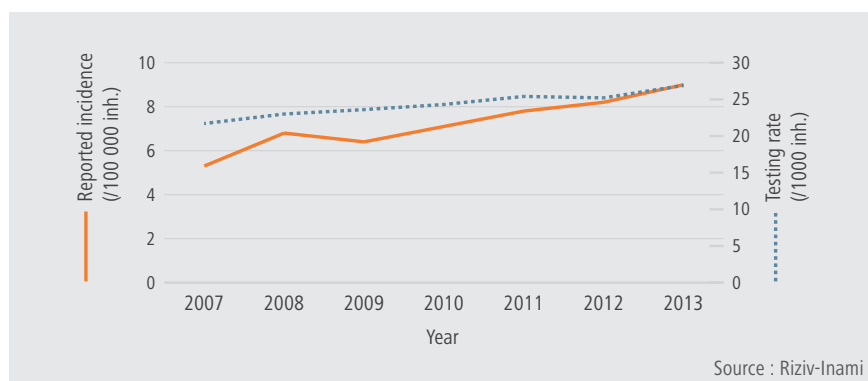
En Wallonie, l'incidence est passée de 1,1/100 000 habitants (N=37) en 2002 à 4,3/100 000 habitants (N=155) en 2013 (page 79, tabl. 1, fig. 1) et à Bruxelles, l'incidence est passée de 5,9/100 000 habitants (N=58) en 2002 à 22/100 000 habitants (N=245) en 2013 (page 89, tabl. 1, fig. 1).

Ceci peut être dû à une augmentation du nombre de tests demandés (intensité de test), à une augmentation de l'incidence et/ou à une meilleure approche des groupes cibles.

Pour pouvoir interpréter cette tendance croissante, nous avons également analysé la tendance au niveau du nombre de tests diagnostiques demandés pour la gonorrhée entre 2007 et 2013 pour la Belgique et les 3 régions (figure 9) : l'augmentation du nombre d'enregistrements de gonorrhée pour 100 000 habitants et l'augmentation un peu plus rapide du nombre de tests effectués pour 1000 habitants en Belgique, en Flandre et en Wallonie laisse supposer qu'il n'y a pas d'augmentation de l'incidence, que l'offre de test est certainement suffisante, mais qu'on ne diagnostique peut-être pas tous les cas (annexes régionales, fig. 8). À Bruxelles, on observe une tendance décroissante au niveau du nombre d'enregistrements depuis 2011, avec une légère augmentation de l'intensité de test. Toutefois, l'incidence y est la plus élevée parmi les 3 régions. On pourrait affirmer que l'activité de test était optimale à Bruxelles en 2011, suivie d'une diminution du nombre de nouvelles infections, ou que l'activité de test était moins ciblée en 2012 et en 2013.

Une offre ciblée de test pour la gonorrhée fait partie des recommandations afin de détecter et de traiter les cas de gonorrhée.

Figure 9 | Tendance au niveau de l'incidence rapportée pour 100 000 habitants et nombre de tests pour 1000 habitants pour la gonorrhée en Belgique, 2007-2013



1.3.2 RÉPARTITION SELON LE SEXE ET L'ÂGE POUR LA GONORRÉE

On a enregistré 1010 cas de gonorrhée en 2013, parmi lesquels 775 hommes et 235 femmes.

L'âge moyen est de 33 ans pour les hommes et 29 ans pour les femmes.

Répartition selon le sexe

Si nous regardons le nombre de cas de gonorrhée par sexe, nous constatons qu'on enregistre davantage de cas chez l'homme que chez la femme. Le rapport hommes/femmes atteint 3,3/1.

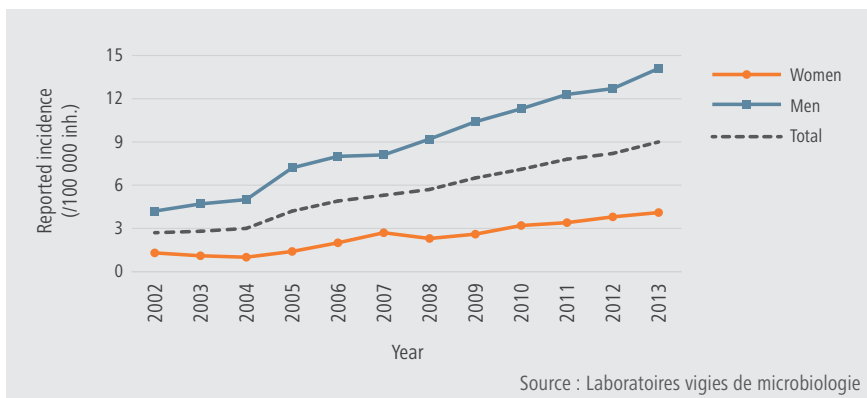
On note une augmentation continue dans les deux sexes : chez les hommes, on note une augmentation de 2,7/100 000 habitants (N=213) en 2002 à 14,1/100 000 habitants (N=775) en 2013, tandis que chez les femmes, les chiffres sont passés de 1,3/100 000 habitants (N=68) en 2002 à 4,1/100 000 habitants (N=235) en 2013 (figure 10).

En Flandre, l'incidence rapportée chez les hommes est passée de 4,8/100 000 habitants (N=142) en 2002 à 14,9/100 000 habitants (N=471) en 2013 ; chez les femmes, elle est passée de 1,2/100 000 habitants (N=36) en 2002 à 3,5/100 000 habitants (N=113) en 2013 (page 75, tabl. 6, fig. 7).

En Wallonie, l'incidence rapportée chez les hommes est passée de 1,3/100 000 habitants (N=21) en 2002 à 5,9/100 000 habitants (N=103) en 2013 ; chez les femmes, elle est passée de 0,9/100 000 habitants (N=16) en 2002 à 2,8/100 000 habitants (N=52) en 2013 (page 85, tabl. 6, fig. 7).

À Bruxelles, l'incidence rapportée chez les hommes est passée de 9,4/100 000 habitants (N= 44) en 2002 à 31,3/100 000 habitants (N=180) en 2013 ; chez les femmes, elle est passée de 2,7/100 000 habitants (N=14) en 2002 à 10,8/100 000 habitants (N=65) en 2013 (page 95, tabl. 6, fig. 7).

Figure 10 | Tendance au niveau de l'incidence rapportée spécifique du sexe (/100 000 habitants) pour la gonorrhée en Belgique, 2002-2013



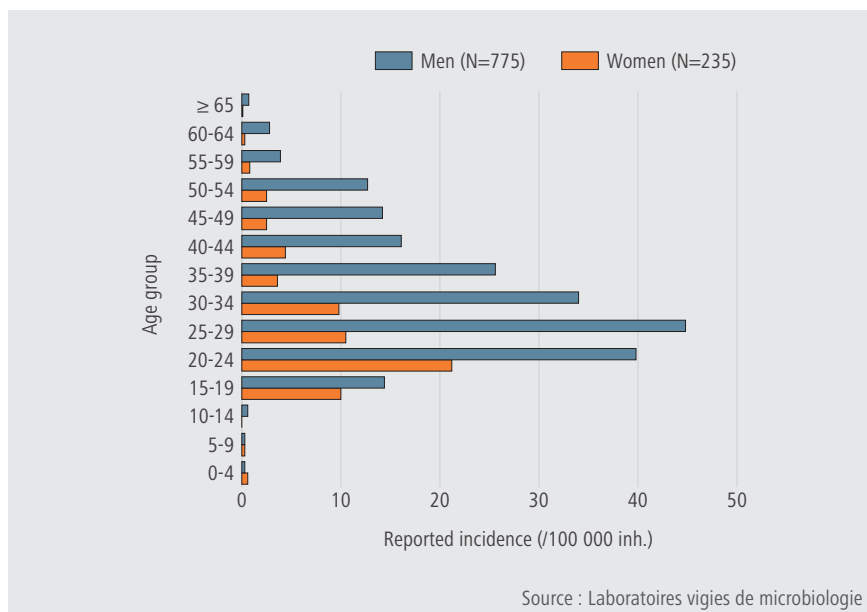
Répartition selon l'âge

La gonorrhée est diagnostiquée dans toutes les catégories d'âge. Les groupes d'âge les plus touchés parmi les hommes diagnostiqués sont les sujets de 25-29 ans, suivis de ceux de 20-24 ans et de 30-34 ans. Les femmes chez qui on a enregistré une gonorrhée sont généralement un peu plus jeunes, les sujets de 20-24 ans étant les plus représentés. Les répartitions selon l'âge en fonction du sexe sont parallèles pour la Belgique (figure 11) et les 3 régions (annexes régionales, fig. 6).

On a enregistré 3 cas d'infections périnatales par la gonorrhée : 2 filles et 1 garçon. Dans le nombre total d'enregistrements de gonorrhée, 6 cas concernaient des sujets âgés de moins de 15 ans.

Le dépistage de la gonorrhée pendant la grossesse fait partie des mesures de précaution possibles en cas de suspicion de comportement à risque de la mère ou du père.

Figure 11 | Incidence rapportée spécifique de l'âge et du sexe (/100 000) pour la gonorrhée en Belgique, 2013



1.3.3 DONNÉES RELATIVES À LA RÉSISTANCE

Les laboratoires de microbiologie effectuent les tests diagnostiques pour la gonorrhée. Ces laboratoires envoient les isolats de gonorrhée au Laboratoire national de référence (IMT) à Anvers pour la confirmation du diagnostic, mais surtout pour la surveillance de la sensibilité aux antibiotiques.

En 2013, le laboratoire de référence a reçu 630 isolats pour la confirmation de l'identification de *Neisseria gonorrhoeae*, parmi lesquels 600 (95,2 %) ont survécu au transport et ont été confirmés, en provenance de 75 laboratoires.

Les gonocoques provenaient de 507 (84,5 %) hommes et 87 (14,5 %) femmes ; pour 6 (1,0 %) isolats, le sexe du patient n'était pas mentionné.

Un total de 15 (2,5 %) isolats appartenaient au séro groupe IA et 585 (97,5 %) appartenaient au séro groupe IB.

La détermination de la sensibilité a été effectuée sur 597 isolats.

Le Tableau 3 montre l'évolution de la résistance de *Neisseria gonorrhoeae* à 5 antibiotiques.

Tableau 3 | Pourcentage d'isolats résistants, Belgique (sur la base de la méthode de dilution en gélose et des seuils CLSI)

Antibiotique	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	%	%	%	%	%	%	%	%
Pénicilline	32,8	34,8	35,5	47,7	52,3	36,3	38,5	32,2
Tétracycline	50,9	49,0	48,0	61,5	56,4	55,5	53,2	46,4
Ciprofloxacine	61,4	60,3	57,5	63,2	60,9	57,1	55,3	51,2
Azithromycine*	1,8	3,1	1,6	2,1	8,2	2,6	1,4	2,3
Céfixime	-	-	-	-	0	0	0,2	0.3**
* Seuils selon le CDC								
** La céfixime n'est pas utilisée en Belgique mais elle est testée à la demande de l'ECDC								
Tous les isolats étaient sensibles à la spectinomycine.								
Tous les isolats étaient sensibles à la ceftriaxone.								
Il est par conséquent important de conserver la spectinomycine, tout comme la ceftriaxone, dans l'arsenal thérapeutique.								
Source : Centre de référence national pour la surveillance microbiologique des IST, IMT, Anvers								

290 des 597 isolats testés (48,6 %) étaient résistants à plus d'un antibiotique.

Les résultats de résistance de tous les pays européens, collectés via le «European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme» (Euro-GASP), indiquent une augmentation de la réduction de sensibilité à l'antibiotique céfixime, passant de 4 % à 9 % dans 17 pays (<http://ecdc.europa.eu>). On redoute à l'échelle mondiale que la gonorrhée ne pourra bientôt plus être traitée par les médicaments recommandés, en l'occurrence la céfixime et la ceftriaxone. La céfixime n'est pas utilisée en

Belgique et le CDC ne la recommande en outre plus comme traitement (<http://www.cdc.org>).

Il est maintenant recommandé d'administrer systématiquement une bithérapie. La spectinomycine devrait également être ajoutée à la liste des médicaments recommandés, en plus de la ceftriaxone.

Traitements simultanés recommandés :

Ceftriaxone 500 mg IM (peut également être administrée aux femmes enceintes)	OU	Spectinomycine 2 g IM (pas pour le pharynx)
ET		
*Azithromycine 2 g PO		

Sources :

- Guide belge pour le traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire, édition 2012, BAPCOC, p 60
- The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 23rd edition of Belgian/luxemburg Version 2012-2013 g 59
- IUSTI guideline 2012 www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/Gonorrhoea_2012.pdf
- CDC recommendation, presented at ISSTD, 2013

***Note :** l'IMT préconise d'utiliser 1 g pour contrecarrer le développement de la résistance à la ceftriaxone.

1.3.4 COMPARAISON INTERNATIONALE (RAPPORT ECDC)

En 2012, 29 pays ont rapporté 47 387 cas de **gonorrhée** à l'ECDC. (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe). 60 % des cas ont été rapportés par le Royaume-Uni.

En Europe, la gonorrhée était 2,6 fois plus souvent rapportée chez les hommes que chez les femmes, alors qu'on dénombre 3,3 fois plus d'hommes que de femmes infectés en Belgique (figure 12).

En Europe, tout comme en Belgique, les sujets de 25-44 ans sont les plus représentés, suivis par les sujets de 15-24 ans. Les cas de gonorrhée enregistrés en Belgique concernent en moyenne des sujets plus âgés que les cas enregistrés par l'ECDC (figure 13).

Figure 12 | Répartition selon le sexe (%) pour la gonorrhée en Europe et en Belgique

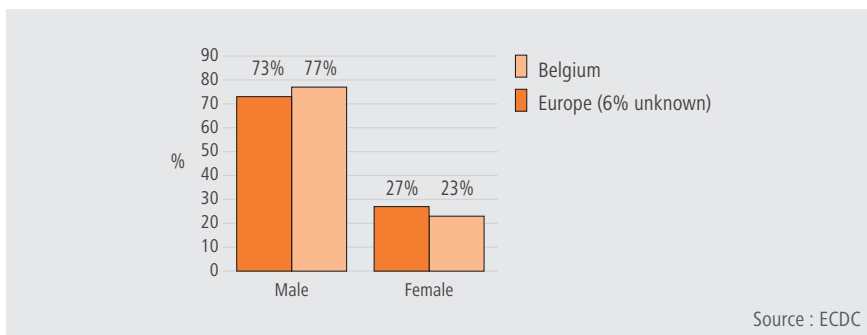
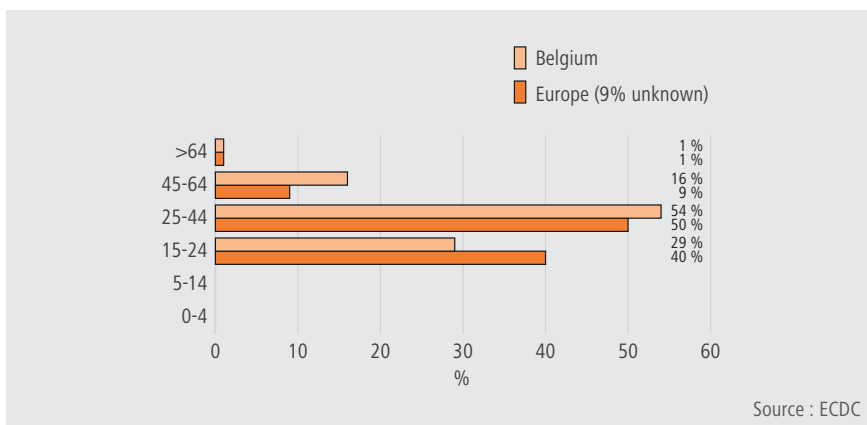


Figure 13 | Répartition selon l'âge (%) pour la gonorrhée en Europe et en Belgique



1.4 SYPHILIS

Note importante : les données obtenues via le réseau de laboratoires vigies ne permettent pas d'affirmer avec certitude s'il s'agit d'une infection ancienne traitée ou d'une infection récente. Pour faire la distinction entre une infection ancienne traitée ou une infection récente, il est préférable de disposer de données diagnostiques antérieures, qui doivent être interprétées par le médecin traitant. En outre, les laboratoires utilisent différentes définitions de cas pour rapporter un cas de syphilis. Ces deux facteurs compliquent l'analyse et la compréhension de l'épidémiologie de la syphilis.

La syphilis augmente également chaque année, avec une tendance décroissante entre 2009 et 2012. La tendance décroissante observée a connu une nouvelle augmentation en 2013. L'augmentation est la plus marquée en Flandre, avec 33 %.

L'augmentation annuelle moyenne au cours des 11 dernières années atteint 25 % (31 % à Bruxelles, 29 % en Flandre et 22 % en Wallonie).

Le rapport hommes/femmes atteint 4,9:1. L'âge moyen chez les hommes est de 42 ans.

En Flandre, l'incidence rapportée est la plus élevée dans les arrondissements d'Anvers (20/100 000 habitants), de Turnhout (16/100 000 habitants) et de Gand (15/100 000 habitants). En Wallonie, l'incidence rapportée est la plus élevée dans l'arrondissement de Virton (30/100 000 habitants). À Bruxelles, l'incidence rapportée atteint 28,4/100 000 habitants.

Chez 37 % des hommes atteints de syphilis, il s'agit d'une réinfection, et ce pourcentage est le plus faible en Wallonie (23 %) et le plus élevé à Bruxelles (40 %).

En 2012, en Europe, 5,1 cas de syphilis pour 100 000 habitants (N=20 802) ont été rapportés à l'ECDC. La tendance générale en Europe est stable.

La syphilis (provoquée par le *Treponema pallidum*) connaît trois stades caractérisés par des symptômes spécifiques. Le premier stade commence une à quatre semaines après la contamination. À l'endroit de la contamination, on observe une ulcération indolore avec un bord ou un fond induré, le chancre dur. Ceci s'accompagne d'un gonflement des ganglions lymphatiques. Le deuxième stade commence sept à dix semaines après la contamination. Les symptômes sont alors une éruption cutanée palmo-plantaire, et éventuellement une éruption sur le dos, généralement sous la forme de taches roses ou rouges non prurigineuses, avec une perte de cheveux et des lésions planes ou verrucoïdes sur la peau ou les muqueuses. On peut également observer de la fièvre, des céphalées et des douleurs osseuses, et souvent un gonflement généralisé des ganglions lymphatiques. Après quelques semaines ou quelques mois, les symptômes disparaissent et la maladie entre dans

la troisième phase, latente. Sans traitement, la maladie peut perdurer pendant des années sans symptômes. Cependant, dans environ 30 % des cas non traités, on observe des lésions au niveau du système cardiovasculaire ou du système nerveux central (CDC, syphilis factsheet, 2013).

Les femmes enceintes contaminées par la syphilis peuvent transmettre l'infection à leur bébé, qui naît alors avec une syphilis congénitale.

En Belgique, toutes les femmes enceintes sont testées pour la syphilis et traitées, le cas échéant (KCE, report vol 6A, 2006). Le traitement est très efficace. Par conséquent, le nombre de cas de syphilis congénitale en Belgique est très restreint.

1.4.1 INCIDENCE RAPPORTÉE EN 2013 ET TENDANCES DANS LES 3 RÉGIONS ET EN BELGIQUE

Incidence rapportée

En 2013, 991 cas dont l'âge et le sexe sont connus, ont été signalés par les laboratoires vigies de microbiologie.

La plupart des cas de syphilis ont été rapportés en Flandre (N=524). L'incidence rapportée est la plus élevée à Bruxelles (28 cas/100 000 habitants) (tableau 4).

Pour la Flandre, l'incidence rapportée est la plus élevée à Anvers (20/100 000 habitants), Turnhout (16/100 000 habitants) et Gand (15/100 000 habitants). En Wallonie, l'incidence rapportée est la plus élevée dans l'arrondissement de Virton (30/100 000 habitants).

Tableau 4 | Nombre de cas de syphilis enregistrés et incidence rapportée (/100 000 habitants) pour la Belgique et les 3 régions, 2013

	Number of registered cases	Reported incidence /100 000 inhabitants, 2013
Belgium*	991	9
Flanders	524	8
Wallonia	121	3
Brussels	334	28
* Pour 12 cas, la région n'est pas connue		
Source : Laboratoires vigies de microbiologie		

Tendance

Dans les 3 régions et dans l'ensemble de la Belgique, le nombre de cas diagnostiqués continue à augmenter, avec une incidence nationale moyenne rapportée qui est passée de 1,0/100 000 habitants en 2002 à 8,9/100 000 habitants en 2013 (figure 1)

En Flandre, l'incidence est passée de 0,9/100 000 habitants (N=55) en 2002 à 8,2/100 000 habitants (n=524) en 2013 (page 69, tabl. 1, fig. 1).

En Wallonie, l'incidence est passée de 0,6/100 000 habitants (N=21) en 2002 à 3,4/100 000 habitants (N=121) en 2013 (page 79, tabl. 1, fig. 1)) et à Bruxelles, l'incidence est passée de 2,6/100 000 habitants (N=25) en 2002 à 28,4/100 000 habitants (N=334) en 2013 (page 89, tabl. 1, fig. 1).

La tendance croissante observée depuis 2002 (avec une augmentation annuelle moyenne de 25 %) était la plus faible entre 2010 et 2012, avec une augmentation de 4 %. En 2013, l'augmentation s'est à nouveau accélérée pour atteindre 22 % (33 % en Flandre, 15 % en Wallonie, 13 % à Bruxelles).

Au cours des 4 dernières années d'enregistrement (2010-2013), l'augmentation moyenne atteint 10 % (7 % en Flandre, 6 % en Wallonie et 29 % à Bruxelles).

