

SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

**DONNÉES POUR LA PÉRIODE
2014-2016**

QUI NOUS SOMMES

SCIENSANO, ce sont plus de 700 collaborateurs qui s'engagent chaque jour au service de notre devise « toute une vie en bonne santé ». Comme notre nom l'indique, la science et la santé sont au coeur de notre mission. Sciensano puise sa force et sa spécificité dans une approche holistique et multidisciplinaire de la santé. Plus spécifiquement, nos activités sont guidées par l'interconnexion indissociable de la santé de l'homme, de l'animal et de leur environnement (le concept « One health » ou « Une seule santé »). Dans cette optique, en combinant plusieurs angles de recherche, Sciensano contribue d'une manière unique à la santé de tous.

Issu de la fusion entre l'ancien Centre d'Étude et de Recherches Vétérinaires et Agrochimiques (CERVA) et l'ex-Institut scientifique de Santé publique (ISP), Sciensano s'appuie sur plus de 100 ans d'expertise scientifique.



Sciensano

Epidémiologie et santé publique
Style de vie et maladies chroniques

Décembre 2019 • Bruxelles • Belgique
Numéro de dépôt : D/2020/14.440/1



Auteur

WIM VANDEN BERGHE¹
•
IRITH DE BAETSELIER²
•
DIETER VAN CAUTEREN³
•
SARAH MOREELS³
•
ANDRE SASSE¹
•
SOPHIE QUOILIN¹

¹Epidémiologie des maladies infectieuses, Epidémiologie et santé publique, Sciensano, Bruxelles

²Centre national de référence STD, Institut de médecine tropicale, Anvers

³Étude des soins de santé, Epidémiologie et santé publique, Sciensano, Bruxelles



Merci de citer comme suit: Vanden Berghe. W, De Baetselier. I, Van Cauteren. D, Moreels. S, Sasse. A, Quoilin. S. Bruxelles, Belgique: Sciensano ; 2020.26p. Numéro de dépôt : D/2020/14.440/1.

POINTS D'ATTENTION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE

La surveillance des IST, en particulier les IST les plus fréquentes (infection à *Chlamydia*, gonococcie et syphilis) au cours de la période 2014 – 2016 fait apparaître une augmentation continue de ces IST. Au cours de la même période, on note également une augmentation proportionnelle du nombre de tests IST enregistrés auprès de l'INAMI/RIZIV. Considérant les résultats présentés dans ce rapport, plusieurs points d'attention importants qui ont été mis en évidence dans le passé restent valables aujourd'hui :

- ▶ Reconnaître et soutenir davantage l'importance du dépistage opportuniste ciblé, le rôle des cliniciens de deuxième ligne, et les pratiques et centres médicaux orientés vers les groupes cibles.
- ▶ Reconnaissance et renforcement du rôle des médecins généralistes.
- ▶ Dépistage des infections multiples, VIH et autres IST

Les points d'attention ci-dessus font partie des nouvelles directives pratiques belges pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (infection à *Chlamydia*, gonococcie et syphilis) et les soins de santé de première ligne (publication printemps 2019) provenant du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). La directive se verra également transposée dans un outil décisionnel pratique pour la première ligne ([page 22](#)).

Les points d'attention relatifs au réseau de laboratoires vigies et à la surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques ont déjà été publiés pour l'année 2016. Vous pourrez les retrouver sur le site de Sciensano ([page 10](#)).

TABLE DES MATIÈRE

POINTS D'ATTENTION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE.....	5
INTRODUCTION	7
MÉTHODOLOGIE	8
TENDANCES DES IST JUSQU'EN 2016.....	10
DESCRIPTION DES SITES MEDICAUX ET DES PATIENTS IST	15
ACTUALITÉS	23
SOURCES	24

INTRODUCTION

La surveillance épidémiologique implique la collecte continue de données, l'analyse de ces données et leur interprétation. Cela permet de fournir des informations aux personnes qui peuvent entreprendre des actions adéquates. La surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) en Belgique est suivie par le biais de différents systèmes. Ce rapport utilise donc ces différentes sources pour donner une image épidémiologique aussi complète que possible des IST en Belgique, au niveau national et régional.

Les objectifs principaux de la surveillance des IST sont de répertorier les tendances microbiologiques et épidémiologiques, de décrire les cabinets médicaux et leurs populations respectives de patients IST et d'offrir des informations de qualité, essentielles pour la programmation des activités de prévention et de contrôle, une compétence des communautés.