1.4.2 RÉPARTITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE POUR LA SYPHILIS

Sur les 991 enregistrements, on dénombre 824 hommes et 167 femmes infectés par la syphilis ; parmi eux, 661 patients présentent un premier épisode (522 hommes et 139 femmes). L'âge moyen est de 42 ans chez les hommes et 43 ans chez les femmes.

Répartition selon le sexe

En ce qui concerne l'évolution du nombre de cas de syphilis par sexe, nous constatons davantage d'enregistrements chez les hommes par rapport aux femmes. Le rapport hommes/femmes atteint 4,9/1.

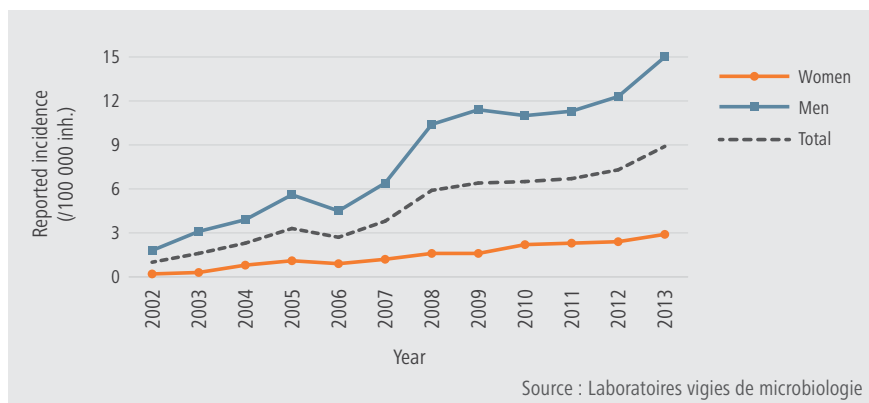
On note une augmentation continue dans les deux sexes : chez les hommes, le nombre de cas est passé de 1,8/100 000 habitants (N=93) en 2002 à 15,0/100 000 habitants (N=824) en 2013 ; chez les femmes, il est passé de 0,2/100 000 habitants (N=12) en 2002 à 2,9/100 000 habitants (N=167) en 2013 (figure 14).

En Flandre, l'incidence rapportée chez les hommes est passée de 1,8/100 000 habitants (N=54) en 2002 à 14,9/100 000 habitants (N=472) en 2013 ; chez les femmes, elle est passée de 0,01/100 000 habitants (N=1) en 2002 à 1,6/100 000 (N=52) habitants en 2013 (page 77, tabl. 8, fig. 10).

En Wallonie, l'incidence rapportée chez les hommes est passée de 1,0/100 000 habitants (N=17) en 2002 à 5,5/100 000 habitants (N=96) en 2013 ; chez les femmes, elle est passée de 0,2/100 000 habitants (N=4) en 2002 à 1,4/100 000 habitants (N=25) en 2013 (page 87, tabl. 8, fig. 10).

À Bruxelles, l'incidence rapportée chez les hommes est passée de 3,8/100 000 habitants (N=18) en 2002 à 42,6/100 000 habitants (N=245) en 2013 ; chez les femmes, elle est passée de 1,4/100 000 habitants (N=7) en 2002 à 14,9/100 000 habitants (N=89) en 2013 (page 97, tabl. 8, fig. 10).

Figure 14 | Tendence au niveau de l'incidence rapportée spécifique du sexe pour la syphilis en Belgique, 2002-2013



Répartition selon l'âge

La répartition selon l'âge est assez large : à partir de 20 ans jusqu'à plus de 60 ans dans les deux sexes (figure 15).

Chez les hommes, il n'y a pas de différences régionales en ce qui concerne l'âge moyen (42 ans) et la répartition selon l'âge.

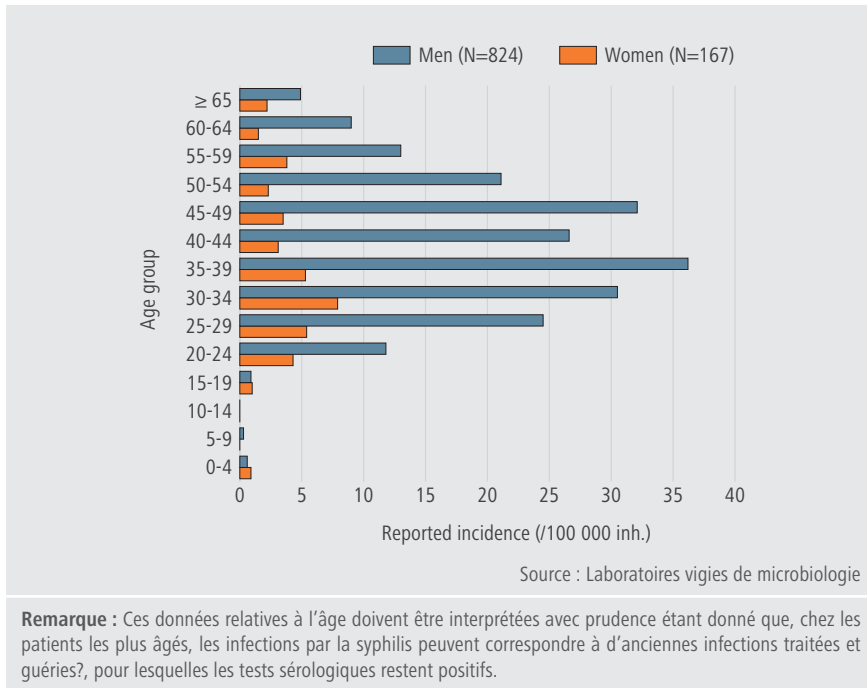
Chez les femmes souffrant de syphilis, on observe toutefois une différence régionale en ce qui concerne l'âge moyen, qui atteint 34 ans en Flandre, 46 ans en Wallonie et 50 ans à Bruxelles.

La répartition selon l'âge des patients souffrant de syphilis par région est reprise dans les annexes régionales (tabl. 7, fig. 9).

Cinq cas de syphilis congénitale ont été rapportés : 3 filles et 2 garçons.

Le dépistage de la syphilis est fortement recommandé au début de la grossesse.
(KCE, report vol.6A, 2006)

Figure 15 | Incidence rapportée spécifique de l'âge et du sexe (/100 000 habitants) pour la syphilis en Belgique, 2013



1.4.3 RÉINFECTIONS

On constate que certains patients sont réinfectés plusieurs fois par la syphilis. Ceci est principalement dû aux comportements sexuels à risque récurrents. Une sérologie positive pour le VIH favorise aussi la transmission de la syphilis. Tenant compte de cette information de base, on a analysé plus en détail l'évolution du **nombre de primo-infections et du nombre de réinfections** par sexe en Belgique (figure 16) et dans les 3 régions (annexes régionales, tabl. 9, fig. 11). Le pourcentage de patients réinfectés par rapport au nombre total de patients est indiqué dans le graphique.

On constate qu'en Belgique, le nombre de réinfections est plus élevé chez les hommes, avec des valeurs comprises entre 26 % et 37 %, par rapport aux femmes, chez qui les valeurs varient entre 8 % et 17 % entre 2008-2013.

En Flandre, ces valeurs varient entre 25 % et 38 % chez les hommes et entre 3 % et 13 % chez les femmes (page 78, tabl. 9, fig. 11).

En Wallonie, ces valeurs varient entre 13 % et 23 % chez les hommes et entre 0 % et 21 % chez les femmes (page 88, tabl. 9, fig. 11).

À Bruxelles, ces valeurs varient entre 20 % et 40 % chez les hommes et entre 11 % et 20 % chez les femmes (page 98, tabl. 9, fig. 11).

Les informations au sujet de la sérologie du VIH et de l'orientation sexuelle - importantes pour comprendre l'épidémiologie de la syphilis - ne sont pas collectées par ce réseau de laboratoires vigies. Les informations au sujet de la population à risque d'infection et de réinfection par la syphilis sont décrites à la partie 2 de ce rapport, avec les données collectées par le réseau sentinelle des IST.

Figure 16 | Évolution du nombre de primo-infections et de réinfections par la syphilis chez les hommes et les femmes en Belgique, 2008-2013



1.4.4 COMPARAISON INTERNATIONALE (RAPPORT ECDC)

En 2012, 30 pays ont rapporté 20 802 cas de syphilis à l'ECDC. La répartition selon le sexe est similaire à celle observée en Belgique (figure 17).

En Belgique, les groupes âgés de plus de 45 ans sont davantage représentés parmi les patients souffrant de syphilis que la moyenne enregistrée dans les autres pays européens (figure 18).

Figure 17 | Répartition selon le sexe (%) pour la syphilis en Europe et en Belgique, 2012

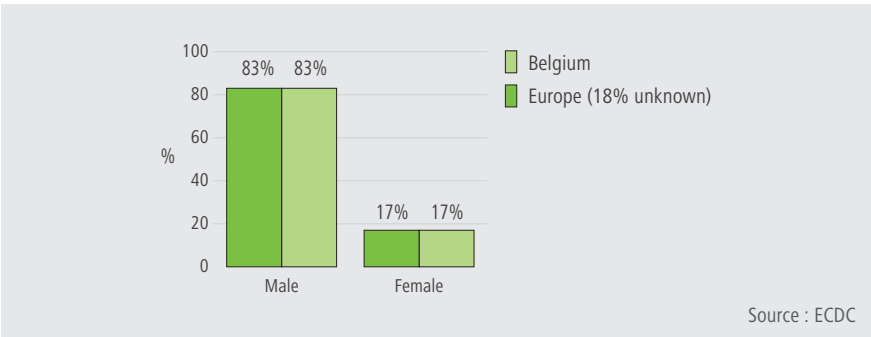
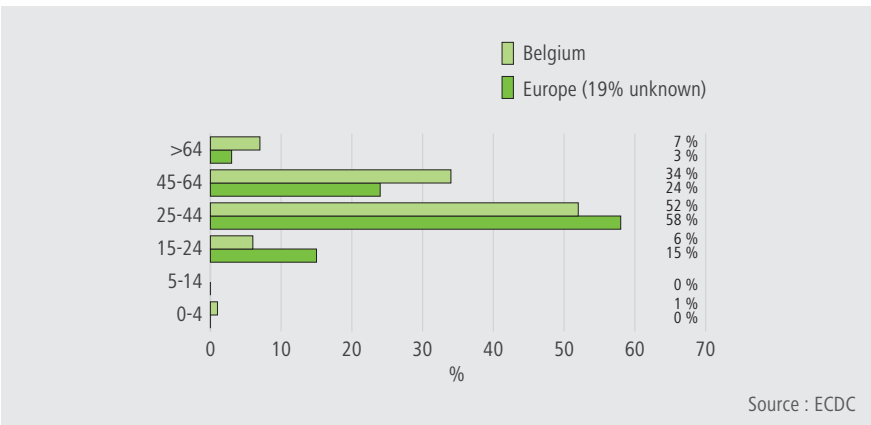


Figure 18 | Répartition selon l'âge (%) pour la syphilis en Europe et en Belgique, 2012



2 DÉTERMINANTS DES IST ET CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT SOUFFRANT D’IST

2.1 COMPOSITION DU RÉSEAU ET CIRCONSTANCES DU DIAGNOSTIC

En 2013, 176 cabinets médicaux ont participé à la surveillance des IST. Le tableau 5 ci-dessous donne une idée de la répartition des cabinets médicaux, constitués d’un ou de plusieurs médecins.

Tableau 5 | Répartition des cabinets médicaux ayant participé à la surveillance des IST en 2013

Specialisation	Number of medical practices
General practitioners	146
Dermatologists	9
Gynaecologists	6
Hospital units for infectious diseases	5
STI clinics for free and anonymous counseling	2
Medical student centers	4
Centers for family planning	2
Aids reference centers	2

En 2013, les cabinets médicaux participants ont enregistré 1123 IST chez 1013 patients.

Le nombre moyen d’enregistrements d’IST par spécialisation des cabinets médicaux était variable (figure 19) : les cliniques des IST et les centres de référence du SIDA diagnostiquaient nettement plus d’IST, avec une moyenne de 60 et 134 patients souffrant d’IST, respectivement. Étant donné leur spécialisation, ils étaient essentiellement consultés par des patients courant un risque accru de souffrir d’une IST. Les gynécologues diagnostiquaient les cas d’IST dans le cadre d’un examen annuel ou d’un dépistage prénatal. Ils enregistraient en moyenne 25 cas par an. Les généralistes et les dermatologues enregistraient en moyenne moins d’IST, avec respectivement 1 et 3 IST. La moitié des généralistes et des dermatologues n’ont rapporté aucun cas d’IST.

Les infections par le *Chlamydia* étaient diagnostiquées par pratiquement toutes les spécialités, à l'exception des dermatologues, qui diagnostiquaient presque exclusivement les verrues génitales. Les généralistes et les gynécologues diagnostiquaient une plus large gamme d'IST. Les cas de LGV n'ont été rapportés que par les cliniques des IST et les CRS (figure 20).

Figure 19 | Nombre moyen d'enregistrements d'IST par spécialisation des cabinets médicaux, 2013

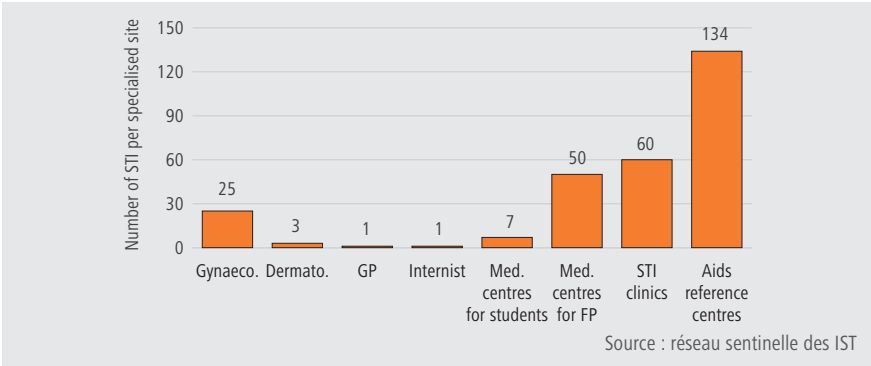
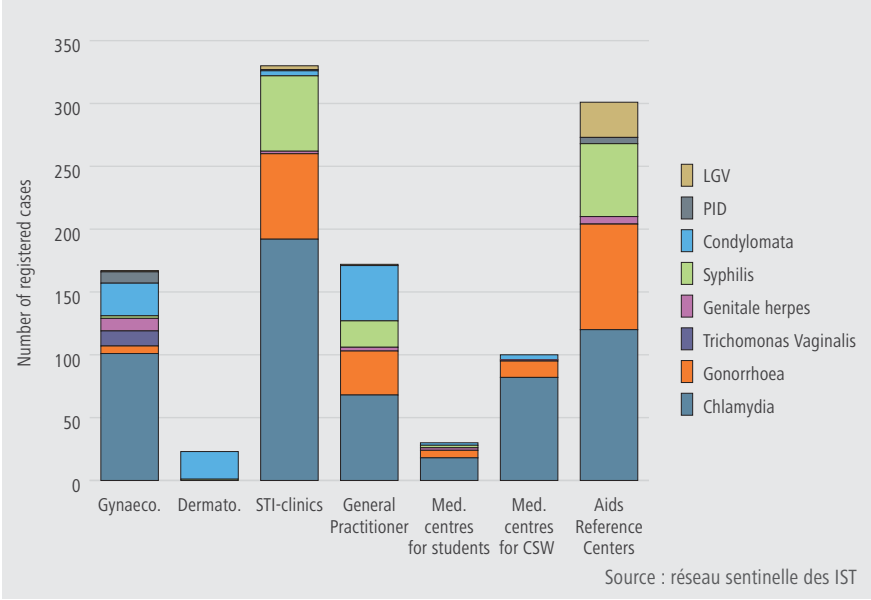


Figure 20 | Répartition des IST enregistrées par type de centre médical, 2013



2.2 APERÇU DE LA POPULATION DE PATIENTS SOUFFRANT D'IST

En 2013, 1123 IST ont été enregistrées chez 1013 patients, parmi lesquels 471 femmes et 542 hommes.

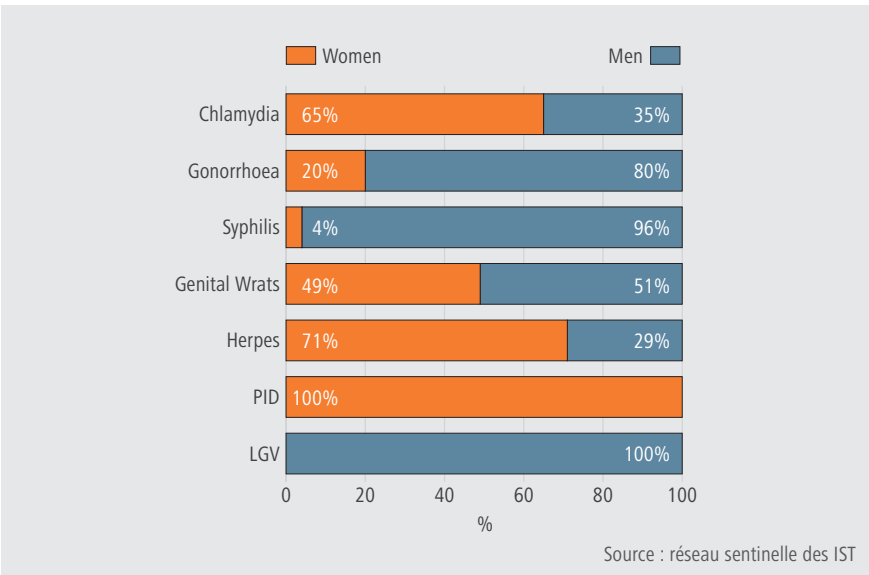
2.2.1 APERÇU SELON LE SEXE ET L'ÂGE

Sexe

Le *Chlamydia* et l'herpès étaient plus souvent constatés chez les **femmes**.
La gonorrhée et la syphilis étaient plus souvent constatées chez les **hommes**.
L'herpès était plus souvent constaté chez les **femmes** (doublon).
Les verrues génitales s'observaient **tant chez les hommes que chez les femmes**.
Le LGV a exclusivement été constaté chez les **hommes**.
Les PID ont exclusivement été constatés chez les **femmes**.

La Figure 21 donne un aperçu du rapport hommes/femmes par IST.

Figure 21 | Rapport hommes/femmes (%) des patients atteints d'IST par IST, 2013

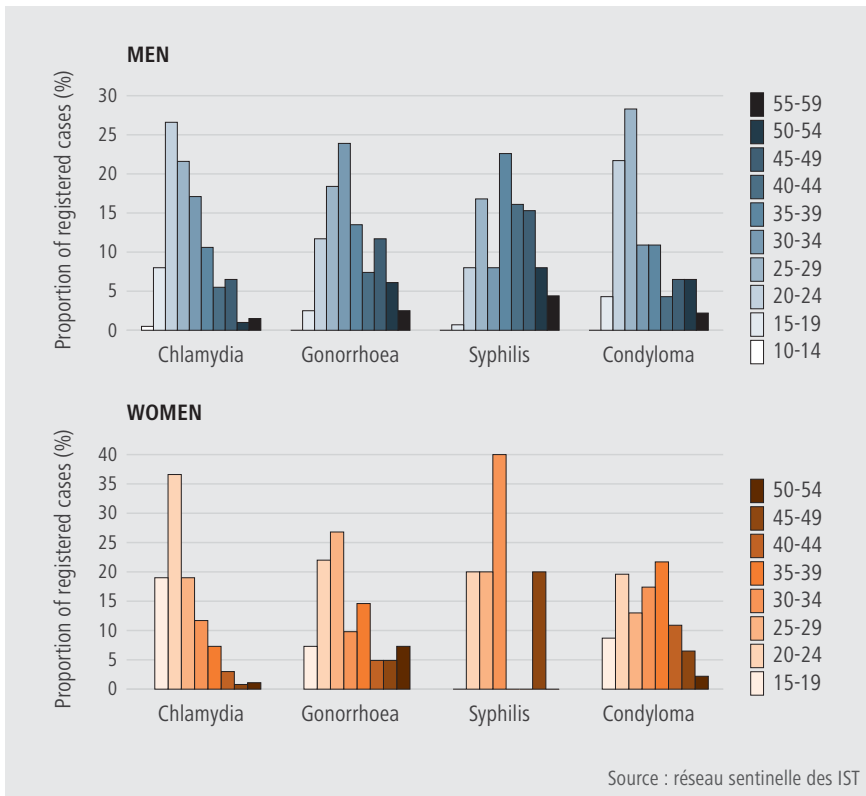


Âge

Chez les hommes, les infections par le *Chlamydia* étaient le plus souvent constatées chez les sujets de 20 à 29 ans, tandis que la gonorrhée et la syphilis touchaient plutôt les groupes plus âgés. Chez les femmes, les sujets de 15-34 ans étaient clairement les plus touchés par le *Chlamydia*, la gonorrhée et le HPV, tandis que la syphilis touchait plutôt les sujets plus âgés.

La répartition selon l'âge des IST les plus fréquentes est indiquée selon le sexe à la figure 22.

Figure 22 | Répartition proportionnelle selon l'âge des IST les plus fréquemment rapportées, par sexe, 2013



2.2.2 CO-INFECTIONS

Chez 51 hommes et 34 femmes, on a diagnostiqué plus d'une IST au même moment (8 % des patients souffrant d'IST), parmi lesquels 7 hommes et 4 femmes souffraient de 3 IST ou plus.

La combinaison la plus fréquente était la coexistence du *Chlamydia* et de la gonorrhée (70 %).

Chez 4 % des femmes souffrant d'un *Chlamydia*, on a noté une complication de type PID.

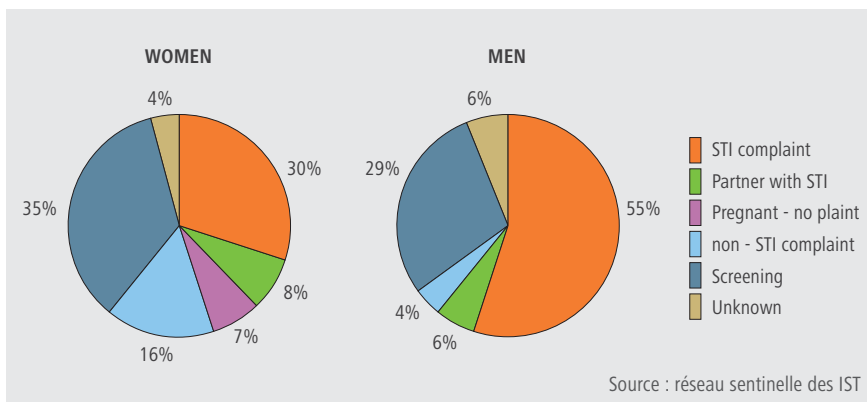
Chez 15 % des hommes souffrant de *Chlamydia*, on a enregistré le variant LGV.

2.2.3 MOTIF DE CONSULTATION

Le motif de consultation était connu pour 965 patients (95 %).

Les hommes contactaient plus souvent un médecin en raison d'une plainte spécifique : 55 % des hommes contre 30 % des femmes. En outre, la réalisation d'un test en dehors de toute plainte spécifique était également importante pour diagnostiquer l'IST : chez 66 % des femmes et 39 % des hommes, l'IST était diagnostiquée indépendamment de toute plainte spécifique (figure 23). Le diagnostic reposait sur le dépistage, un test prénatal, un test motivé par le fait que le partenaire souffrait d'une IST ou un test effectué à l'occasion d'une autre plainte.

Figure 23 | Motif de la consultation pour les IST, 2013



Le pourcentage de découvertes d'IST sans plaintes spécifiques variait fortement selon les spécialisations.

Le plus grand nombre de patients souffrant d'IST, repérés via le dépistage, était noté dans les centres de planning familial participants (70 %), chez les gynécologues (60 %) et dans les cliniques des IST (60 %), et il était le plus faible chez les généralistes (15 %).

En ce qui concerne les gynécologues, il y avait des différences sur le plan du comportement en matière de dépistage. Les gynécologues ayant le pourcentage de dépistage le plus élevé rapportaient la plupart des cas d'IST.

Le développement de recommandations relatives au dépistage des IST et de formations traitant des consultations pour IST, destinées aux généralistes et gynécologues, est recommandé.

2.2.4 SYMPTÔMES

Chez les hommes, un peu plus de la moitié des patients souffrant de *Chlamydia* et de la syphilis ne présentaient aucun symptôme.

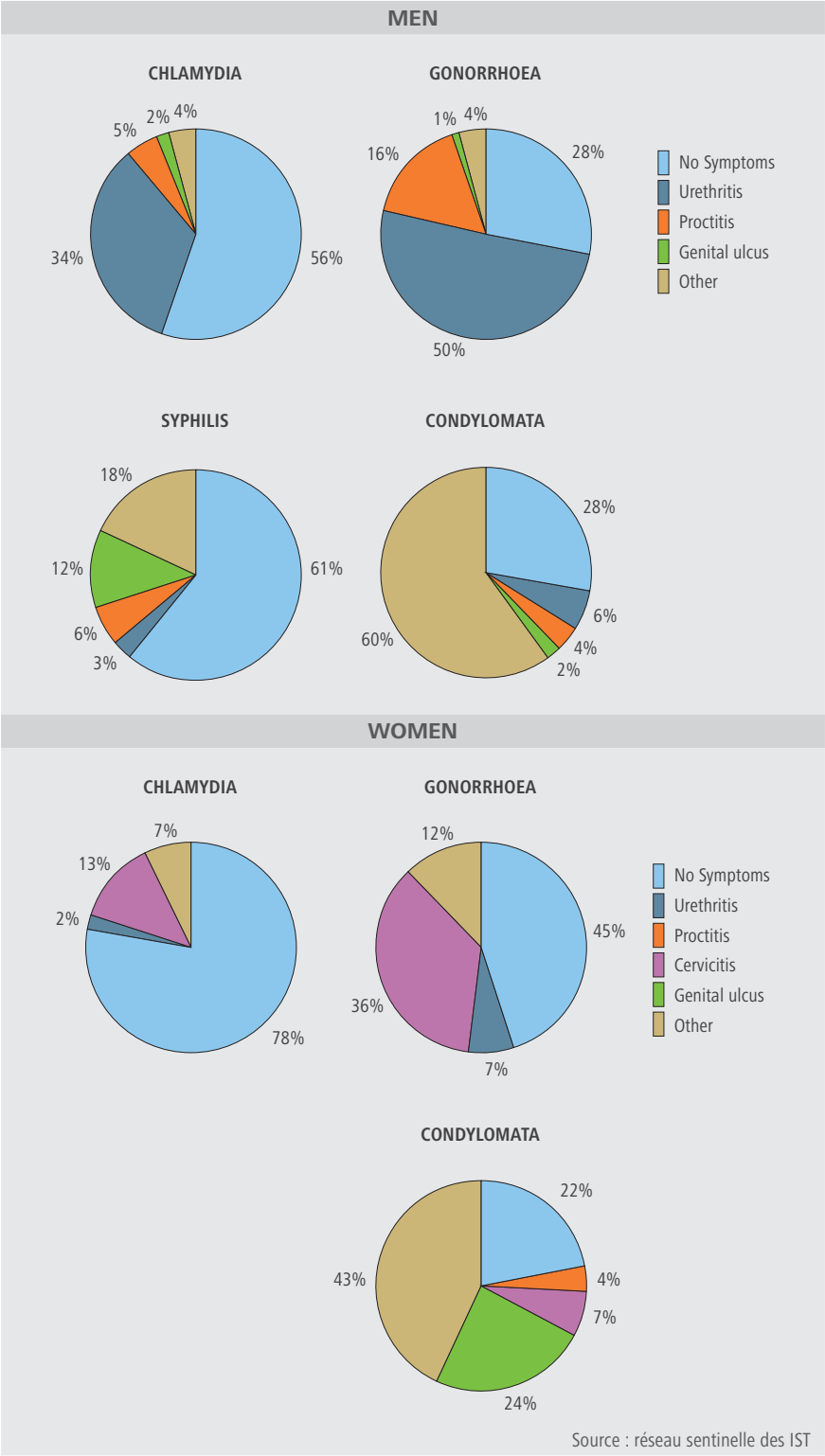
En outre, les urétrites étaient le plus souvent diagnostiquées chez les hommes atteints de gonorrhée et de *Chlamydia*.

Chez les femmes souffrant de *Chlamydia*, 78 % étaient asymptomatiques.

Tandis que pour la gonorrhée, près de la moitié des patientes étaient asymptomatiques.

La figure 24 indique les symptômes que les patients souffrant d'IST présentaient au moment du diagnostic, en ce qui concerne les IST les plus enregistrées selon le sexe.

Figure 24 | Symptômes par IST chez les hommes et les femmes, 2013



2.2.5 GROSSESSES ET IST NÉONATALES

35 femmes (8 %) atteintes d'une IST étaient enceintes au moment du diagnostic. Deux de ces femmes souffraient de 2 IST.

Le tableau 6 ci-dessous donne un aperçu des IST diagnostiquées à l'occasion d'un dépistage prénatal des IST ainsi que le rapport avec le nombre total d'IST enregistrées chez les femmes.

Tableau 6 | IST enregistrées chez les femmes enceintes comparativement au nombre total d'enregistrements par IST chez les femmes, 2013

STI	Number of STI registrations in pregnant women	% of total STI in pregnancies	Total number of STI registrations in women	% of pregnancies among registered STI patients (by STI)
<i>Chlamydia</i>	27	73 %	369	7 %
Gonorrhoe	2	5 %	42	5 %
Syphilis	3	8 %	5	60 %
Condylomata	2	5 %	46	4 %
Trichomonas	2	5 %	11	18 %
Cervico-vulvo-vaginitis	1	3 %	1	100 %
Total	37	100 %	474	8 %

Source : réseau sentinelle des IST

Les 27 femmes atteintes d'un *Chlamydia*, les 2 femmes souffrant de gonorrhée et les 3 cas de syphilis ont été diagnostiqués grâce au dépistage prénatal.

Le réseau de médecins vigies a permis l'enregistrement de 3 infections néonatales dues au *Chlamydia*. On n'a pas enregistré de cas de syphilis congénitale ni d'infections néonatales par la gonorrhée.

La recherche du *Chlamydia* dans le cadre des soins prénataux possède un faible degré de recommandation (C) (KCE Report vol 6A/B, 2004-2006), tandis que la recherche de la syphilis est recommandée.

La recherche d'IST – essentiellement le *Chlamydia* et la gonorrhée – devrait fortement être recommandée chez les femmes de 15 à 39 ans, étant donné l'évolution asymptomatique de l'infection et les complications possibles, telles que les PID et les problèmes d'infertilité à moyen et long terme, en l'absence de traitement.

La recherche des IST – essentiellement le *Chlamydia* et la gonorrhée – dans le cadre des soins prénataux doit également être fortement recommandée, étant donné l'évolution fréquemment asymptomatique et la possibilité d'une transmission périnatale au bébé. C'est pourquoi il est fortement conseillé d'inclure la recherche du *Chlamydia* et de la gonorrhée, en plus des tests prénataux existants pour la syphilis et le VIH (Réf. KCE report 6A/B, 2004- 2006).

2.2.6 NOTIFICATION AU PARTENAIRE

Dans le cadre de cette surveillance, 71 (7 %) patients atteints d'IST ont été diagnostiqués à la suite du **dépistage du partenaire**. 52 % des patients enregistrés, souffrant d'IST, signalent qu'ils **avertissent leur partenaire**, 12 % signalent explicitement l'absence de notification au partenaire, tandis que dans 36 % des cas, la question est restée sans réponse.

Le dépistage du partenaire devrait être généralisé lors de chaque consultation pour IST, afin de détecter les porteurs asymptomatiques et de réduire la propagation ultérieure dans la population générale.

2.2.7 LIEU DE RÉSIDENCE, ORIGINE ET DEGRÉ D'INSTRUCTION

Parmi les 1013 patients, on a enregistré un lieu de résidence en Belgique : 585 séjournèrent en Flandre et 302 à Bruxelles et en Wallonie. La région d'origine était connue pour 976 (96 %) cas dans le réseau de médecins vigies : 663 patients étaient Belges (66 %). Le Tableau 7 donne un aperçu de la répartition selon la région d'origine.

Tableau 7 | Répartition des patients souffrant d'IST selon la région d'origine, 2013

Country of Origin	Number of patients	%
Belgium	663	65,5
Other EU country	148	14,6
Subsaharan Africa	68	6,71
North Africa	33	3,26
Asia	25	2,47
South America	30	2,96
North America	5	0,49
Oceania	2	0,2
Unknown	39	3,85
Total	1013	

Source : réseau sentinelle des IST

En dépit du fait que la majorité des patients atteints d'IST étaient Belges, il faut cependant prêter attention aux migrants, étant donné que 38 % des cas de VIH nouvellement diagnostiqués en 2013 en Belgique concernaient des patients d'origine subsaharienne. Le VIH et les IST ont les mêmes modes de transmission (rapport annuel concernant le VIH : «épidémiologie du VIH et du sida en Belgique», Sasse A. et al).

Le degré d'instruction était connu dans 52 % des cas (n=527). Le Tableau 8 donne un aperçu de la répartition selon le degré d'instruction.

Tableau 8 | Répartition des patients souffrant d'IST selon le degré d'instruction, 2013

Education	Number of patients	%
No education	4	0,39
Primary School	27	2,67
Secondary School	118	11,65
Technical School	61	6,02
Vocational School	70	6,91
High School & University	243	23,99
Unknown	490	48,37
Total	1013	100,00
Source : réseau sentinelle des IST		

Dans le cadre de l'interprétation de la répartition selon le degré d'instruction, il faut tenir compte du fait que 10 % (N=55) des patients atteints d'IST étaient âgés de moins de 20 ans et qu'ils n'avaient très probablement pas encore terminé leur scolarité. Sur les 57 patients souffrant d'IST, âgés de moins de 20 ans, 27 suivaient un enseignement secondaire, 9 un enseignement professionnel, 8 un enseignement supérieur, 7 un enseignement technique, 5 l'enseignement primaire et 1 aucune formation.

2.2.8 COMPORTEMENTS À RISQUE

Orientation sexuelle

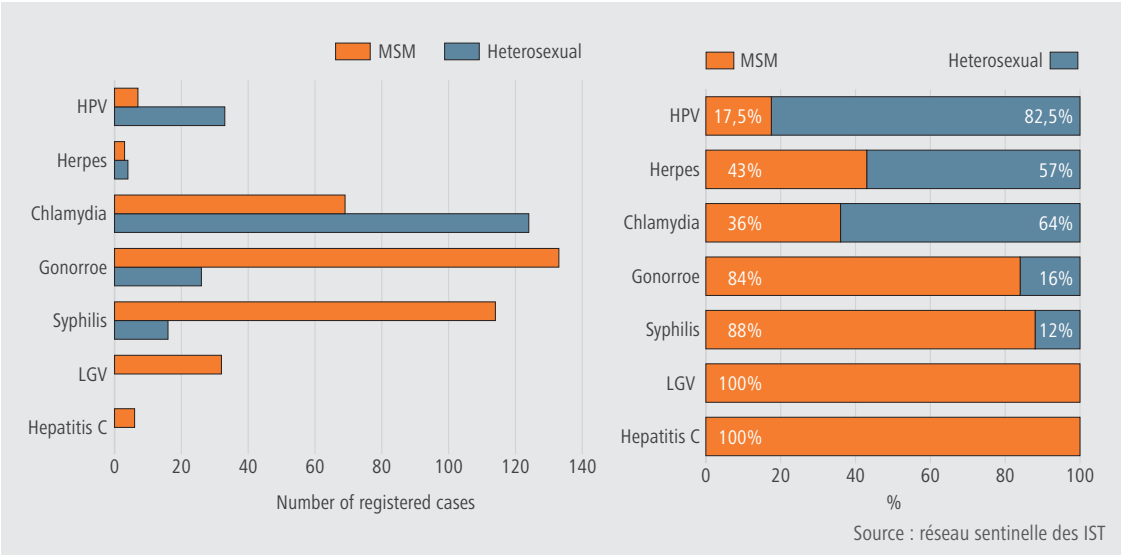
Les préférences sexuelles étaient connues pour 940 (93 %) patients enregistrés en 2013.

Chez les femmes, l'information était connue dans 424 cas : 419 (99 %) ont mentionné une orientation hétérosexuelle.

Chez les hommes, l'information était connue dans 516 cas : 318 (62 %) étaient des HSH et 198 (38 %) étaient hétérosexuels.

La Figure 25 illustre la répartition des IST chez les hommes en fonction de l'orientation sexuelle.

Figure 25 | Répartition des hommes souffrant d'IST en fonction de l'orientation sexuelle, en nombre d'enregistrements et en pourcentage, 2013



Chez les HSH atteints d'une IST, pratiquement tous les types d'IST ont été enregistrés, essentiellement la syphilis, le *Chlamydia* et la gonorrhée. Le LGV et l'hépatite C touchaient exclusivement les HSH. Nous avons examiné le pays d'origine de ces hommes ainsi que leur orientation sexuelle. La répartition est indiquée au tableau 9.

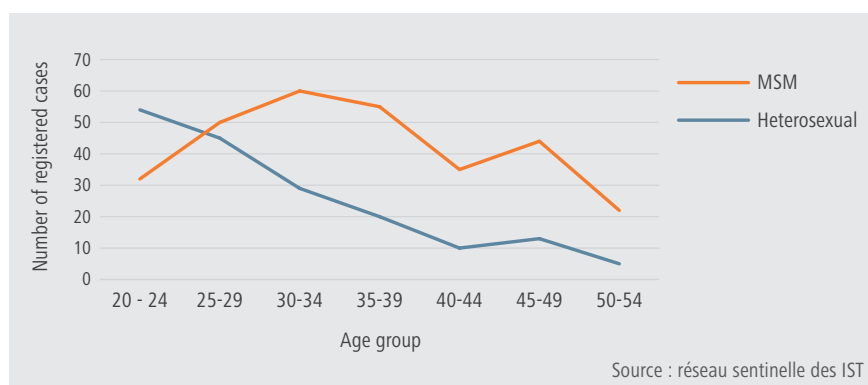
Tableau 9 | Répartition des hommes en fonction de leur orientation sexuelle et de leur origine, 2013

Country of Origin		MSM		Heterosexual	
Belgium	230	67 %	112	33 %	
Other Eu country	47	69 %	21	31 %	
Subsaharian Africa	5	11 %	41	89 %	
North Africa	8	44 %	10	56 %	
Asia	9	64 %	5	36 %	
South America	12	75 %	4	25 %	
North Amerca	0	0 %	1	100 %	
Oceania	1	50 %	1	50 %	

Source : réseau sentinelle des IST

Chez les hommes avec une IST, la répartition selon l'orientation sexuelle différait en fonction des groupes d'âge (figure 26). La proportion d'HSH était prédominante à partir de la catégorie d'âge de 25-29 ans. Par rapport à 2012, ceci constituait un glissement vers une catégorie d'âge plus jeune : en 2012, la proportion d'HSH était très marquée dans la catégorie d'âge de 30-34 ans.

Figure 26 | Répartition des hommes atteints d'une IST en fonction de leur orientation sexuelle et du groupe d'âge, réseau de médecins vigies, 2013

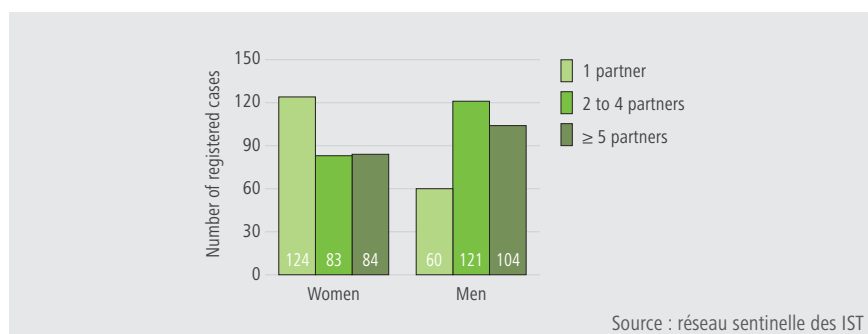


Nombre de partenaires sexuels

L'information faisait défaut pour 25 % des femmes et 39 % des hommes. 184 patients (32 %) ont déclaré avoir eu 1 partenaire au cours des 6 derniers mois précédant la consultation pour IST, 204 (35 %) ont déclaré avoir eu 2 à 4 partenaires et 188 (33 %) ont signalé 5 partenaires ou plus.

La répartition selon le sexe est indiquée à la figure 27.

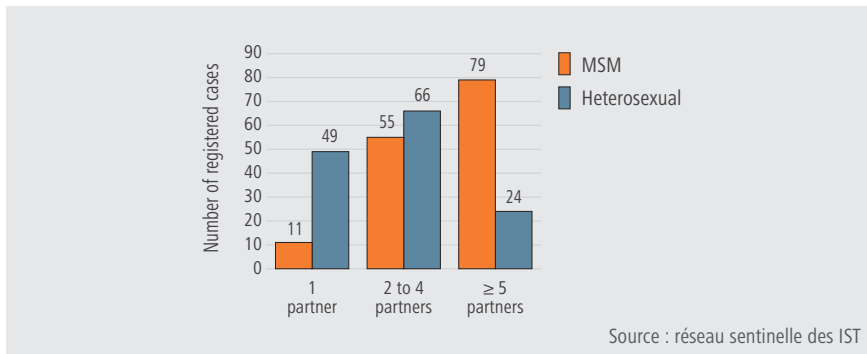
Figure 27 | Répartition des patients souffrant d'IST en fonction du sexe et du nombre de partenaires au cours des 6 derniers mois précédant la consultation pour IST, 2013



La plupart des femmes (99 %) étaient hétérosexuelles. Chez les hommes, il s'est avéré intéressant d'analyser leur orientation sexuelle et leur nombre de partenaires sexuels (figure 28).

Les deux variables étaient disponibles pour 59 % des hommes atteints d'IST.

Figure 28 | Répartition des patients masculins souffrant d'IST en fonction du nombre de partenaires sexuels et de l'orientation sexuelle, 2013



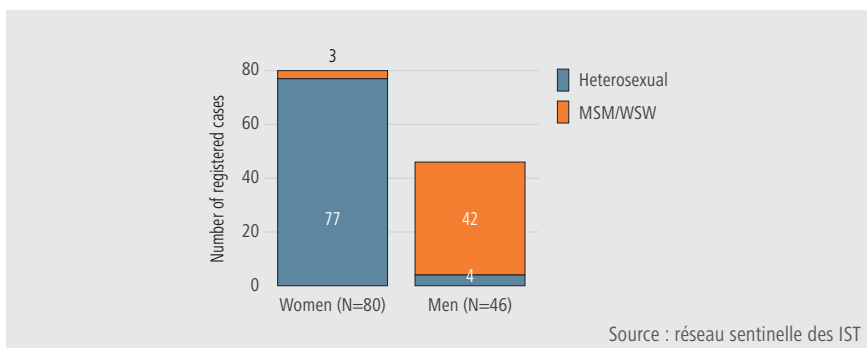
Relations sexuelles en groupe

Cette variable n'était pas reprise dans le questionnaire des médecins généralistes vigies.