Début 2017, quelques modifications ont été apportées à la surveillance des IST. De ce fait, ce rapport reprend les données de 2014 à 2016. Dans un prochain rapport, nous aborderons les années 2017 et 2018.

MÉTHODOLOGIE

LE RÉSEAU DE LABORATOIRES VIGIES POUR LA MICROBIOLOGIE

Le **réseau des laboratoires vigies pour la microbiologie** a été créé en 1983 par le service Épidémiologie des maladies infectieuses au sein de la Direction scientifique Épidémiologie et santé publique de Sciensano (l'ancien ISP-WIV) avec, entre autres, l'enregistrement de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*. En 2002, l'enregistrement de *Treponema pallidum* (syphilis) a été ajouté. Ce réseau de laboratoires donne une idée du nombre de cas d'infections à *Chlamydia*, de gonococcies et de syphilis avec des données complémentaires sur l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le type d'échantillon et le diagnostic utilisé.

Étant donné que chaque laboratoire possède ses propres outils de diagnostic et reçoit des échantillons provenant de différents secteurs géographiques, la représentativité du réseau doit être estimée pour chaque pathogène. Pour la majorité des pathogènes, les données fournies au réseau par les laboratoires participants donnent une bonne idée de la situation épidémiologique, tant au niveau national que régional. Le dénominateur utilisé est le nombre de tests qui sont remboursés selon la nomenclature INAMI (1). La participation est volontaire. Après validation et suppression des doubles enregistrements, seuls les cas dont l'âge et le sexe sont connus, sont repris dans les analyses et discussions. Dans les analyses, l'incidence des IST est calculée en utilisant les données de la population par région, par sexe et par groupe d'âge. Les résultats sont des cas déclarés et ne constituent donc pas des incidences réelles.

LE CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE POUR LES IST

Le **centre national de référence pour les IST** (IMT, Anvers) suit, entre autres, le profil de résistance de *Neisseria gonorrhoeae* et identifie les L serovars de *Chlamydia trachomatis* pour confirmer *Lymphogranuloma venereum* ou LGV. Tant les cas confirmés de LGV que les résultats du suivi du profil de résistance antimicrobienne de la gonococcie sont abordés dans des publications de Sciensano. La confirmation de la neurosyphilis, de la syphilis congénitale et des ulcères syphilitiques ainsi que la confirmation du *Mycoplasma genitalium* au moyen du PCR en temps réel font partie des tâches du CNR. Vous pouvez consulter ici les différentes tâches du CNR :

https://nrchm.wiv-isp.be/fr/centres_ref_lab/sti_treponema_pallidum_chlamydia_trachomatis_neisseria_gonorrhoeae/default.aspx

LE RÉSEAU VIGIE DES CLINICIENS POUR LES IST

Le **réseau vigie des cliniciens** pour la surveillance des IST, organisé par le service Épidémiologie des maladies infectieuses de la Direction scientifique Épidémiologie et santé publique de Sciensano, existe depuis octobre 2000. Les spécialistes participants sont des gynécologues, des dermatologues, des médecins généralistes, des médecins internistes, des urologues, des centres d'éducation sexuelle et de planning familial, des cliniques IST et des centres médicaux pour étudiants. L'enregistrement est volontaire.

Jusqu'en 2012, les médecins généralistes étaient sous-représentés dans le réseau vigie des cliniciens. C'est pour élargir leur représentation que les cabinets vigies de médecins généralistes ont été intégrés au réseau vigie IST le 1er janvier 2013. Les incidences IST constatées sur la base de ce réseau sont discutées plus loin. Un nouveau cas d'IST est défini de la manière suivante : un patient avec un premier ou un nouvel épisode d'une ou plusieurs IST sélectionnées, que ce patient consulte en raison d'une IST ou non. Pour l'infection à *Chlamydia*, la gonococcie et la syphilis, le médecin peut indiquer s'il s'agit d'une réinfection. Les diagnostics réalisés chez une patiente qui consulte pour une grossesse ou pour un dépistage d'IST sont inclus. Les critères diagnostiques sont basés sur les définitions de cas de l'UE (ECDC Case Definitions, Official Journal of the European

Union, 2012). L'enregistrement se fait de manière continue ; tout nouvel épisode d'une ou plusieurs IST chez un patient qui se présente dans un cabinet médical participant est enregistré. Le réseau vigie reçoit un courrier tous les mois lui rappelant d'enregistrer les IST sur le site web d'enregistrement. La saisie des données est anonyme. Les données sont analysées à l'aide des logiciels de statistiques SAS et STATA. Les analyses ont montré qu'il n'existe pas de différences significatives entre les différentes régions en ce qui concerne les déterminants IST, les profils de risque et les comportements . Les résultats de cette surveillance intégrée sont commentés plus loin.