Cette information a été enregistrée pour 428 (49 %) patients atteints d'IST, 299 femmes et 199 hommes.

27 % (N=80) des femmes et 23 % (N=46) des hommes ont déclaré qu'ils avaient des relations sexuelles en groupe. Chez les femmes, il s'agissait essentiellement de patientes hétérosexuelles, tandis que les hommes étaient principalement des HSH (figure 29).

Figure 29 | Répartition des patients atteints d'IST qui mentionnaient des relations sexuelles en groupe en fonction du sexe et de l'orientation sexuelle, 2013



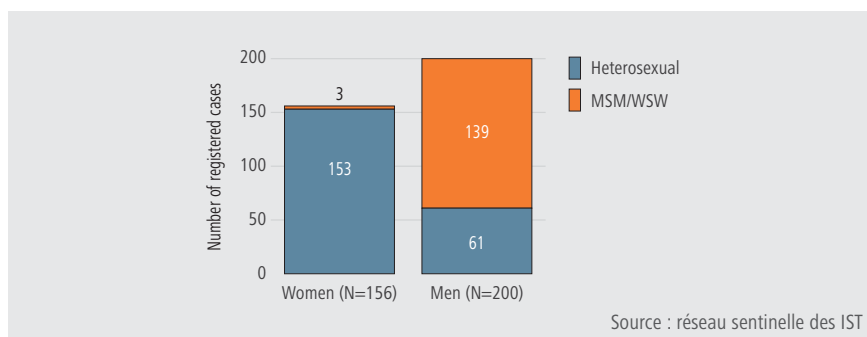
Sexe oral

Cette variable n'était pas reprise dans le questionnaire des médecins généralistes vigies.

Cette information a été enregistrée pour 432 (49 %) patients atteints d'IST, 198 femmes et 234 hommes.

79 % (N=156) des femmes et 85 % (N=200) des hommes déclaraient avoir pratiqué le sexe oral. Chez les femmes, il s'agissait essentiellement de patientes hétérosexuelles, tandis que chez les hommes, il s'agissait principalement des HSH (figure 30).

Figure 30 | Répartition des patients atteints d'IST qui ont déclaré pratiquer le sexe oral en fonction du sexe et de l'orientation sexuelle, 2013



Prostitution

Cette information a été enregistrée pour 650 (64 %) patients atteints d'IST, 338 femmes et 312 hommes.

7 % (N=76) des femmes et 2 % (N=5) des hommes ont déclaré être actifs dans le milieu de la prostitution. Parmi les 76 femmes, on comptait 23 Belges (30 %), 47 Européennes non belges (62 %), 7 Sud-Américaines (9 %), 2 Nord-Africaines (3 %) et 1 Asiatique (1 %).

Nonante-sept pourcent (N=74) de ces prostituées féminines ont consulté un centre médical ne s'adressant pas spécifiquement à ce groupe cible.

Dix pourcent (N=28) des hommes ont déclaré avoir fréquenté des prostitué(e)s. Cette information est connue pour 46 % des enregistrements.

Toxicomanie intraveineuse

Cette information a été enregistrée pour 671 (66 %) patients atteints d'IST, 339 femmes et 332 hommes.

Quinze d'entre eux (2 %) ont mentionné un usage de drogues intraveineuses. Il s'agissait de 5 hommes et 10 femmes.

Onze patients (2 %) ont mentionné des rapports sexuels avec des utilisateurs de drogues intraveineuses : 3 hommes et 8 femmes.

Quatre femmes (1 %) ont mentionné les deux comportements à risque : combinaison de l'utilisation de drogues intraveineuses et de rapports sexuels avec d'autres toxicomanes.

Lieu de la contamination

Pour 732 patients (72 %), le lieu de la contamination était connu : 61 (8 %) ont contracté l'IST à l'étranger.

La répartition du nombre de patients infectés à l'étranger selon la nationalité est reprise au tableau 10.

Tableau 10 | Répartition des patients souffrant d'IST, infectés en dehors de la Belgique, en fonction de l'origine du patient, 2013

Country of Origin	Number of patients	Infected outside Belgium	
Belgium	477	27	6 %
Other EU country	116	16	14 %
Subaharan Africa	47	7	15 %
North Africa	23	1	4 %
Asia	18	3	17 %
South America	21	6	29 %
North Amerca	5	1	20 %
Oceania	1	0	0 %
Unknown	24	0	0 %
Total	732	61	8 %

Source : réseau sentinelle des IST

Un séjour à l'étranger associé à des rapports sexuels constitue l'un des risques de contracter une IST. Il faudrait en tenir compte lors de l'exercice de la médecine du voyage et on pourrait envisager un dépistage opportuniste.

Utilisation de préservatifs

L'utilisation du préservatif est la principale mesure préventive, et ce quelle que soit l'orientation sexuelle.

À la question portant sur l'utilisation de préservatifs, 84 % des sujets ont déclaré ne pas avoir utilisé de préservatifs au cours des 6 derniers mois précédant le diagnostic de l'IST et 58 % n'utilisaient généralement pas de préservatifs.

Les patients souffrant d'IST, enregistrés via ce réseau, sont :

- › des hommes et femmes asymptomatiques ayant subi un dépistage (opportuniste)
- › des hommes et femmes ayant plusieurs partenaires ou qui participent à des relations sexuelles en groupe ou qui pratiquent l'échangisme
- › des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes
- › les partenaires des patients souffrant d'IST
- › des femmes enceintes
- › des travailleurs du sexe
- › des utilisateurs de drogues intraveineuses
- › des hommes et femmes d'origine belge et étrangère
- › des personnes ayant eu des rapports sexuels à l'étranger

Les comportements à risque les plus rapportés étaient :

- › sexe oral (82 %)
- › au moins 2 partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois (66 %)
- › ne pas utiliser régulièrement un préservatif (58 %)
- › participation à des relations sexuelles en groupe (30 %)
- › ne pas prévenir le(s) partenaire(s) sexuel(s) que l'on souffre d'une IST : 48 % des patients souffrant d'une IST ne veulent pas contacter leur(s) partenaire(s) sexuel(s) ; 7 % des cas d'IST ont été diagnostiqués grâce à la notification au partenaire

Les enregistrements d'IST concernaient des :

- › hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (61 % des hommes)
- › jeunes adultes (34 % des patients souffrant d'une IST et 50 % des patients souffrant du *Chlamydia* sont âgés de moins de 25 ans)

La plus grande proportion de patients souffrant d'IST, diagnostiqués via le dépistage, a été notée :

- › dans les centres de planning familial et d'éducation sexuelle (70 %)
- › chez les gynécologues* (60 %)
- › dans les cliniques des IST (60 %)
- › et elle était la plus faible chez les généralistes (15 %)

* La proportion de patients souffrant d'IST, diagnostiqués via le dépistage diffère fortement chez les gynécologues participants.

2.2.9 STATUT SÉROLOGIQUE RELATIF AU VIH

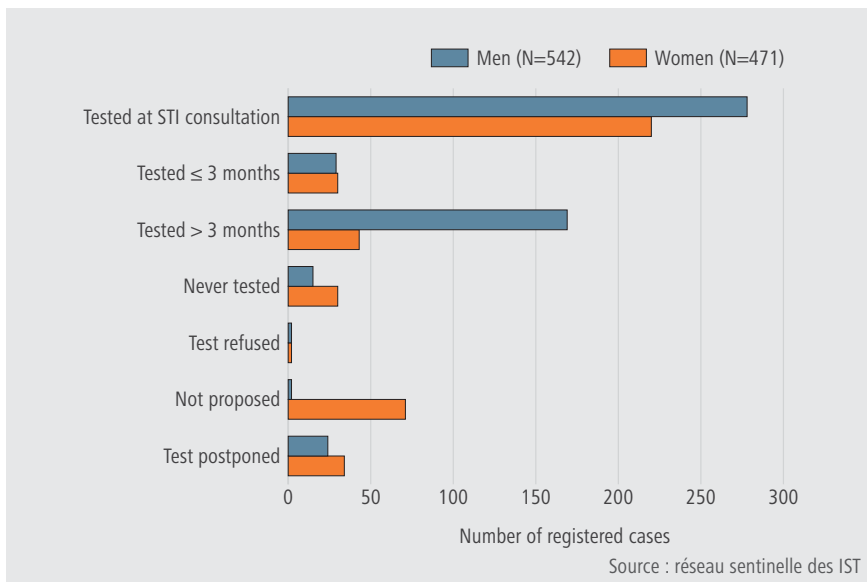
Situation en rapport avec le test du VIH

Pour 949 patients atteints d'IST (94 %), nous disposons d'informations au sujet de la pratique du test du VIH.

Cinquante-deux pourcent (N=498) des patients ont été testés à l'occasion d'une consultation pour IST. Dans 19 % (N=180) des cas, aucun test n'a été effectué ; dans 8 % des cas, le test n'a pas été proposé, tandis que dans 6 %, le test a été différé à une date ultérieure ; 5 % des patients ont été enregistrés comme n'ayant jamais été testés et 0,4 % ont refusé le test.

La Figure 31 donne la répartition des patients souffrant d'IST en fonction du sexe et des circonstances de réalisation du test du VIH.

Figure 31 | Répartition des patients atteints d'IST en fonction du sexe et des circonstances du test du VIH, Belgique, 2013



Diagnostic d'IST et statut sérologique pour le VIH

Le statut sérologique pour le VIH a été rapporté pour 74 % (N=752) de tous les patients souffrant d'IST, enregistrés en 2013 (N=1013). Parmi eux, 23 % (N=178) étaient séropositifs pour le VIH.

Parmi les 178 patients séropositifs pour le VIH, 96 % étaient du sexe masculin (N=170).

Dans 24 cas (3 %), le diagnostic a été posé à l'occasion de la consultation pour IST, les autres patients connaissaient déjà leur statut sérologique. Dans 6 cas (1 %), le diagnostic avait été posé moins de trois mois auparavant, le jour de la consultation étant la date de référence (tableau 11).

Parmi les 211 patients qui avaient subi un test pour le VIH plus de 3 mois avant le diagnostic d'IST, 63 étaient séronégatifs pour le VIH (30 %) et n'ont pas été retestés. Il est toutefois indiqué de proposer un nouveau test VIH à ces personnes, étant donné l'existence de leur IST.

Tableau 11 | Circonstances du test du VIH et séropositivité pour le VIH chez les patients atteints d'IST dans les centres médicaux, 2012

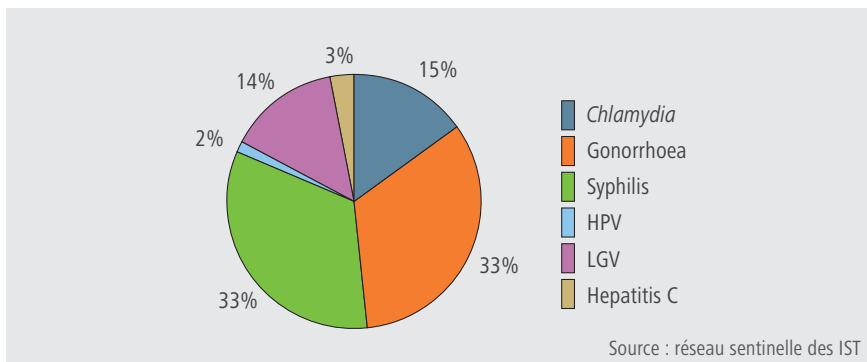
	Nb of Patients		% Patients
Not tested - HIV status unknown	261		
Tested as HIV negative	574	at STI consultation	460
		< 3 months	51
		> 3 months	63
Tested as HIV positive	178	at STI consultation	24
		< 3 months	6
		> 3 months	148
Total	1013		753

Source : réseau sentinelle des IST

La plupart (72 %) des patients séropositifs pour le VIH étaient de nationalité belge (N=129) ; 24 patients étaient originaires d'un autre pays européen, 7 d'Amérique latine, 5 d'Afrique du Nord, 4 d'Afrique subsaharienne et 2 d'Asie. En ce qui concerne l'orientation sexuelle, 162 hommes (95 %) ont signalé être homo/ bisexuels, tandis que 5 étaient hétérosexuels.

La Figure 32 donne la répartition des IST enregistrées en 2013 chez les patients séropositifs pour le VIH. 66 % des diagnostics d'IST chez les patients séropositifs pour le VIH concernaient la syphilis et la gonorrhée.

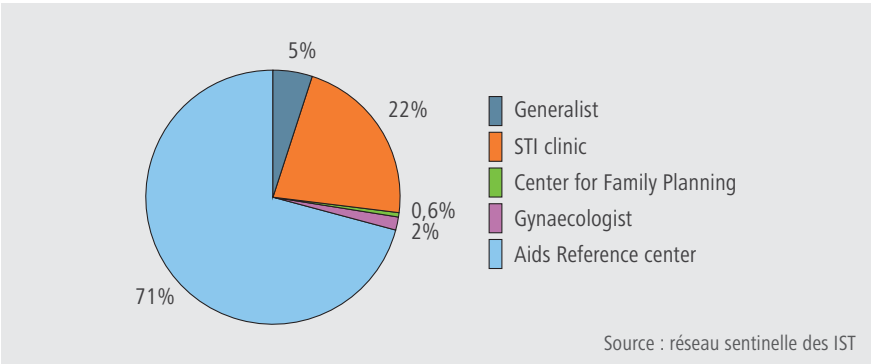
Figure 32 | Répartition des IST chez les patients séropositifs pour le VIH enregistrés par les centres médicaux, 2013



Source : réseau sentinelle des IST

La Figure 33 indique dans quels centres médicaux les patients co-infectés par le VIH et une IST ont été diagnostiqués.

Figure 33 | Répartition des sites médicaux ayant rapporté des patients co-infectés par le VIH et une IST, 2013



La recherche combinée d’une IST et du VIH est recommandée, étant donné qu’un patient souffrant d’une IST court également le risque d’être infecté par le VIH, les modes de transmission étant identiques.

La plupart des patients atteints du VIH et d’une IST sont des HSH. Il est fortement recommandé de retester les HSH dont le statut VIH n’est pas connu ou les HSH testés séronégatifs pour le VIH plus de 3 mois auparavant.

2.2.10 STATUT SÉROLOGIQUE RELATIF À L’HÉPATITE B

Le statut sérologique relatif au VHB n’était pas abordé par les généralistes.

Chez 62 % (N=546) de tous les patients enregistrés, atteints d’IST, on disposait d’informations sérologiques relatives à l’hépatite B (VHB) : 52 % (N=284) étaient vaccinés, 1 % (N=7) avaient une infection chronique active, 8 % (N=41) avaient une infection ancienne guérie et 40 % (N=214) étaient séronégatifs et non vaccinés.

Le tableau 12 ci-dessous donne un aperçu du statut sérologique pour le VHB chez les 2 principaux groupes à risque (HSH et personnes prostituées) et chez les patients hétérosexuels souffrant d’IST.

Le degré de vaccination chez les toxicomanes n’est pas repris dans le tableau, étant donné la faible proportion.

Tableau 12 | Statut vaccinal pour le VHB chez les HSH, les personnes prostituées et les hétérosexuels atteints d'IST, 2013

	MSM	commercial sex workers	Heterosexual (all)
Negative	25 %	29 %	45 %
Vaccinated	62 %	59 %	49 %
Old infection	11 %	9 %	6 %
Chronic infection	2 %	3 %	0 %
Source : réseau sentinelle des IST			

Il est recommandé de proposer une vaccination contre l'hépatite B à tous les patients souffrant d'une IST qui ne sont pas encore immunisés, en particulier chez les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels, comme les HSH et les personnes prostituées.

2.3 DÉROULEMENT DE L'ENREGISTREMENT, RÉSULTATS ET AVENIR DU RÉSEAU SENTINELLE DES IST

En 2013, la collaboration avec les sites participants s'est bien déroulée.

Ce système de surveillance des IST répond aux objectifs des communautés qui obtiennent des informations épidémiologiques plus spécifiques via le réseau sentinelle des IST.

À partir de l'année d'enregistrement 2013, le réseau des médecins généralistes vigies du WIV-ISP a participé à l'enregistrement des IST. Cette collaboration se poursuivra également en 2014. Grâce à cela, on obtiendra des informations sur les déterminants des IST dans la population générale, qui ne consulte pas dans des centres spécialisés pour les IST. À l'avenir, ceci sera étudié plus en détail et publié.

Des analyses individuelles sont effectuées pour les centres qui enregistrent plus de 20 IST par an. Chaque année, un séminaire consacré aux IST est organisé, pour lequel des points d'accréditation en «éthique et économie» sont attribués aux médecins présents.

Après la communication aux autorités et aux médecins participants, les données collectées via ce réseau sentinelle sont mises à disposition de tous ceux qui s'intéressent à la santé sexuelle de notre société.

Ces données sont utilisées activement par les autorités pour définir, adapter ou confirmer leur politique. Les organismes actifs dans la prévention et la sensibilisation à l'égard des IST, comme Sensoa en Flandre et la Plate-Forme Prévention sida en Wallonie, utilisent également très activement ces données. La collaboration mutuelle est bonne et des analyses complémentaires sont effectuées à la demande des autorités et de ces organismes de prévention.

Ces données sont également utilisées pour rédiger des abstracts ou concevoir des posters à l'occasion de congrès consacrés aux IST, et en vue de publications dans des revues scientifiques. Chaque centre individuel peut obtenir à tout moment ses enregistrements et demander des analyses. Ces données peuvent être utilisées dans des présentations et des publications, moyennant la mention de la source et leur vérification par le projet IST du WIV-ISP. Pour toute question ou information complémentaire, il est toujours possible de s'adresser au responsable du projet IST du WIV-ISP.

1. TABLEAUX ET GRAPHIQUES POUR LA FLANDRE

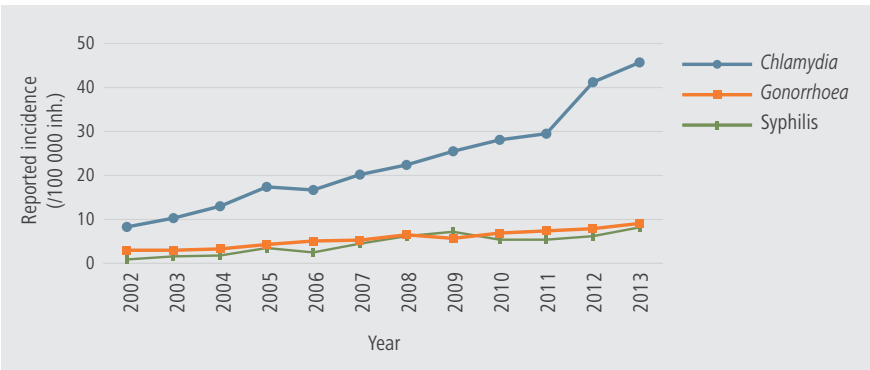
DONNÉES RÉGIONALES DES LABORATOIRES VIGIES DE MICROBIOLOGIE

Sources : toutes les figures et tous les tableaux ci-dessous sont basés sur les données des laboratoires vigies de microbiologie et les données démographiques d'Eurostat.

Tableau 1 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis en Flandre, 2002-2013

	REPORTED INFECTIONS			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	<i>Chlamydia</i>	Gonorrhoeae	Syphilis	<i>Chlamydia</i>	Gonorrhoeae	Syphilis
2002	493	178	55	8.3	3.0	0.9
2003	618	177	96	10.3	3.0	1.6
2004	785	196	111	13.0	3.3	1.8
2005	1053	259	211	17.4	4.3	3.5
2006	1016	313	150	16.7	5.1	2.5
2007	1237	322	276	20.2	5.3	4.5
2008	1383	403	380	22.4	6.5	6.2
2009	1582	354	447	25.5	5.7	7.2
2010	1757	434	340	28.1	6.9	5.4
2011	1869	470	342	29.5	7.4	5.4
2012	2628	505	395	41.2	7.9	6.2
2013	2928	584	524	45.7	9.1	8.2

Figure 1 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis en Flandre, 2002-2013



LE CHLAMYDIA EN FLANDRE

Tableau 2 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Flandre, 2013

	REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
	Women	Men	Women	Men
0-4	4	1	2.3	0.5
5-9	0	0	0.0	0.0
10-14	4	1	2.4	0.6
15-19	304	82	173.8	44.8
20-24	706	341	369.3	172.9
25-29	323	265	169.1	136.8
30-34	183	183	89.7	87.9
35-39	89	110	45.1	54.5
40-44	70	76	31.6	33.6
45-49	29	65	12.2	26.3
50-54	23	33	9.8	13.7
55-59	11	9	5.1	4.2
60-64	5	7	2.6	3.7
≥65	1	3	0.1	0.6
Total	1,752	1,176	54.1	37.1

Figure 2 | Incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Flandre, 2013

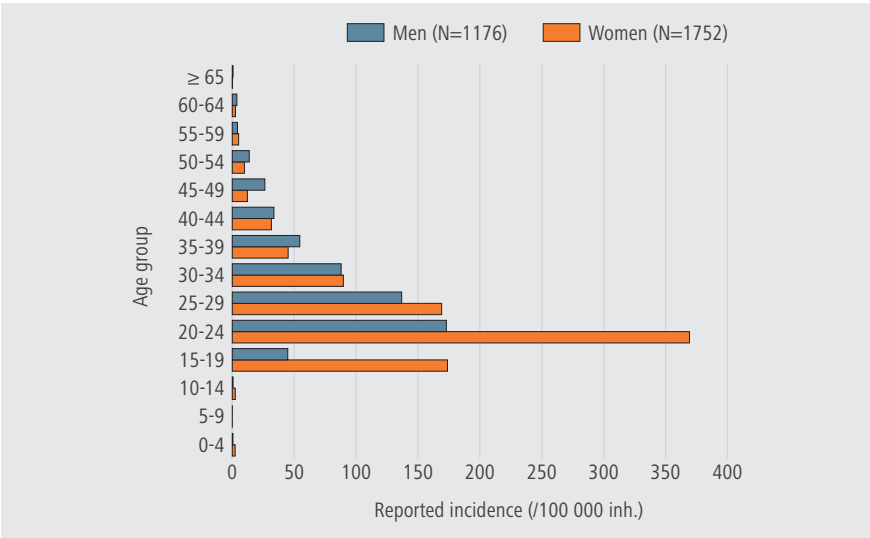


Tableau 3 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence rapportés (/100 000 habitants) par sexe pour le *Chlamydia* en Flandre, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	346	147	493	11.4	5.0	8.3
2003	423	195	618	13.9	6.6	10.3
2004	507	278	785	16.6	9.4	13.0
2005	655	398	1053	21.4	13.4	17.4
2006	633	383	1016	20.5	12.8	16.7
2007	762	475	1237	24.6	15.7	20.2
2008	847	536	1383	27.1	17.6	22.4
2009	905	677	1582	28.8	22.1	25.5
2010	1,039	718	1757	32.8	23.3	28.1
2011	1,058	811	1869	33.1	25.9	29.5
2012	1,474	1,154	2628	45.7	36.6	41.2
2013	1,752	1176	2928	54.1	37.1	45.7

Figure 3 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour le *Chlamydia* en Flandre, 2002-2013

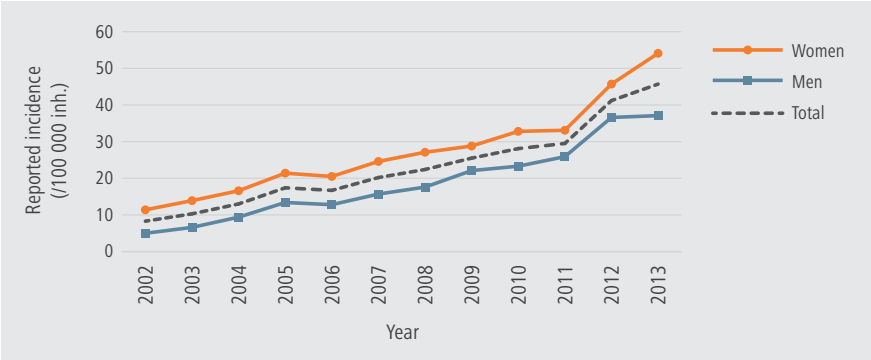


Tableau 4 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Flandre, 2002-2013

REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.												
WOMEN	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<15	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	2
15-19	22	32	35	63	58	72	64	76	106	118	173	174
20-24	44	68	80	115	116	136	117	185	216	209	285	369
25-29	38	49	63	83	77	87	48	102	109	105	137	169
30-34	36	29	35	42	41	50	37	53	48	59	85	90
35-39	15	19	20	22	24	27	19	27	32	29	36	45
40-44	10	11	15	10	10	15	10	15	21	17	21	32
≥ 45	2	2	2	2	2	2	1	3	3	3	3	4
MEN	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<15	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0
15-19	3	5	8	11	11	17	7	22	31	35	42	45
20-24	14	15	26	36	40	56	46	93	98	120	163	173
25-29	18	19	35	56	45	56	38	87	83	88	136	137
30-34	12	16	27	31	37	44	30	58	51	63	88	88
35-39	8	15	16	27	21	21	21	28	36	36	50	54
40-44	8	10	10	15	15	16	14	20	25	22	36	34
≥ 45	9	12	14	18	18	25	14	29	31	34	50	47

Figure 4 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Flandre, 2002-2013

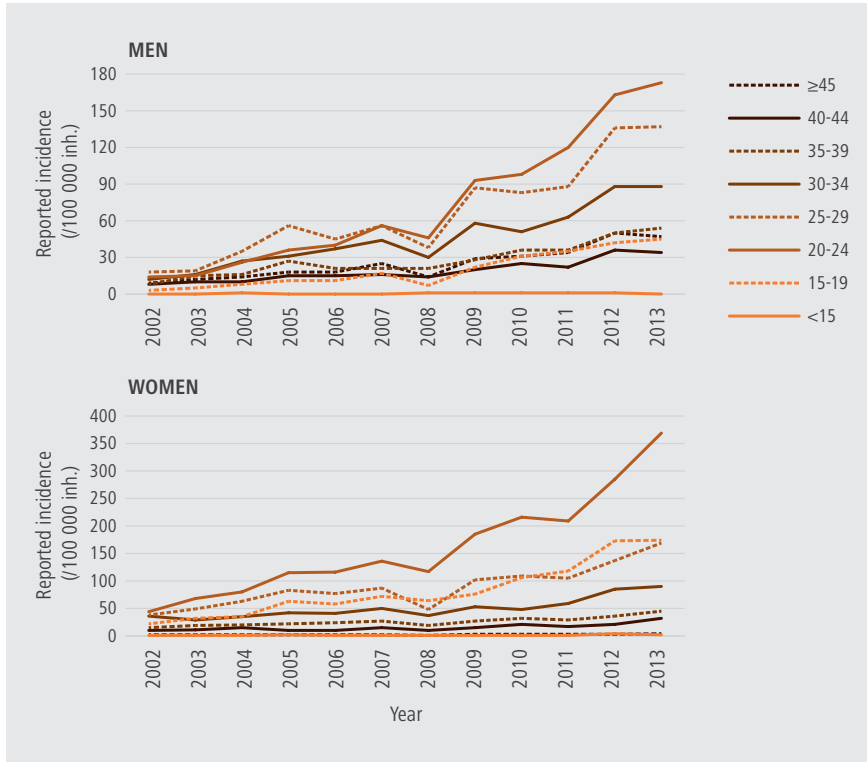
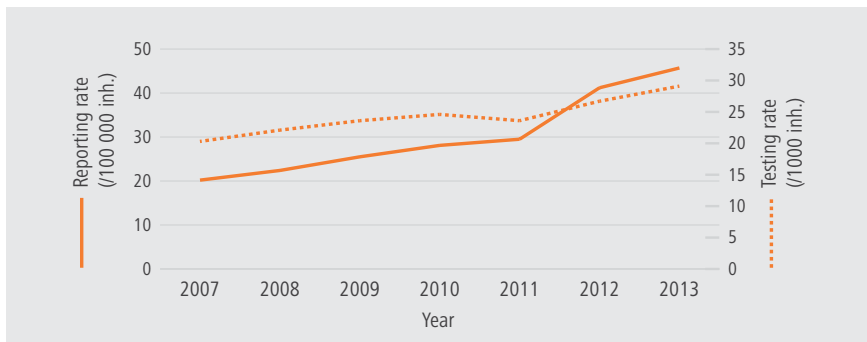


Figure 5 | Évolutions comparatives du taux de dépistage (/1000 habitants) et de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia* en Flandre, 2007-2013



LA GONORRHÉE EN FLANDRE

Tableau 5 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la gonorrhée en Flandre, 2013

	REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
	Women	Men	Women	Men
0-4	1	0	0.6	0.0
5-9	0	0	0.0	0.0
10-14	0	2	0.0	1.2
15-19	15	26	8.6	14.2
20-24	37	83	19.4	42.1
25-29	12	90	6.3	46.5
30-34	17	74	8.3	35.6
35-39	6	55	3.0	27.2
40-44	9	41	4.1	18.1
45-49	6	42	2.5	17.0
50-54	7	39	3.0	16.2
55-59	2	13	0.9	6.0
60-64	0	4	0.0	2.1
≥ 65	1	2	0.1	0.4
Total	113	471	3.5	14.0

Figure 6 | Incidence rapportée par âge et par sexe (/100 000 habitants) pour la gonorrhée en Flandre, 2013

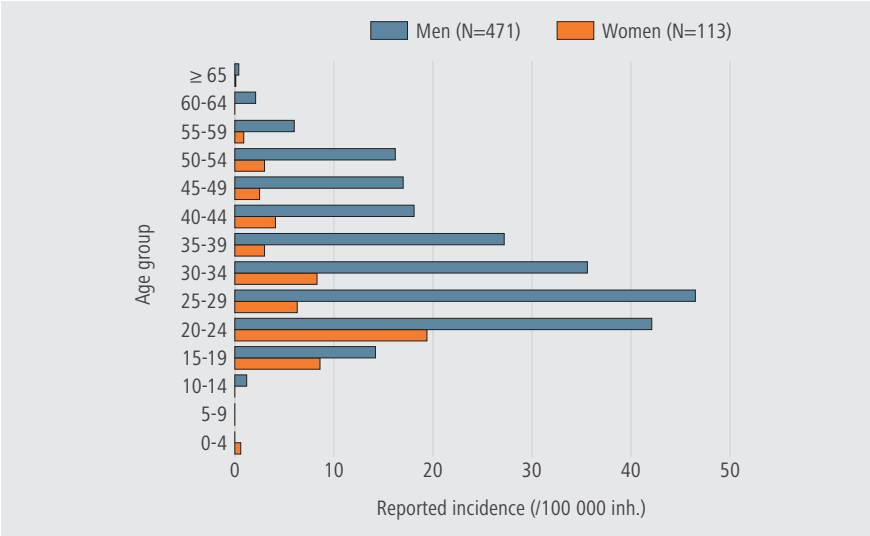


Tableau 6 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence rapportés (/100 000 habitants) par sexe pour la gonorrhée en Flandre, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	36	142	178	1.2	4.8	3.0
2003	25	152	177	0.8	5.1	3.0
2004	31	165	196	1.0	5.6	3.3
2005	35	224	259	1.1	7.5	4.3
2006	48	265	313	1.6	8.8	5.1
2007	76	247	323	2.5	8.2	5.3
2008	39	330	369	1.2	10.9	6.0
2009	72	282	354	2.3	9.2	5.7
2010	98	336	434	3.1	10.9	6.9
2011	89	381	470	2.8	12.2	7.4
2012	119	386	505	3.7	12.3	7.9
2013	113	471	584	3.5	14.9	9.1

Figure 7 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour la gonorrhée en Flandre, 2002-2013

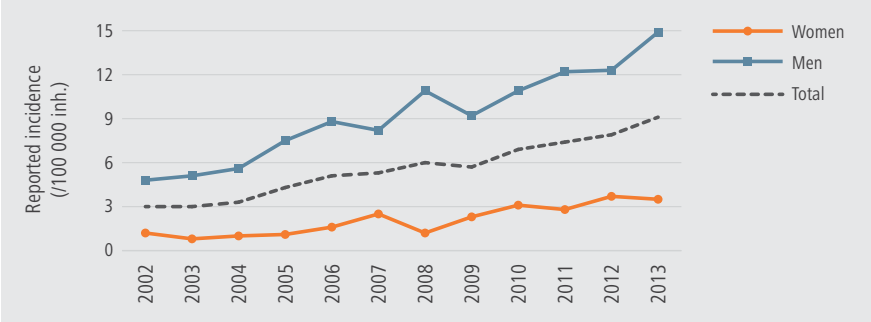
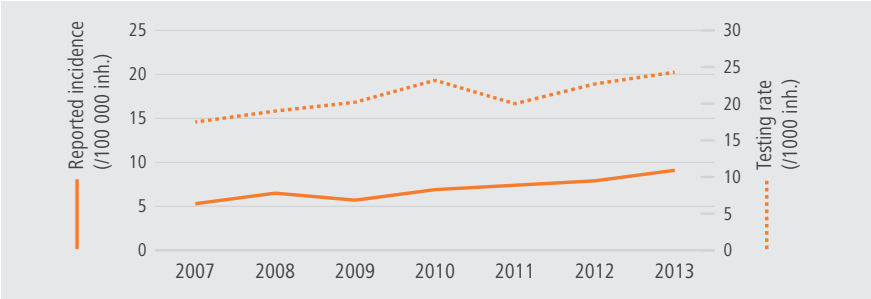


Figure 8 | Évolutions comparatives du taux de dépistage (/1000 habitants) et de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour la gonorrhée en Flandre, 2007-2013



LA SYPHILIS EN FLANDRE

Tableau 7 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la syphilis en Flandre, 2013

	REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
	Women	Men	Women	Men
0-4	2	0	1.1	0.0
5-9	0	1	0.0	0.0
10-14	0	0	0.0	0.0
15-19	2	3	1.1	1.6
20-24	9	24	4.7	12.2
25-29	8	43	4.2	22.2
30-34	9	65	4.4	31.2
35-39	4	83	2.0	41.1
40-44	5	60	2.3	26.5
45-49	4	84	1.7	34.0
50-54	2	54	0.8	22.4
55-59	5	27	2.3	12.5
60-64	1	14	0.5	7.3
≥65	1	14	0.1	2.6
Total	52	472	1.6	14.9

Figure 9 | Incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la syphilis en Flandre, 2013

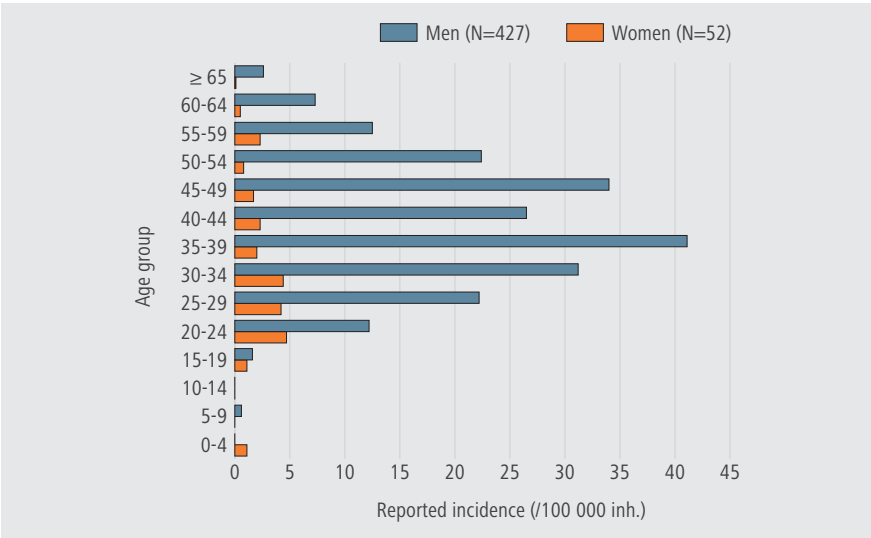


Tableau 8 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence rapportés (/100 000 habitants) par sexe pour la syphilis en Flandre, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	1	54	55	0.0	1.8	0.9
2003	4	90	94	0.1	3.0	1.6
2004	19	91	110	0.6	3.1	1.8
2005	28	187	215	0.9	6.3	3.6
2006	19	134	153	0.6	4.5	2.5
2007	42	231	273	1.4	7.7	4.5
2008	34	309	343	1.1	10.2	5.6
2009	45	408	453	1.4	13.3	7.3
2010	35	305	340	1.1	9.9	5.4
2011	35	307	342	1.1	9.8	5.4
2012	38	357	395	1.2	11.3	6.2
2013	52	472	524	1.6	14.9	8.2

Figure 10 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour la syphilis en Flandre, 2002-2013

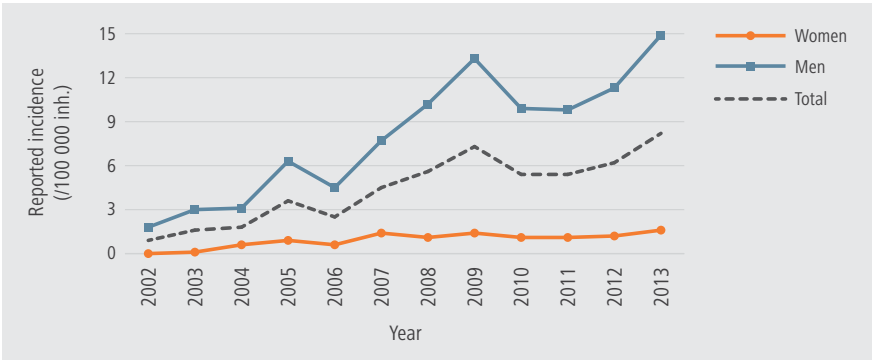
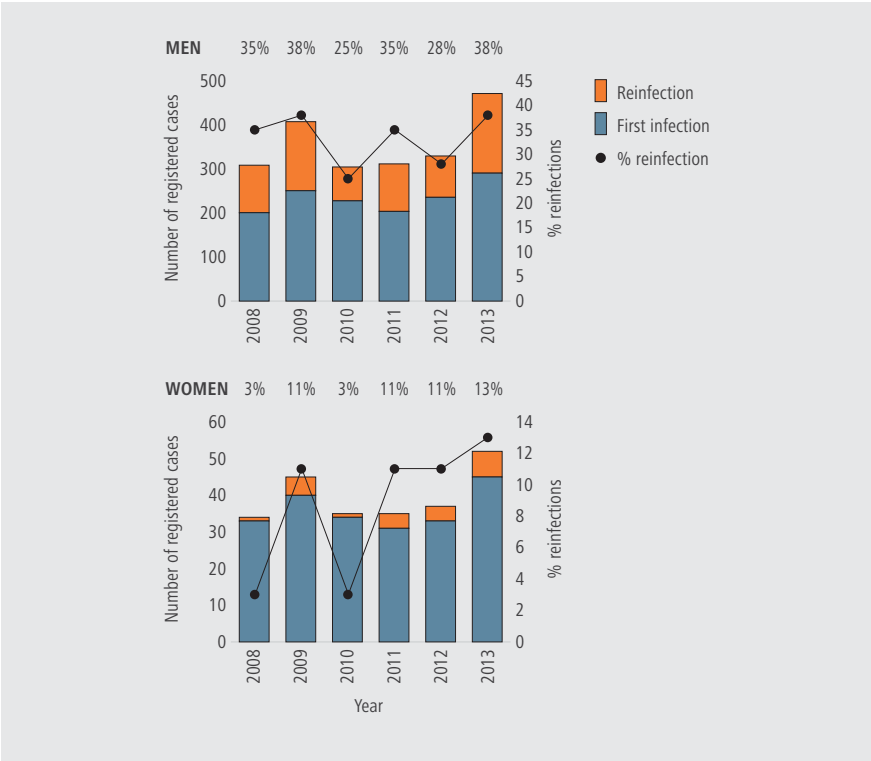


Tableau 9 | Évolution du nombre estimé de réinfections par rapport au nombre total d'infections par la syphilis rapportées en Flandre, 2008-2013

	MEN			WOMEN		
	First infection	Reinfection	% reinfection	First infection	Reinfection	% reinfection
2008	201	108	35 %	33	1	3 %
2009	251	157	38 %	40	5	11 %
2010	228	77	25 %	34	1	3 %
2011	204	108	35 %	31	4	11 %
2012	236	94	28 %	33	4	11 %
2013	291	181	38 %	45	7	13 %

Figure 11 | Évolution du nombre estimé de réinfections par rapport au nombre total d'infections par la syphilis rapportées en Flandre, 2008-2013



2. TABLEAUX ET GRAPHIQUES POUR LA WALLONIE

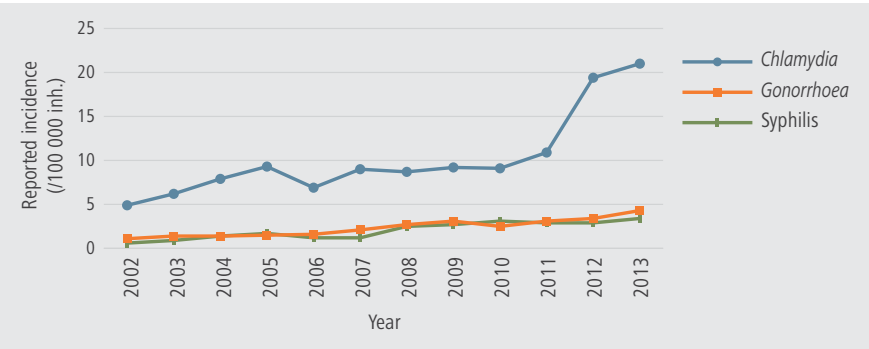
DONNÉES RÉGIONALES DES LABORATOIRES VIGIES DE MICROBIOLOGIE

Sources : toutes les figures et tous les tableaux ci-dessous sont basés sur les données des laboratoires vigies de microbiologie et les données démographiques d'Eurostat.