LE RÉSEAU VIGIE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Le **réseau vigie de médecins généralistes** a été créé en 1979 et est coordonné par la Direction scientifique Épidémiologie et santé publique, service Étude des soins de santé, de Sciensano. En 2014-2016, le réseau comptait 125 cabinets vigies participant régulièrement, avec au total 177 médecins généralistes. La population couverte par le réseau a été estimée pour la période 2014 –2016 entre 133 043 et 188 532 habitants en Belgique (1,2 –1,7 % de la population totale).

Le réseau récolte des données de morbidité pour un large éventail de maladies infectieuses et d'affections non infectieuses, vues par les médecins généralistes en Belgique. Les programmes d'enregistrement annuel reprennent 8 problèmes de santé qui peuvent varier d'année en année. La surveillance des IST a été lancée en 2013 afin d'obtenir plus d'informations (incidence, déterminants) dans la partie de la population générale qui ne consulte pas de centre IST spécialisé.

Chaque nouvel épisode des 4 IST suivantes a été enregistré, après confirmation du laboratoire (à l'exception des verrues génitales) : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* (syphilis), virus du papillome humain (verrues génitales, condylomes). Les critères diagnostiques sont ceux des définitions de cas de l'UE.

Pour ce rapport pluri-annuel, les données récoltées par les médecins généralistes vigies sont intégrées dans les données du réseau vigie IST des cliniciens. Les résultats de cette surveillance intégrée sont commentés plus loin.

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES CAS CLINIQUES

Les **cas cliniques de gonococcie et de syphilis doivent être obligatoirement déclarés** aux médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses de la Communauté flamande. Les variables enregistrées sont le sexe et l'âge. La déclaration reprend également des informations sur le domicile, la nationalité et l'endroit de l'infection (indigène ou pas). Toutefois, ces informations ne sont pas abordées dans ce rapport. Ce système d'enregistrement offre des données sur une longue période. Pour les autres régions, les déclarations sont trop fragmentaires ou non obligatoires, ce qui rend difficile l'interprétation des résultats.

Vous trouverez plus d'informations sur la déclaration obligatoire sur les sites : <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Ziektes/Infectieziekten> pour la Communauté flamande, https://www.wiv-isp.be/matra/bru/bru_nl_liste_matra.aspx pour la Région de Bruxelles-Capitale et sur <https://www.wiv-isp.be/matra/cf/connexion.aspx> pour la Région wallonne (AviQ). Les résultats pour la Flandre sont discutés plus loin.

AUTRES SOURCES

Les données INAMI (communication personnelle) sont demandées afin de suivre le nombre de tests de dépistage des IST pratiqués.

TENDANCES DES IST JUSQU'EN 2016

GÉNÉRALITÉS

Les données de la surveillance des IST issues des laboratoires vigies et de la surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques ont déjà été publiées pour 2016. Vous pourrez les retrouver sur le site internet de Sciensano :

Lien NL : <https://www.sciensano.be/nl/biblio/surveillance-van-soa2016tussentijdsrapport>

Lien FR : <https://www.sciensano.be/nl/biblio/surveillance-des-ist-2016rapportinterimair>

Ci-dessous, nous rappelons les tendances générales pour les 3 IST les plus fréquentes en Belgique, par région.