Tableau 1 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis en Wallonie, 2002-2013

	REPORTED INFECTIONS			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	<i>Chlamydia</i>	Gonorrhoeae	Syphilis	<i>Chlamydia</i>	Gonorrhoeae	Syphilis
2002	165	37	21	4.9	1.1	0.6
2003	208	48	31	6.2	1.4	0.9
2004	267	47	48	7.9	1.4	1.4
2005	315	51	58	9.3	1.5	1.7
2006	234	55	42	6.9	1.6	1.2
2007	308	72	41	9.0	2.1	1.2
2008	302	95	88	8.7	2.7	2.5
2009	319	107	94	9.2	3.1	2.7
2010	319	88	107	9.1	2.5	3.1
2011	386	110	103	10.9	3.1	2.9
2012	692	122	105	19.4	3.4	2.9
2013	752	155	121	21.0	4.3	3.4

Figure 1 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis en Wallonie, 2002-2013



LE CHLAMYDIA EN WALLONIE

Tableau 2 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Wallonie, 2013

REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
Women	Men	Women	Men
0-4	4	3.9	0.9
5-9	0	0.0	0.0
10-14	2	1.9	0.0
15-19	109	103.3	7.2
20-24	212	181.4	40.7
25-29	120	110.4	31.3
30-34	62	56.1	17.0
35-39	31	27.0	18.2
40-44	30	24.0	5.6
45-49	7	5.4	7.7
50-54	4	3.1	7.1
55-59	1	0.8	1.7
60-64	2	1.8	0.9
≥65	4	1.1	0.8
Total	588	32.0	9.4

Figure 2 | Incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Wallonie, 2013

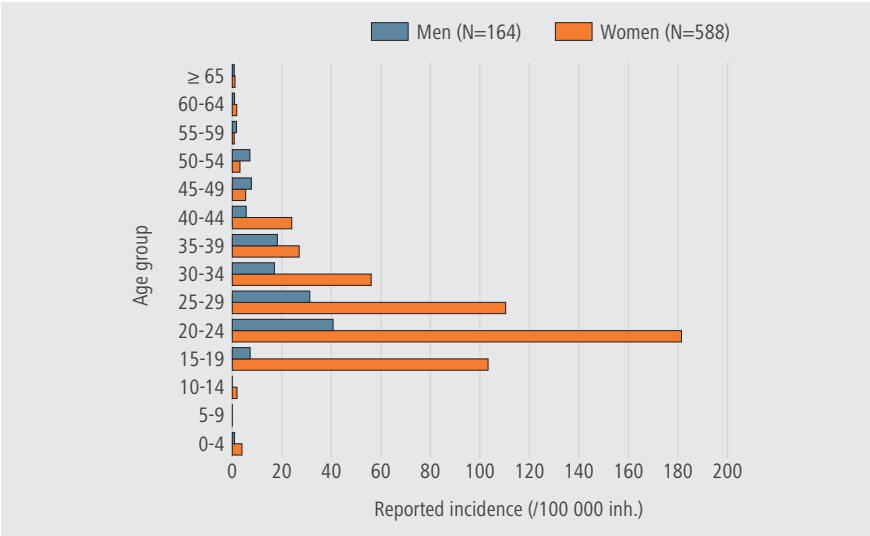


Tableau 3 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence rapportés (/100 000 habitants) par sexe pour le *Chlamydia* en Wallonie, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	143	22	165	8.3	1.4	4.9
2003	178	30	208	10.3	1.8	6.2
2004	236	31	267	13.6	1.9	7.9
2005	280	35	315	16.0	2.1	9.3
2006	195	39	234	11.1	2.4	6.9
2007	262	46	308	14.8	2.8	9.0
2008	240	62	302	13.5	3.7	8.7
2009	242	77	319	13.5	4.6	9.2
2010	241	78	319	13.4	4.6	9.1
2011	294	92	386	16.2	5.3	10.9
2012	556	136	692	30.4	7.8	19.4
2013	588	164	752	32.0	9.4	21.0

Figure 3 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour le *Chlamydia* en Wallonie, 2002-2013

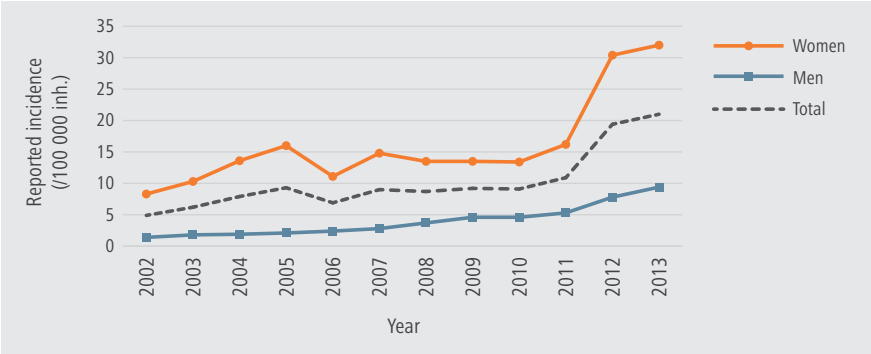


Tableau 4 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Wallonie, 2002-2013

REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.												
WOMEN	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<15	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	2	2
15-19	12	23	41	58	32	39	39	33	41	72	96	103
20-24	48	42	58	85	67	93	83	79	85	98	167	181
25-29	21	40	47	46	37	45	46	57	49	41	108	110
30-34	21	22	38	33	18	21	21	21	25	25	58	56
35-39	9	13	17	15	13	21	16	12	8	12	27	27
40-44	4	13	9	9	4	15	7	6	6	6	18	24
≥ 45	3	1	2	2	1	1	1	2	1	1	2	2
MEN	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<15	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
15-19	3	2	6	2	1	1	2	6	2	4	8	7
20-24	3	5	7	6	6	9	11	17	20	18	36	41
25-29	4	3	6	12	7	7	14	12	14	18	22	31
30-34	1	4	0	4	4	10	6	8	10	10	17	17
35-39	1	3	1	3	5	3	6	11	8	11	14	18
40-44	1	3	2	4	2	5	5	6	8	9	4	6
≥ 45	1	1	1	0	2	1	1	1	1	2	2	3

Figure 4 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Wallonie, 2002-2013

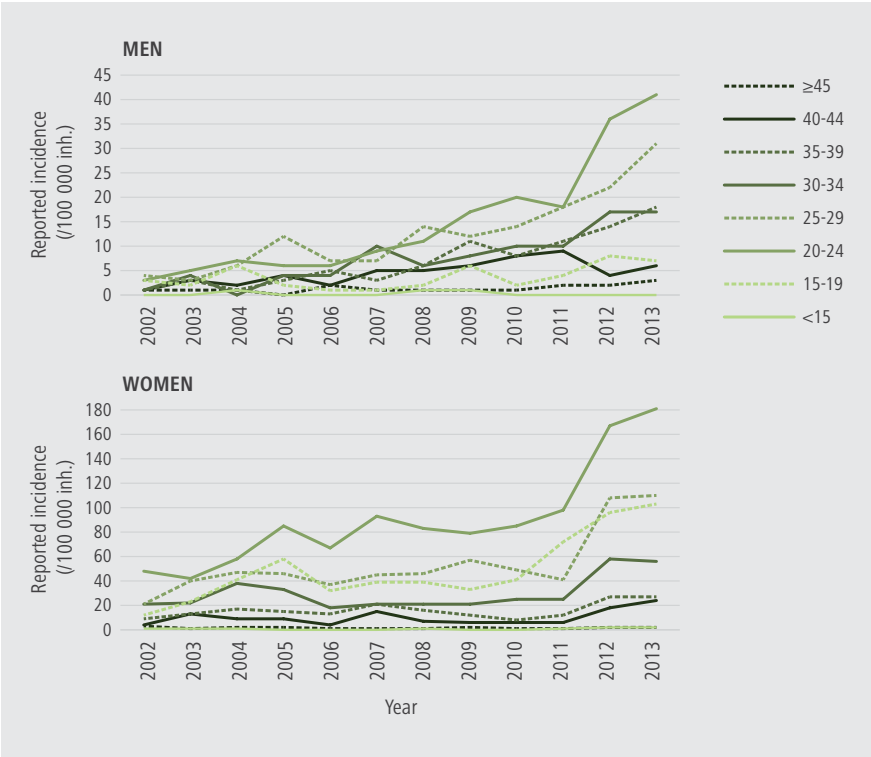
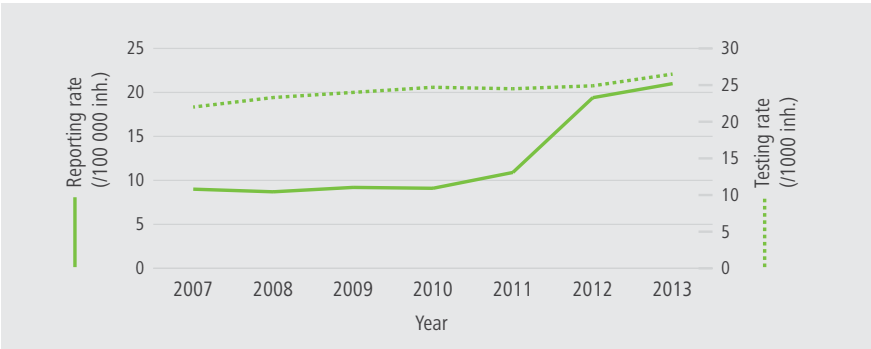


Figure 5 | Évolutions comparatives du taux de dépistage (/1000 habitants) et de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia* en Wallonie, 2007-2013



LA GONORRHÉE EN WALLONIE

Tableau 5 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la gonorrhée en Wallonie, 2013

	REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
	Women	Men	Women	Men
0-4	1	0	1.0	0.0
5-9	0	0	0.0	0.9
10-14	0	0	0.0	0.9
15-19	7	9	6.6	8.1
20-24	12	24	10.3	20.0
25-29	13	17	12.0	15.2
30-34	8	17	7.2	15.2
35-39	2	11	1.7	9.5
40-44	5	10	4.0	8.0
45-49	2	5	1.6	3.9
50-54	1	5	0.8	4.0
≥ 55	1	5	0.2	1.1
Total	52	103	2.8	5.9

Figure 6 | Incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la gonorrhée en Wallonie, 2013

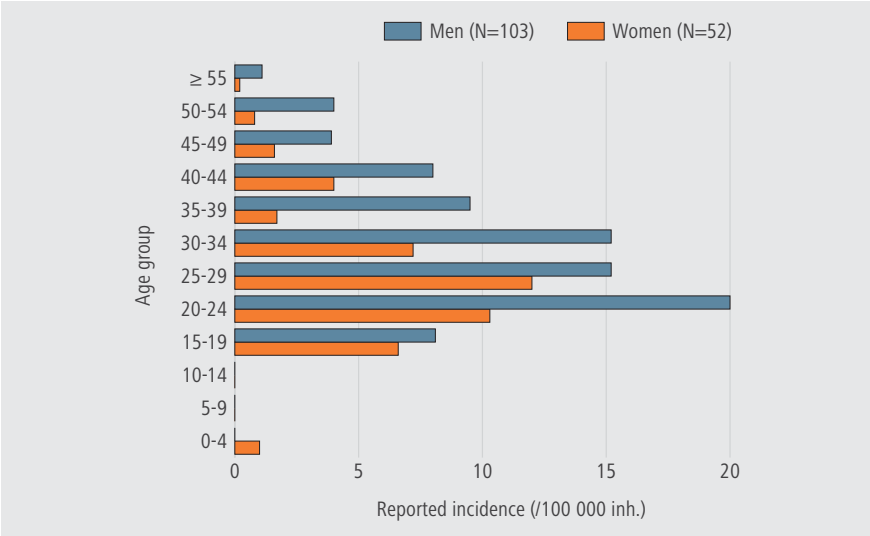


Tableau 6 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence rapportés (/100 000 habitants) par sexe pour la gonorrhée en Wallonie, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	16	21	37	0.9	1.3	1.1
2003	15	33	48	0.9	2.0	1.4
2004	14	34	48	0.8	2.1	1.4
2005	5	45	50	0.3	2.7	1.5
2006	8	45	53	0.5	2.7	1.6
2007	16	56	72	0.9	3.4	2.1
2008	20	75	95	1.1	4.5	2.7
2009	18	89	107	1.0	5.3	3.1
2010	14	74	88	0.8	4.4	2.5
2011	27	83	110	1.5	4.8	3.1
2012	40	82	122	2.2	4.7	3.4
2013	52	103	155	2.8	5.9	4.3

Figure 7 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour la gonorrhée en Wallonie, 2002-2013

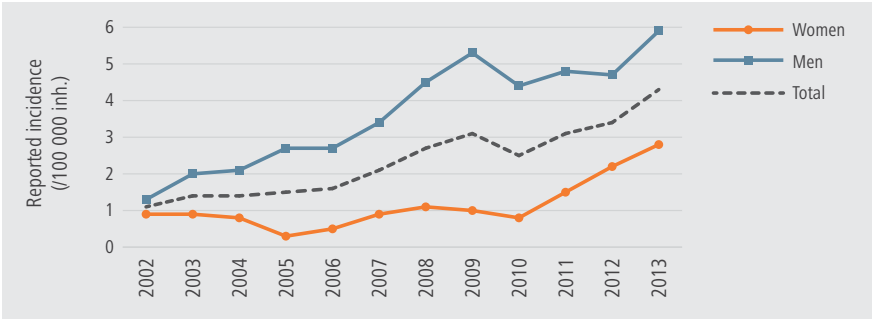
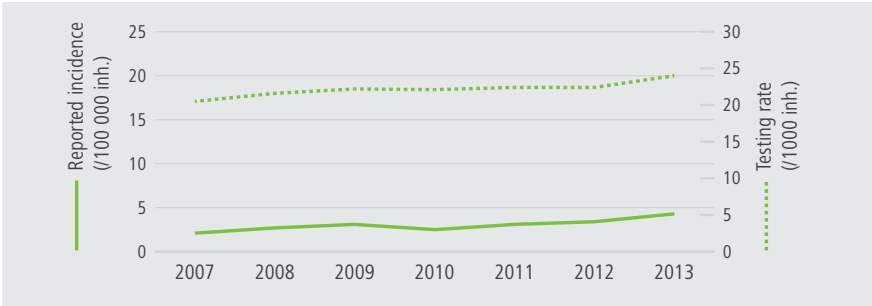


Figure 8 | Évolutions comparatives du taux de dépistage (/1000 habitants) et de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour la gonorrhée en Wallonie, 2007-2013



LA SYPHILIS EN WALLONIE

Tableau 7 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la syphilis en Wallonie, 2013

	REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
	Women	Men	Women	Men
0-4	0	1	0.0	0.9
5-9	0	0	0.0	0.0
10-14	0	0	0.0	0.0
15-19	1	0	0.9	0.0
20-24	2	9	1.7	7.5
25-29	2	13	1.8	11.6
30-34	1	13	0.9	11.7
35-39	4	9	3.5	7.8
40-44	1	12	0.8	9.5
45-49	3	15	2.3	11.6
50-54	2	9	1.6	7.1
55-59	2	5	1.7	4.3
60-64	0	3	0.0	2.8
≥65	7	7	2.0	2.8
Total	25	96	1.4	5.5

Figure 9 | Incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la syphilis en Wallonie, 2013

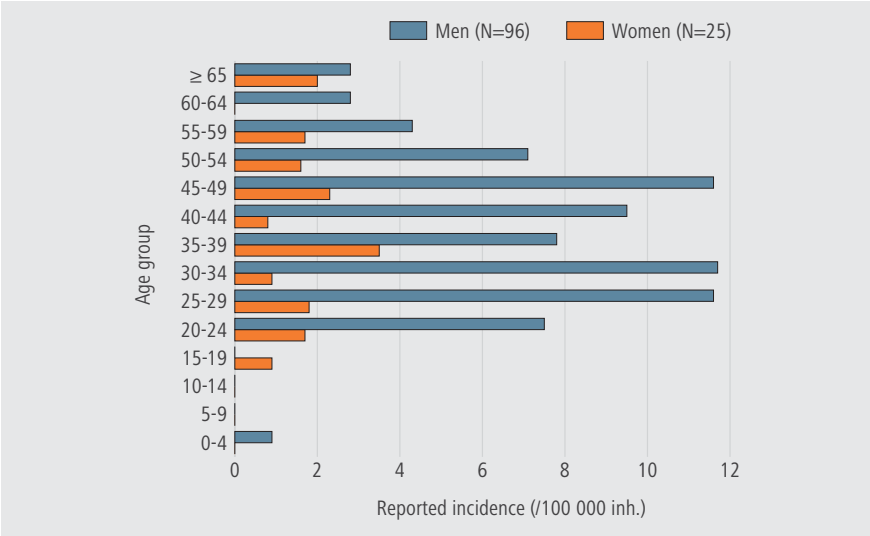


Tableau 8 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence rapportés (/100 000 habitants) par sexe pour la syphilis en Wallonie, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	4	17	21	0.2	1.0	0.6
2003	5	26	31	0.3	1.6	0.9
2004	12	36	48	0.7	2.2	1.4
2005	18	40	58	1.0	2.4	1.7
2006	15	27	42	0.9	1.6	1.2
2007	16	25	41	0.9	1.5	1.2
2008	18	70	88	1.0	4.2	2.5
2009	28	66	94	1.6	3.9	2.7
2010	18	89	107	1.0	5.2	3.1
2011	20	83	103	1.1	4.8	2.9
2012	20	85	105	1.1	4.9	2.9
2013	25	96	121	1.4	5.5	3.4

Figure 10 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour la syphilis en Wallonie, 2002-2013

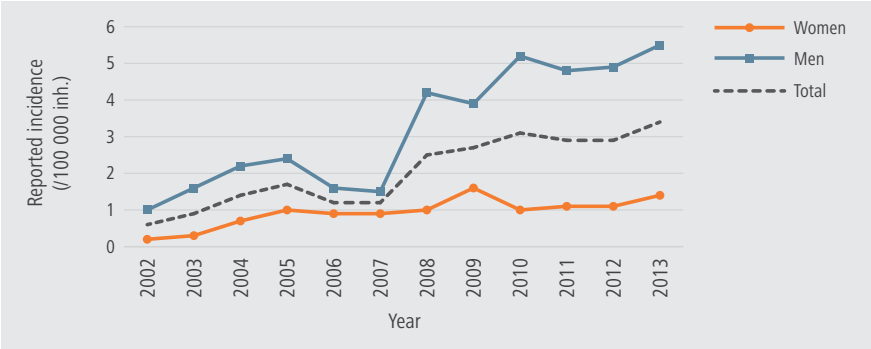
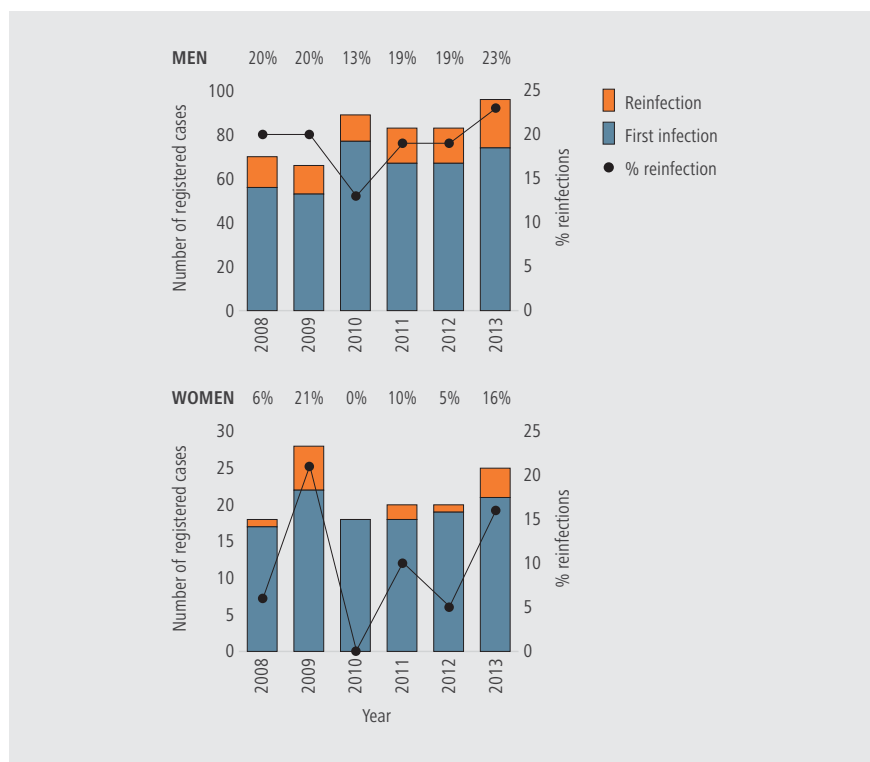


Tableau 9 | Évolution du nombre estimé de réinfections par rapport au nombre total d'infections par la syphilis rapportées en Wallonie, 2008-2013

	MEN			WOMEN		
	First infection	Reinfection	% reinfection	First infection	Reinfection	% reinfection
2008	56	14	20 %	17	1	6 %
2009	53	13	20 %	22	6	21 %
2010	77	12	13 %	18	0	0 %
2011	67	16	19 %	18	2	10 %
2012	67	16	19 %	19	1	5 %
2013	74	22	23 %	21	4	16 %

Figure 11 | Évolution du nombre estimé de réinfections par rapport au nombre total d'infections par la syphilis rapportées en Wallonie, 2008-2013



3. TABLEAUX ET GRAPHIQUES POUR LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

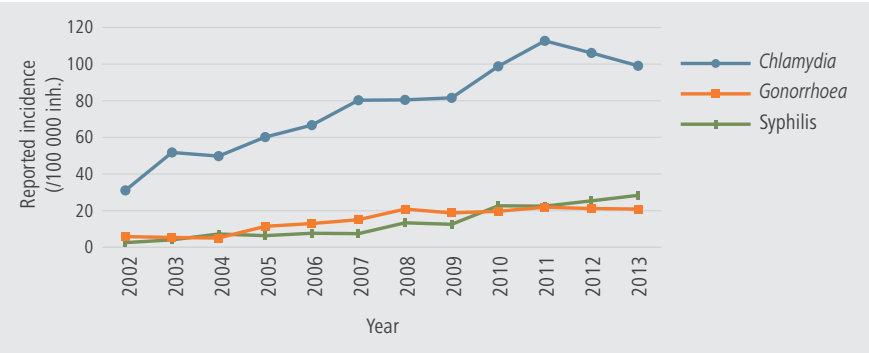
DONNÉES RÉGIONALES DES LABORATOIRES VIGIES DE MICROBIOLOGIE

Sources : toutes les figures et tous les tableaux ci-dessous sont basés sur les données des laboratoires vigies de microbiologie et les données démographiques d'Eurostat.

Tableau 1 | Nombre d'enregistrements et incidence rapportés (/100 000) pour le *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis en région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

	REPORTED INFECTIONS			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	<i>Chlamydia</i>	Gonorrhoeae	Syphilis	<i>Chlamydia</i>	Gonorrhoeae	Syphilis
2002	304	58	25	31.1	5.9	2.6
2003	514	54	41	51.8	5.4	4.1
2004	498	51	73	49.8	5.1	7.3
2005	606	116	64	60.2	11.5	6.4
2006	680	132	78	66.7	13.0	7.7
2007	828	156	77	80.3	15.1	7.5
2008	844	219	141	80.5	20.9	13.4
2009	872	201	135	81.6	18.8	12.6
2010	1077	215	247	98.8	19.7	22.7
2011	1281	249	256	112.7	21.9	22.5
2012	1230	246	295	106.1	21.2	25.4
2013	1164	245	334	99.1	20.9	28.4

Figure 1 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000) pour le *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013



LE CHLAMYDIA EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Tableau 2 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Région de Bruxelles-Capitale, 2013

	REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
	Women	Men	Women	Men
0-4	10	3	23.0	6.6
5-9	0	0	0.0	0.0
10-14	4	0	12.7	0.0
15-19	157	16	513.8	49.7
20-24	307	68	744.1	174.4
25-29	191	84	360.4	170.7
30-34	115	40	217.2	74.5
35-39	44	35	96.3	69.7
40-44	16	24	38.9	52.0
45-49	8	19	21.6	47.2
50-54	4	8	11.5	23.3
55-59	0	3	0.0	10.5
60-64	2	2	7.4	8.3
≥65	3	1	3.2	1.6
Total	861	303	143.7	52.7

Figure 2 | Incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Région de Bruxelles-Capitale, 2013

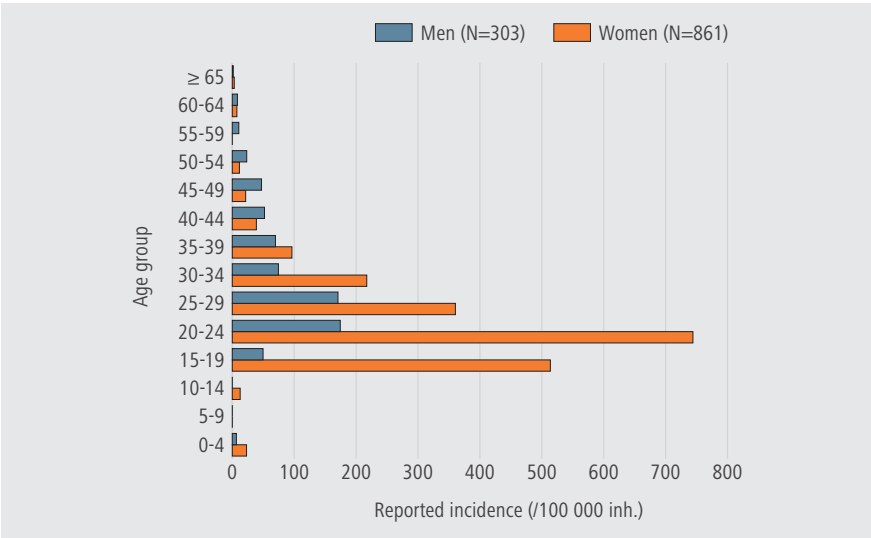


Tableau 3 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence rapportés par sexe (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia* en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	278	26	304	54.5	5.5	31.1
2003	461	53	514	89.5	11.1	51.8
2004	444	54	498	85.5	11.2	49.8
2005	549	57	606	104.9	11.8	60.2
2006	581	99	680	109.8	20.2	66.7
2007	700	128	828	131.0	25.8	80.3
2008	659	185	844	121.5	36.6	80.5
2009	672	200	872	121.7	38.7	81.6
2010	802	275	1077	142.5	52.2	98.8
2011	921	360	1281	158.2	64.9	112.7
2012	931	299	1230	157.2	52.7	106.1
2013	861	303	1164	143.7	52.7	99.1

Figure 3 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour le *Chlamydia* en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

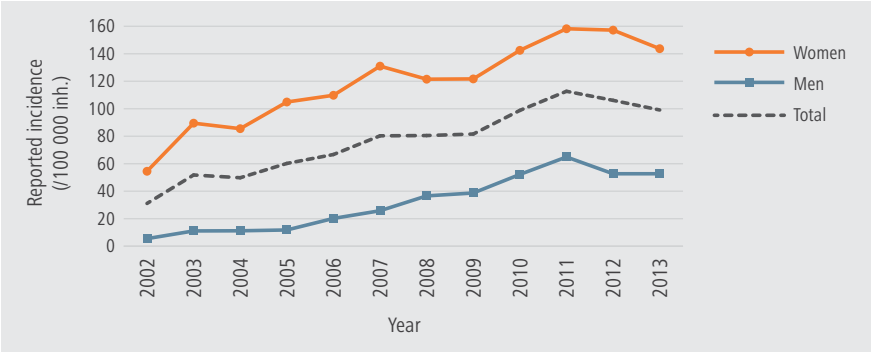


Tableau 4 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.												
WOMEN	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<15	1	7	15	7	1	1	5	8	10	10	6	13
15-19	138	248	244	396	382	427	466	422	528	516	545	514
20-24	222	494	465	545	625	653	666	646	623	736	767	744
25-29	181	269	255	272	282	348	278	328	338	414	426	360
30-34	106	136	153	141	165	186	145	164	233	215	236	217
35-39	64	64	53	71	59	112	91	70	109	142	125	96
40-44	35	35	14	51	34	58	52	35	51	64	52	39
≥ 45	5	7	4	2	5	9	7	8	24	21	9	8
MEN	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<15	0	0	0	0	2	1	2	3	2	2	3	3
15-19	0	0	3	5	4	4	3	16	17	17	13	16
20-24	5	9	8	10	15	26	30	37	50	69	57	68
25-29	9	15	14	8	30	34	40	51	53	80	78	84
30-34	5	8	9	16	25	21	35	38	48	59	46	40
35-39	4	7	9	8	6	22	24	18	38	40	38	35
40-44	1	2	4	2	7	5	23	16	22	31	27	24
≥ 45	3	6	5	4	6	15	24	21	45	62	37	33

Figure 4 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour le *Chlamydia* en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

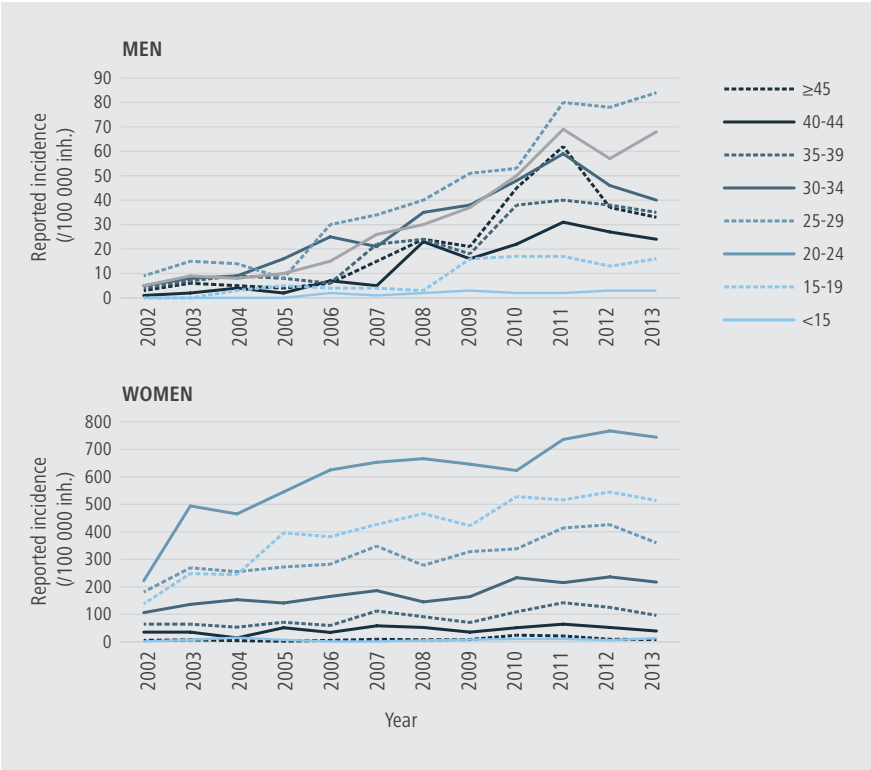
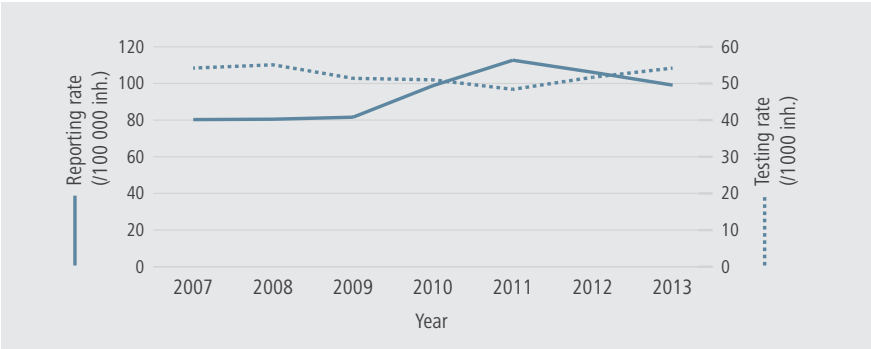


Figure 5 | Évolutions comparatives du taux de dépistage (/1000 habitants) et de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour le *Chlamydia* en Région de Bruxelles-Capitale, 2007-2013



LA GONORRHÉE EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Tableau 5 | Nombre de cas et incidence rapportés par âge et par sexe (/100 000 habitants) pour la gonorrhée en Région de Bruxelles-Capitale, 2013

	REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
	Women	Men	Women	Men
0-4	0	1	0.0	2.2
5-9	0	0	0.0	0.0
10-14	0	0	0.0	0.0
15-19	9	12	29.5	37.3
20-24	24	32	58.2	82.1
25-29	12	46	22.6	93.5
30-34	10	31	18.9	57.7
35-39	4	28	8.8	55.8
40-44	3	11	7.3	23.9
45-49	2	10	5.4	24.8
≥ 50	1	9	0.5	6.1
Total	65	180	10.8	31.3

Figure 6 | Incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la gonorrhée en Région de Bruxelles-Capitale, 2013

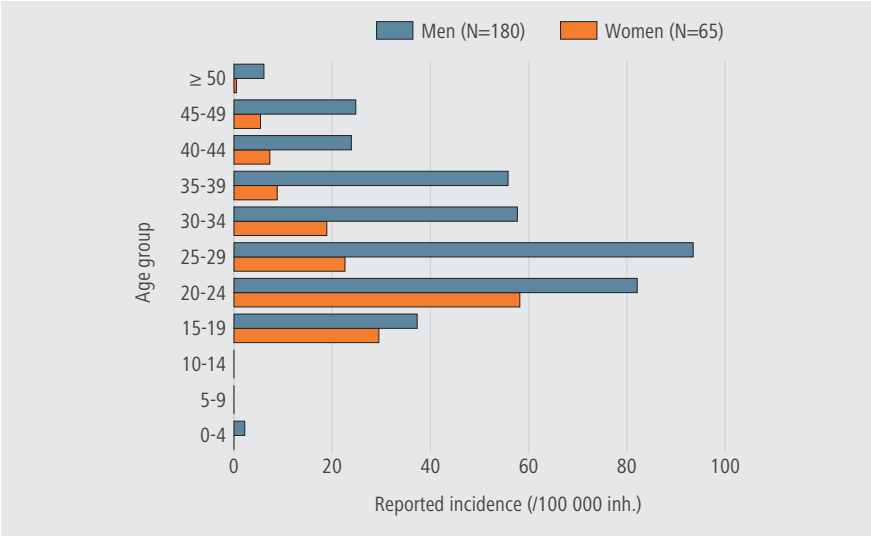


Tableau 6 | Évolution du nombre de cas et de l'incidence rapportés (/100 000) par sexe pour la gonorrhée en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	14	44	58	2.7	9.4	5.9
2003	13	41	54	2.5	8.6	5.4
2004	7	44	51	1.3	9.2	5.1
2005	31	85	116	5.9	17.6	11.5
2006	44	88	132	8.3	18.0	13.0
2007	52	104	156	9.7	20.9	15.1
2008	62	157	219	11.4	31.0	20.9
2009	52	149	201	9.4	28.9	18.8
2010	56	159	215	10.0	30.2	19.7
2011	66	183	249	11.3	33.0	21.9
2012	49	197	246	8.3	34.7	21.2
2013	65	180	245	10.8	31.3	20.9

Figure 7 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour la gonorrhée en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

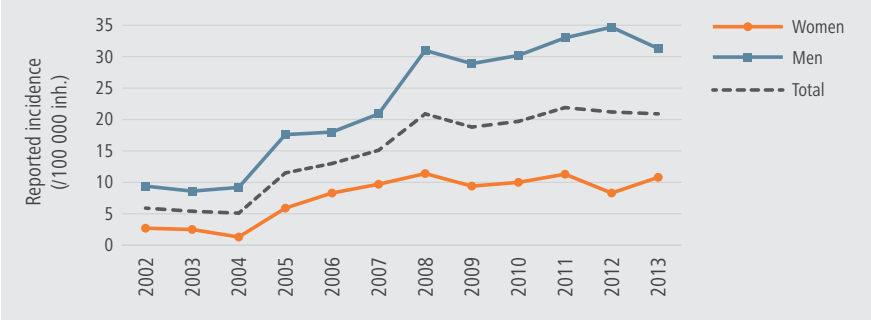
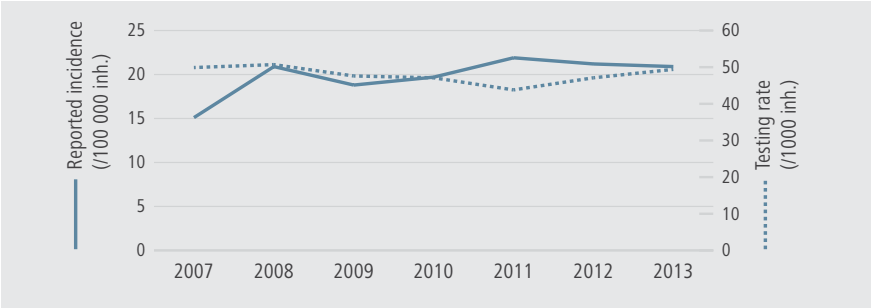


Figure 8 | Évolutions comparatives du taux de dépistage (/1000 habitants) et de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) pour la gonorrhée en Région de Bruxelles-Capitale, 2007-2013



LA SYPHILIS EN RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Tableau 7 | Nombre de cas et incidence rapportés (/100 000) par âge et par sexe pour la syphilis en Région de Bruxelles-Capitale, 2013

	REPORTED CASES		REPORTED INCIDENCE/100 000 inh.	
	Women	Men	Women	Men
0-4	1	1	2.3	2.2
5-9	0	0	0.0	0.0
10-14	0	0	0.0	0.0
15-19	0	0	0.0	0.0
20-24	3	9	7.3	23.1
25-29	9	28	17.0	56.9
30-34	19	36	35.9	67.0
35-39	11	40	24.1	79.7
40-44	6	33	14.6	71.6
45-49	7	32	18.9	79.5
50-54	5	20	14.4	58.2
55-59	7	14	22.5	48.9
60-64	4	12	14.8	49.8
≥65	17	20	18.2	32.8
Total	89	245	14.9	42.6

Figure 9 | Incidence rapportée (/100 000 habitants) par âge et par sexe pour la syphilis en Région de Bruxelles-Capitale, 2013

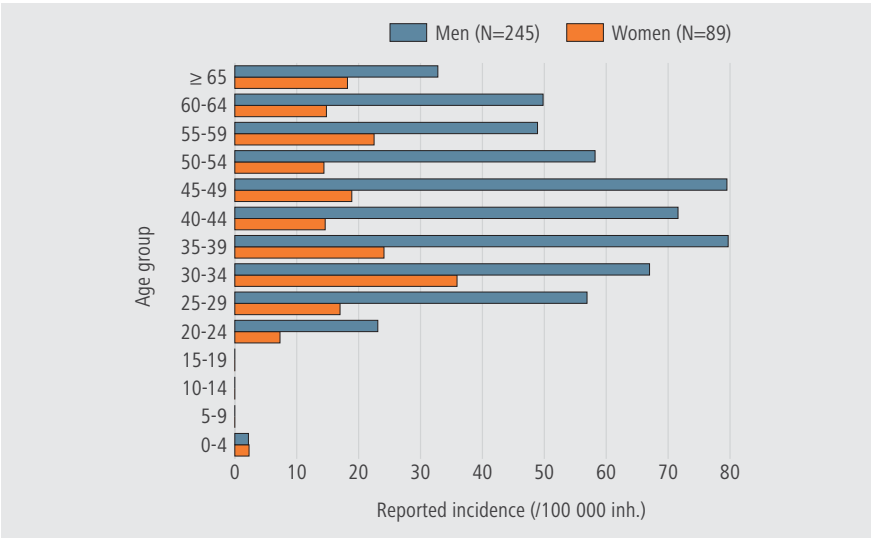


Tableau 8 | Évolution du nombre de cas (/100 000 habitants) et de l'incidence rapportés par sexe pour la syphilis en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

	REPORTED CASES			REPORTED INCIDENCES/100 000 inh.		
	Women	Men	Total	Women	Men	Total
2002	7	18	25	1.4	3.8	2.6
2003	5	36	41	1.0	7.6	4.1
2004	10	63	73	1.9	13.1	7.3
2005	10	54	64	1.9	11.2	6.4
2006	12	66	78	2.3	13.5	7.7
2007	7	70	77	1.3	14.1	7.5
2008	15	126	141	2.8	24.9	13.4
2009	10	125	135	1.8	24.2	12.6
2010	63	184	247	11.2	34.9	22.7
2011	64	192	256	11.0	34.6	22.5
2012	77	218	295	13.0	38.4	25.4
2013	89	245	334	14.9	42.6	28.4

Figure 10 | Évolution de l'incidence rapportée (/100 000 habitants) par sexe pour la syphilis en Région de Bruxelles-Capitale, 2002-2013

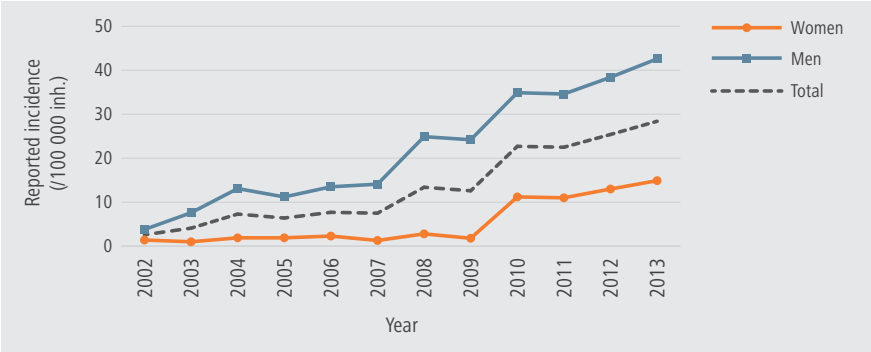


Tableau 9 | Évolution du nombre estimé de réinfections par rapport au nombre total d'infections par la syphilis rapportées en Région de Bruxelles-Capitale, 2008-2013

	MEN			WOMEN		
	First infection	Reinfection	% reinfection	First infection	Reinfection	% reinfection
2008	91	33	27 %	12	3	20 %
2009	75	51	40 %	8	2	20 %
2010	147	37	20 %	53	10	16 %
2011	131	62	32 %	57	7	11 %
2012	159	57	26 %	60	14	19 %
2013	148	97	40 %	72	17	19 %

Figure 11 | Évolution du nombre estimé de réinfections par rapport au nombre total d'infections par la syphilis rapportées en Région de Bruxelles-Capitale, 2008-2013