TENDANCES EN BELGIQUE

CAS DÉCLARÉS (LABORATOIRES VIGIES)

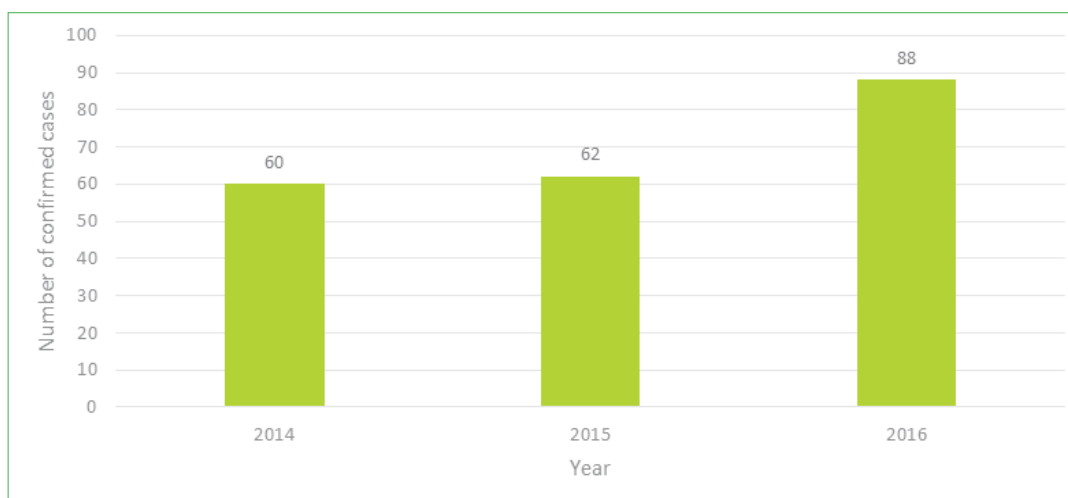
L'infection à *Chlamydia* est l'IST la plus répandue. Le nombre de cas enregistrés est passé de 984 cas en 2002 à 6788 cas en 2016. Cela correspond à une augmentation du nombre de cas déclarés de 9,5/100 000 habitants en 2002 à 60,1/100 000 habitants en 2016. En 2016, le nombre de cas déclarés est le plus élevé parmi les femmes âgées de 15 à 29 ans.

La gonococcie présente également une tendance à la hausse depuis 2002, avec une augmentation du nombre d'enregistrements de 275 cas en 2002 à 1515 cas en 2016. Cela correspond à une augmentation du nombre de cas déclarés de 2,6/100 000 habitants en 2002 à 13,4/100 000 habitants en 2016. En 2016, la gonococcie est principalement diagnostiquée chez les hommes âgés de 20 à 39 ans. La syphilis présente également une augmentation à la même période (2002–2016), avec 46 enregistrements en 2002 (0,4/100 000 habitants) et 943 enregistrements en 2016 (8,3/100 000 habitants). En 2016, la syphilis est principalement diagnostiquée chez les hommes âgés entre 20 et 59 ans.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS SEROVAR L (LGV) — 2014–2016

Les cas d'infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* sérovar L (lymphogranuloma venereum (LGV)) sont suivis dans le cadre des tâches du centre national de référence des IST (IMT, Anvers). Les cas de LGV sont presque exclusivement détectés chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes dont une majorité sont séropositifs. Entre 2014 et 2016, on a assisté à une augmentation constante du nombre de cas de LGV.

Figure 1 : Nombre de cas de LGV confirmés, 2014 – 2016



Source : CNR, IMT, Anvers

TENDANCES RÉGIONALES

TENDANCES EN FLANDRE

CAS DÉCLARÉS (LABORATOIRES VIGIES)

L'infection à *Chlamydia* est l'IST la plus répandue en Flandre. Le nombre de cas enregistrés en Flandre est passé de 439 cas en 2002 à 4221 cas en 2016. Cela correspond à une augmentation du nombre de cas déclarés de 7,3/100 000 habitants en 2002 à 65/100 000 habitants en 2016. En 2016, le nombre de cas déclarés est le plus élevé parmi les femmes âgées de 15 à 29 ans. Chez les hommes, on constate une tendance à la hausse depuis 2011, principalement chez les hommes à partir de 20 ans.

La gonococcie présente également une tendance à la hausse depuis 2002, avec une augmentation en Flandre du nombre d'enregistrements de 150 cas en 2002 à 880 cas en 2016. Cela correspond à une augmentation du nombre de cas déclarés de 2,5/100 000 habitants en 2002 à 13,5/100 000 habitants en 2016. En 2016, la gonococcie est principalement enregistrée chez les hommes entre 20 et 39 ans. Depuis 2011, on constate également une augmentation des cas chez les femmes entre 20 et 29 ans.