ANNEXE 1

LISTE DES LABORATOIRES DE MICROBIOLOGIE PARTICIPANTS

INSTITUT DE MEDECINE TROPICALE (IMT)	CLINILABO BRABANT	CLINIQUES DE L'EUROPE (SITE SAINTE-ELISABETH)
AZ VESALIUS	LABORATORIUM VOOR MEDISCHE BIOLOGIE	CHU TIVOLI
UZ ANTWERPEN	AZ SINT-REMBERT	LABASSOS (SITE BRAINE-LE-COMTE)
ZNA STUIVENBERG	AZ SINT-JAN	HOPITAL UNIVERSITAIRE DES ENFANTS REINE FABIOLA
CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRACE	AZ SINT-LUCAS	CENTRE DE SANTE DES FAGNES
ALGEMEEN MEDISCH LABORATORIUM	JAN YPERMAN ZIEKENHUIS	CLINIQUE SAINT- JOSEPH
ZNA MIDDELHEIM	IBC INSTITUT DE BIOLOGIE CLINIQUE	HOPITAL ERASME
AZ SINT-NORBERTUS	AZ GROENINGE	CLINIQUE SAINTE-ANNE SAINT-REMI
UZ BRUSSEL	O.L.V. VAN LOURDES ZIEKENHUIS	CH DE WALLONIE PICARDE (SITE DORCAS)
SOMEDI	MEDISCH LABO BRUYLAND	CHR DE HUY
IMELDAZIEKENHUIS	AZ DAMIAAN	LABO D'ANALYSES MEDICALES PH. RALET
HEILIG HARTZIEKENHUIS	SINT-JOZEFKLINIEK	CHU DE LIEGE
AZ SINT-DIMPNA	AZ DELTA	CHR CITADELLE
AZ HERENTALS	ALGEMEEN STEDELIJK ZIEKENHUIS	CH PELTZER-LA TOURELLE
AZ SINT-JOZEF	SINT-ANDRIESZIEKENHUIS	CLINIQUE REINE ASTRID
WIV-ISP (BACTERIOLOGIE)	AZ SINT-ELISABETH	ST. NIKOLAUS-HOSPITAL
HOPITAL MILITAIRE REINE ASTRID	OLV ZIEKENHUIS	CENTRE DE DIAGNOSTIC DE VERVIERS
RZ HEILIG HART	LABO MEDIC	JESSA ZIEKENHUIS (CAMPUS SALVATOR)
MEDISCH LABO MEDINA	CHU DE CHARLEROI	SINT-FRANCISKUSZIEKENHUIS
AZ DIEST	AZ SINT-BLASIUS	SINT-TRUDO ZIEKENHUIS
MEDISCH CENTRUM VOOR HUISARTSEN	AZ ALMA	ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG
UZ LEUVEN (CAMPUS SINT-RAFAEL)	LABO NUYTINCK	MARIA-ZIEKENHUIS NOORD-LIMBURG
HOPITAL DE BRAINE L'ALLEUD-WATERLOO	HOPITAL ANDRE VESALE	CLINIQUE SAINT-JOSEPH
CHU SAINT-PIERRE	KLINIEK MARIA MIDDELARES	CH DE L'ARDENNE (SITE LIBRAMONT)
CHU BRUGMANN	AZ SINT-LUCAS	CHU DINANT-GODINNE (SITE GODINNE)
CH EPICURA (SITE BAUDOUR)	UZ GENT - 2P8	
CLINIQUE SAINTE-ANNE SAINT-REMI	AZ NIKOLAAS	
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC	CH EPICURA (SITE D'ATH)	
	CHU AMBROISE PARE	
	CLINIQUE REFUGE DE LA SAINTE FAMILLE	

ANNEXE 2

LISTE DES HÔPITAUX ET CENTRES PARTICIPANTS	
IMT, Helpcenter	Anvers
ZNA Stuivenberg, service d'urologie	Anvers
UZ Antwerpen, service de dermatologie	Anvers
Zurenborg, cabinet de médecine générale	Anvers
Imeldaziekenhuis, service de gynécologie	Bonheiden
Heirnis, cabinet de médecine générale de groupe	Gand
UZ Gent, services de gynécologie et de dermatologie	Gand
Pasop	Gand
Virga Jesse, service des maladies infectieuses	Hasselt
Cabinet de médecine générale de groupe	Louvain
Centre ELISA, Hôpital Saint-Pierre	Bruxelles
S clinic, Hôpital Saint-Pierre	Bruxelles
Planning familial «Aimer à l'ULB»	Bruxelles
Planning familial «Aimer Jeunes»	Bruxelles
CHU de Liège (Centre-Ville), service de dermatologie	Liège
CHU de Liège (Sart-Tilman), service de gastro-entérologie	Liège
CHR de la Citadelle, service de gynécologie	Liège
CHU de Charleroi (Arthur Rimbaud), services des maladies infectieuses et de gynécologie	Charleroi
Grand Hôpital de Charleroi Notre-Dame, services des maladies infectieuses, de gynécologie et d'urologie	Charleroi
Maison médicale de Charleroi	Charleroi
Clinique Notre-Dame de Grâce, service de dermatologie	Gosselies
RZ Heilig Hart, service de gynécologie	Roeselare
Klinik Sankt-Josef, service de dermatologie	Saint-Vith
Collectif contraception	Seraing

ANNEXE 3 & 4

VARIABLES DANS L'ENREGISTREMENT PAR LES HÔPITAUX ET CENTRES PARTICIPANTS			
Variables démographiques relatives au patient	Variables relatives au diagnostic d'IST	Variables relatives au comportement	Variables relatives au statut sérologique du patient
• Année de naissance • Sexe • Nationalité • Lieu de résidence en Belgique • Niveau d'instruction	• Date du diagnostic • Motif de la consultation • Diagnostic d'IST • Symptômes • Lieu de prélèvement de l'échantillon • Antécédents d'IST*	• Orientation sexuelle • Nombre de partenaires sexuels au cours des 6 derniers mois • Relations sexuelles en groupe* • Fellation* • Utilisation de préservatifs • Relation stable • Prostitution au cours des 6 derniers mois • Contact avec le milieu de la prostitution comme client au cours des 6 derniers mois • Usage de drogues intraveineuses au cours des 6 derniers mois • Rapports sexuels avec un utilisateur de drogues intraveineuses au cours des 6 derniers mois • Contamination probable à l'étranger • Notification au partenaire	• Statut VIH et moment du test • Statut hépatite B (VHB) et statut vaccinal* • Statut hépatite C (VHC)* • Statut vaccinal contre le HPV*
* variables non analysées par les cabinets de médecins généralistes vigies			

CLASSIFICATION DU DIAGNOSTIC DE LGV			
Criteria	Classification		
	Confirmed	Probable	Possible
LGV-pathology or contact with LGV-patient	yes	yes	yes
<i>Chlamydia trachomatis</i> serology, invasive titers	+ / Unknown	+	+
PCR-urine or PCR-rectum or PCR-throat	+	+	Unknown
PCR genotype	+	Unknown	Unknown
Bron : Kivi M, Evaluation prompting transition from enhanced to routine surveillance of LGV in the Netherlands, Eurosurveillance, 2008, April 3 ;13(14)			

RÉSULTATS DES DONNÉES RELATIVES À LA GONORRHÉE COLLECTÉES VIA LA NOTIFICATION OBLIGATOIRE PAR LES MÉDECINS CHARGÉS DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES EN FLANDRE

RÉPARTITION SELON LE SEXE

Via les **notifications obligatoires** chez les médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses dans les communautés, 1154 cas dont l'âge et le sexe étaient connus, ont été notifiés en **Flandre**. On a enregistré 940 hommes et 214 femmes souffrant de gonorrhée (rapport hommes/femmes de 4,4:1). L'âge moyen est de 34 ans chez les hommes et de 31 ans chez les femmes, avec 3 cas d'infection périnatale présumée.

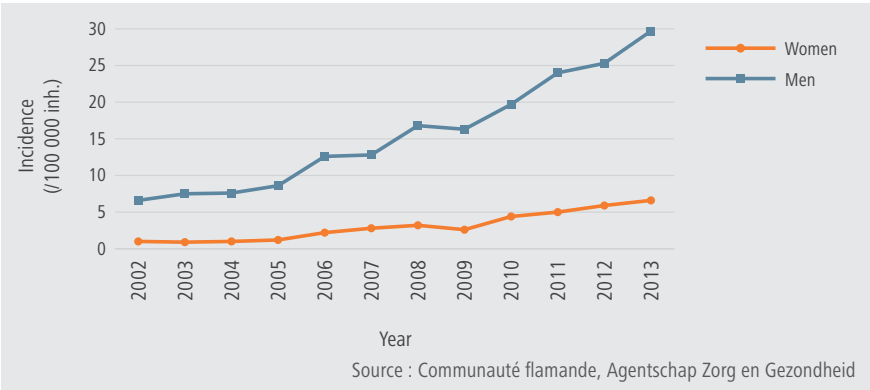
L'évolution de l'incidence de la gonorrhée selon le sexe entre 2002 et 2013 en Flandre est illustrée au tableau 1 et à la figure 1. On observe une augmentation annuelle moyenne de 16 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes.

Tabl. 1 | Évolution de l'incidence de gonorrhée par sexe (/100 000 habitants) en Flandre, 2002-2013

INCIDENCE /100 000 inh.		
	Men	Women
2002	1.0	6.6
2003	0.9	7.5
2004	1.0	7.6
2005	1.2	8.6
2006	2.2	12.6
2007	2.8	12.8
2008	3.2	16.8
2009	2.6	16.3
2010	4.4	19.7
2011	5.0	24.0
2012	5.9	25.3
2013	6.6	29.7

Source : Communauté flamande, Agentschap Zorg en Gezondheid (AZG)

Figure 1 | Évolution de l'incidence de gonorrhée par sexe (/100 000 habitants) en Flandre, 2002-2013



RÉPARTITION SELON L'ÂGE

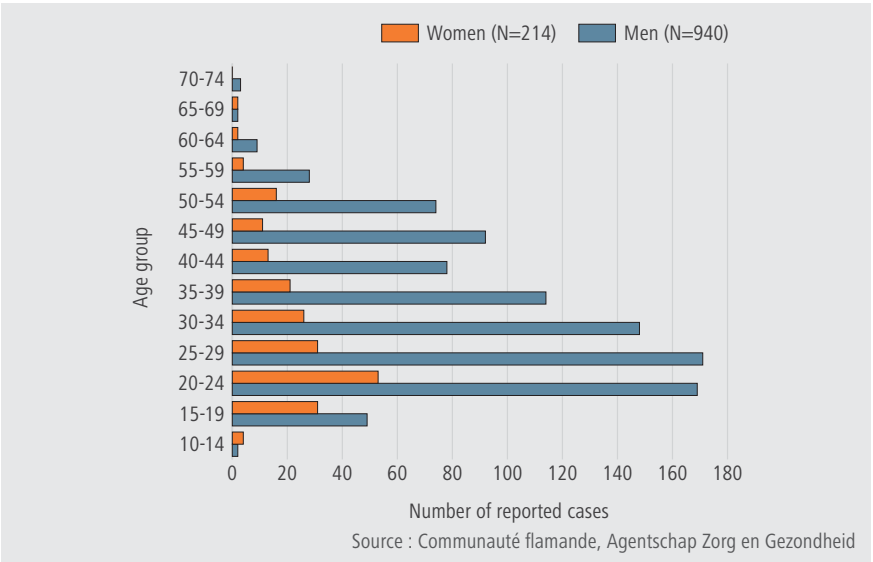
La répartition selon l'âge et le sexe des cas de gonorrhée enregistrés via les notifications obligatoires dans la Communauté flamande est illustrée au tableau 2 et à la figure 2.

Tabl. 2 | Répartition du nombre de cas de gonorrhée rapportés en fonction du sexe et du groupe d'âge en Flandre, 2013

	Men	Women	total
0-4	0	0	0
5-9	0	0	0
10-14	2	4	6
15-19	49	31	80
20-24	169	53	222
25-29	171	31	202
30-34	148	26	174
35-39	114	21	135
40-44	78	13	91
45-49	92	11	103
50-54	74	16	90
55-59	28	4	32
60-64	9	2	11
65-69	2	2	4
70-74	3	0	3
75-79	0	0	0
80-84	0	0	0
≥ 85	0	0	0
unknown	1		1
total	940	214	1,154

Source : Communauté flamande, Agentschap Zorg en Gezondheid

Figure 2 | Répartition du nombre de cas de gonorrhée rapportés en fonction du sexe et du groupe d'âge en Flandre, 2013



RÉSULTATS DES DONNÉES RELATIVES À LA SYPHILIS COLLECTÉES VIA LA NOTIFICATION OBLIGATOIRE PAR LES MÉDECINS CHARGÉS DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES EN FLANDRE

RÉPARTITION SELON LE SEXE

Via les **notifications obligatoires** chez les médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses dans les communautés, 446 cas à propos desquels l'âge et le sexe étaient connus, ont été notifiés en **Flandre**. On a enregistré 377 hommes et 69 femmes souffrant de syphilis (rapport hommes/femmes de 5,5:1).

L'âge moyen est de 39 ans chez les hommes et de 30 ans chez les femmes.

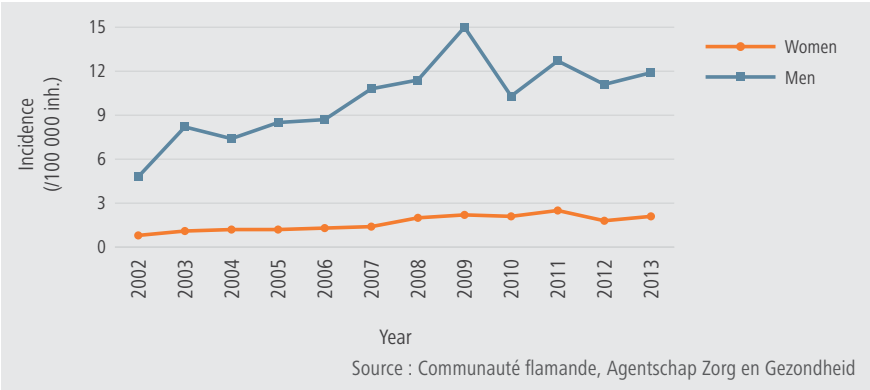
L'évolution de l'incidence de la syphilis selon le sexe entre 2002 et 2013 en Flandre est illustrée au tableau 1 et à la figure 1. On observe une augmentation annuelle moyenne de 12 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes.

Tabl. 1 | Évolution de l'incidence de syphilis spécifique du sexe (/100 000 habitants) en Flandre, 2002-2013

INCIDENCE /100 000 inh.		
	Men	Women
2002	4.8	0.8
2003	8.2	1.1
2004	7.4	1.2
2005	8.5	1.2
2006	8.7	1.3
2007	10.8	1.4
2008	11.4	2.0
2009	15.0	2.2
2010	10.3	2.1
2011	12.7	2.5
2012	11.1	1.8
2013	11.9	2.1

Source : Communauté flamande, Agentschap Zorg en Gezondheid

Figure 1 | Évolution de l'incidence de la syphilis par sexe (/100 000 habitants) en Flandre, 2002-2013



RÉPARTITION SELON L'ÂGE

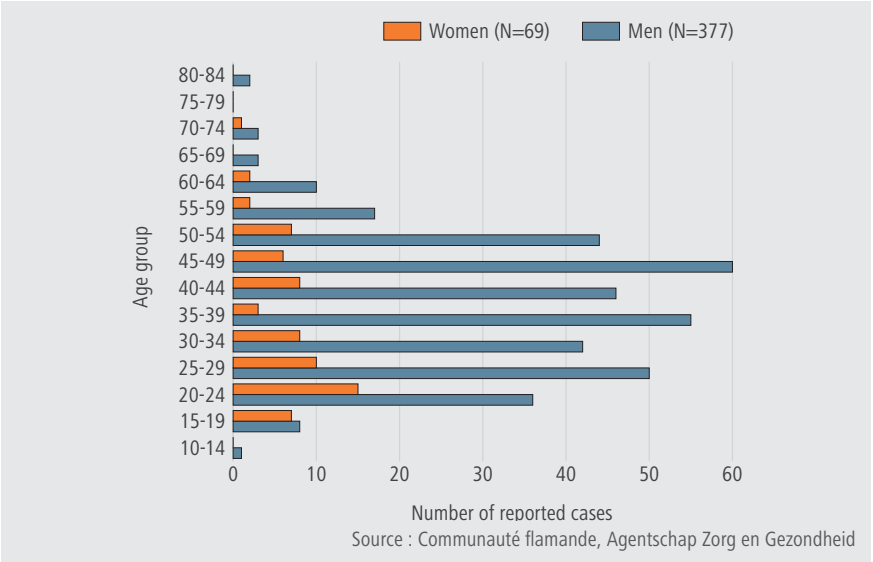
Grâce aux données obtenues via les **notifications obligatoires** dans la **Communauté flamande**, la répartition selon l'âge en fonction du sexe apparaît telle qu'indiquée au tableau 2 et à la figure 2.

Tabl. 2 | Répartition du nombre de cas de syphilis signalés en fonction du sexe et de l'âge en Flandre, 2013

	Men (N=377)	Women (N=69)	total
10-14	1	0	1
15-19	8	7	15
20-24	36	15	51
25-29	50	10	60
30-34	42	8	50
35-39	55	3	58
40-44	46	8	54
45-49	60	6	66
50-54	44	7	51
55-59	17	2	19
60-64	10	2	12
65-69	3	0	3
70-74	3	1	4
75-79	0	0	0
80-84	2	0	2
total	377	69	446

Source : Communauté flamande, Agentschap Zorg en Gezondheid

Figure 2 | Répartition du nombre de cas de syphilis signalés en fonction du sexe et de l'âge en Flandre, 2013



DÉPISTAGE DES DONNEURS DE SANG PAR LA CROIX-ROUGE

Les recommandations pour la surveillance des IST de l’Organisation mondiale de la Santé mentionnent que le dépistage de la syphilis chez les donneurs de sang peut constituer une source potentiellement importante de données de prévalence, malgré les limitations de ces données. C’est surtout le cas dans les pays disposant de peu d’autres chiffres concernant la prévalence d’IST, comme la Belgique. C’est pourquoi nous avons contacté Rode Kruis (Flandre) et la Croix-Rouge (Bruxelles-Wallonie), qui nous ont fourni les résultats du dépistage de la syphilis chez les donneurs de sang pour les années 2002 à 2013 (tableau 1). En 2013, 187 128 donneurs de sang ont été dépistés en **Flandre**, contre 95 763 en **Wallonie**. La séroprévalence pour la syphilis varie entre 0,002 % et 0,029 %.

Tabl. 1 | Évolution de la séroprévalence (%) de la syphilis chez les donneurs de sang, 2002-2013

Année	Wallonie- Bruxelles	Flandre
2002	0,002	0,004
2003	0,005	0,004
2004	0,002	0,003
2005	0,006	0,003
2006	0,005	0,003
2007	0,007	0,004
2008	0,014	0,005
2009	0,004	0,013
2010	0,008	0,008
2011	0,016	0,015
2012	0,024	0,011
2013	0,029	0,005
Source : Rode Kruis Vlaanderen, la Croix-Rouge (Wallonie-Bruxelles)		

En 2013, on a également demandé les données de prévalence d’autres IST à Rode Kruis et à la Croix-Rouge (tableau 2).

Tabl. 2 | Prévalence d’IST (%) chez les donneurs de sang, 2013

IST	Wallonie- Bruxelles	Flandre
Syphilis	0,029	0,005
Hépatite B	0,029	0,010
Hépatite C	0,011	0,004
VIH	0,005	0,003
Source : Rode Kruis Vlaanderen, la Croix-Rouge (Wallonie-Bruxelles)		

La prévalence des IST au sein du groupe des candidats et de nouveaux donneurs serait plus représentative de la population générale que celle observée au sein du groupe des donneurs connus. Dans le groupe des donneurs connus, de

nouvelles infections font parfois leur apparition (syphilis, hépatite C), ces donneurs disparaissant alors de la liste.

En Flandre, 33 783 nouveaux donneurs se sont présentés sur un total de 187 128 donneurs de sang.

En Wallonie, 17 446 candidats et nouveaux donneurs se sont présentés, sur un total de 95 763 donneurs de sang.

La répartition des résultats du dépistage entre les nouveaux donneurs et les donneurs connus est la suivante (tableau 3).

Tableau 3 | Répartition des résultats du dépistage par type de donneurs de sang dans les 2 antennes de la Croix-Rouge, 2013

Flemish Red Cross				
		New donors	Known and regular donors	Total
		N=33 786	N=153 345	N=187 128
HCV	%	0.0002	> 0.0001	> 0.0001
	N	6	1	7
HIV	%	> 0.0001	> 0.0001	> 0.0001
	N	1	4	5
Syphilis	%	0.0003	> 0.0001	0.0001
	N	8	2	10
HBV	%	0.0005	> 0.0001	0.0001
	N	17	2	19
Bron : Rode Kruis Vlaanderen				

Brussels-Wallonia Red Cross						
		Candidats	New donors	Regular donors	Occasional donors	Total
		N=646	N=17 446	N=62 947	N=14 724	N=95 763
HCV	%	0.15	0.05		0.006	0.011
	N	1	9	0	1	11
HIV	%			0.006	0.006	0.005
	N	0	0	4	1	5
Syphilis	%		0.10	0.008	0.027	0.029
	N	0	19	5	4	28
Ag HBs	%		0.16		0.006	0.029
	N	0	28	0	1	29
AChBc isolé	%	0.15	0.2		0.047	0.044
	N	1	35	0	7	43
Bron : La Croix rouge (Brussel-Wallonië)						

ANNEXE 8

SITES WEB REPRENANT DES RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX TESTS DES IST ET À LA NOTIFICATION AU PARTENAIRE

Pour de plus amples informations au sujet des **notifications obligatoires** auprès des communautés et de la notification au partenaire, surfez sur :

- <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Infectieziekten> (Agentschap Zorg en Gezondheid de la Communauté flamande)
- <http://www.sante.cfwb.be> (Fédération Wallonie-Bruxelles).
- <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/nl/erkende-instellingen/gezondheidzorg/besmettelijke-ziekten> (Région de Bruxelles-Capitale)

Les documents «Biologie clinique : prescription rationnelle des tests» et «Recommandations en rapport avec le dépistage des IST» figurent sur le **site web de l'INAMI** via les liens ci-dessous :

- http://www.riziv.fgov.be/care/nl/doctors/promotion-quality/clinical_biology/index02.htm#1
- http://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quality/clinical_biology/index.htm
- http://www.riziv.be/care/nl/doctors/promotion-quality/clinical_biology/pdf/clinical_biology.pdf

Les recommandations en rapport avec le dépistage des IST, la grossesse et les infections congénitales figurent sur le **site web du KCE** via le lien ci-dessous :

- https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20041027313.pdf

Informations au sujet des **activités et des rapports de l'ECDC** :

- <http://www.ECDC.europa.eu/en/activities/diseaseprogrammes/hash/Pages/index.aspx>

© WIV-ISP
SANTÉ PUBLIQUE ET SURVEILLANCE
Rue Juliette Wytsman 14
1050 Bruxelles | Belgique

www.wiv-isp.be