La syphilis présente également une augmentation pour la même période (2002-2016) en Flandre, avec 13 enregistrements en 2002 (0,2/100 000 habitants) et 473 enregistrements en 2016 (7,3/100 000 habitants). En 2016, la syphilis est principalement enregistrée chez les hommes âgés de 20 à 59 ans.

DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES EN FLANDRE (2014 –2016)

Via les déclarations obligatoires chez les médecins des communautés chargés de la lutte contre les maladies infectieuses, 1371 cas de gonococcie ont été notés en Flandre en 2014, 1442 en 2015 et 1668 en 2016. Pour la syphilis, ces cas sont au nombre de 631 en 2014, de 625 en 2015 et de 672 en 2016. La tendance de l'incidence de la gonococcie et de la syphilis entre 2014 et 2016 en Flandre est illustrée à la figure 1.

Comparativement aux données des laboratoires vigies, nous constatons les mêmes profils quant à l'âge et au sexe tant pour la gonococcie que pour la syphilis.

Figure 1 : Incidence rapportée de la gonorrhée et de la syphilis, 2014 –2016



Source : Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

TENDANCES EN WALLONIE

L'infection à *Chlamydia* est l'IST la plus répandue en Wallonie. Le nombre de cas enregistrés en Wallonie est passé de 162 cas en 2002 à 1088 cas en 2016. Cela correspond à une augmentation du nombre de cas déclarés de 4,8/100 000 habitants en 2002 à 30,2/100 000 habitants en 2016. En 2016, le nombre de cas déclarés est le plus élevé parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans. Depuis 2011, on constate une hausse significative des cas de chlamydia enregistrés en Wallonie, chez les femmes et chez les hommes.

La gonococcie présente également une tendance à la hausse depuis 2002, avec une augmentation en Wallonie du nombre d'enregistrements de 29 cas en 2002 à 240 cas en 2016. Cela correspond à une augmentation du nombre de cas déclarés de 0,9/100 000 habitants en 2002 à 6,7/100 000 habitants en 2016. En 2016, la gonorrhée est principalement enregistrée chez les hommes entre 20 et 34 ans. Depuis 2011, on constate également une augmentation significative des cas chez les femmes entre 20 et 24 ans.

La syphilis présente également une augmentation pour la période 2002–2014 en Wallonie, avec 2 enregistrements en 2002 (0,1/100 000 habitants) et 122 enregistrements en 2014 (3,4/100 000 habitants). Après une baisse en 2015, on constate à nouveau une augmentation en 2016 avec 111 cas enregistrés (3,1/100 000 habitants). La syphilis est principalement enregistrée chez les hommes âgés de 20 à 60 ans.

TENDANCES DANS LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

L'infection à *Chlamydia* est l'IST la plus répandue à Bruxelles. Le nombre de cas enregistrés à Bruxelles est passé de 305 cas en 2002 à 1382 cas en 2016. Cela correspond à une augmentation du nombre de cas déclarés de 31,2/100 000 habitants en 2002 à 116,2/100 000 habitants en 2016. En 2016, le nombre de cas déclarés est le plus élevé parmi les femmes âgées de 20 à 24 ans.

La gonorrhée présente également une tendance à la hausse depuis 2002, avec une augmentation à Bruxelles du nombre d'enregistrements de 57 cas en 2002 à 359 cas en 2016. Cela correspond à une augmentation du nombre de cas déclarés de 5,8/100 000 habitants en 2002 à 30,2/100 000 habitants en 2016. En 2016, la gonorrhée est principalement enregistrée chez les hommes entre 20 et 44 ans.

La syphilis présente également une augmentation pour la même période (2002–2016) à Bruxelles, avec 27 enregistrements en 2002 (2,7/100 000 habitants) et 336 enregistrements en 2016 (28,2/100 000 habitants). En 2016, la syphilis est principalement enregistrée chez les hommes âgés de 20 à 60 ans.

INTENSITÉ DU DÉPISTAGE IST

Afin de pouvoir interpréter ces tendances à la hausse, nous avons également analysé la tendance dans le nombre de tests diagnostiques demandés pour l'infection à *Chlamydia* et la gonococcie entre 2014 et 2016 (données INAMI). On constate une hausse parallèle des cas déclarés et du nombre de tests pour *Chlamydia* (figure 2). Pour la gonococcie (figure 3), on constate toutefois une augmentation du nombre de tests plus rapide que du nombre de cas déclarés. Ceci pourrait indiquer une offre de tests plus ciblée en Belgique.

INFECTION À CHLAMYDIA

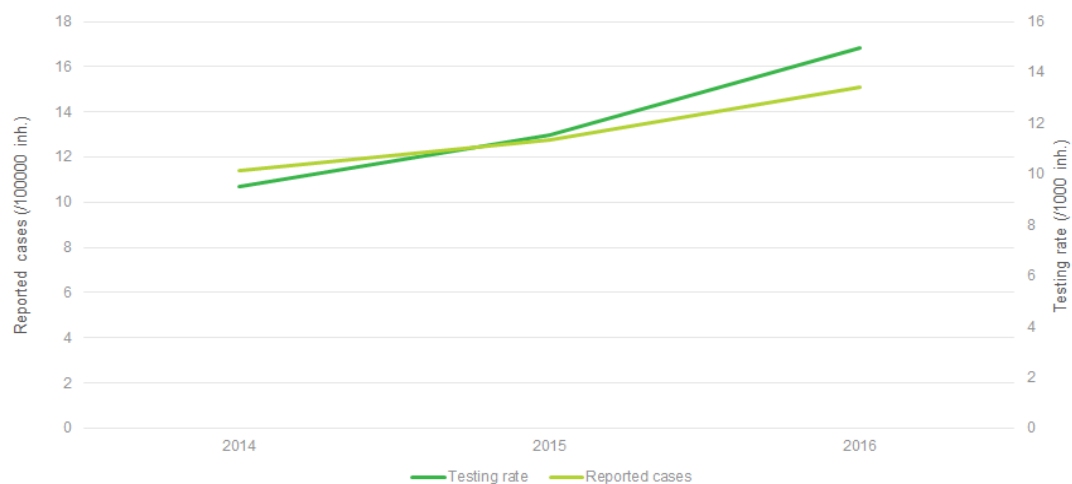
Figure 2 : Cas déclarés (/100000 hab.) et intensité du dépistage pour *Chlamydia*, 2014-2016



Source : Laboratoires vigies de microbiologie/INAMI

GONOCOCCIE

Figure 3 : Cas déclarés (/100 000 hab.) et intensité du dépistage pour la gonococcie, 2014-2016



Source : Laboratoires vigies de microbiologie/INAMI

TENDANCES DES IST DANS LE RÉSEAU VIGIE DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES (2014–2016)

Pour la période 2014–2016, 533 nouveaux épisodes d'IST (526 patients) ont été déclarés par le réseau. L'incidence annuelle totale a été estimée à 112 cas pour 100 000 habitants (95 % CI 93-132). L'incidence annuelle estimée était plus élevée en Flandre (153/100 000) qu'en Wallonie (59/100 000) et à Bruxelles (51/100 000). Une tendance légèrement en hausse de l'incidence est perceptible en Flandre entre 2014 et 2016.

L'IST la plus fréquente était l'infection à *Chlamydia trachomatis* (56 % des épisodes), suivie par l'infection à gonocoque (19 %), les condylomes (17 %) et la syphilis (8 %).

DESCRIPTION DES SITES MEDICAUX ET DES PATIENTS IST

COMPOSITION DU RÉSEAU ET CONDITIONS DU DIAGNOSTIC

Comme indiqué auparavant, les données récoltées par le réseau vigie des médecins généralistes ont été intégrées aux données du réseau vigie IST des cliniciens pour ce rapport pluri-annuel. Au cours de la période 2014–2016, un nombre stable de cabinets médicaux ont pris part activement à la surveillance IST. Le tableau 1 donne un aperçu annuel de la répartition des cabinets médicaux, composés d'un ou de plusieurs médecins.

Tableau 1 : Répartition des cabinets médicaux ayant participé activement à la surveillance IST, 2014-2016

Specialism/Medical service	2014	2015	2016
Gynaecologist	6	6	5
Dermatologist	2	2	1
STI clinic	4	4	4
General practitioner	73	62	73
Internist	2	2	2
Student medical service	1	1	1
Family planning service	1	2	2
Aids Reference Center	4	4	4
Sexwork medical service	1	2	2
Manual entry	-	-	5
Total	94	85	94

Source : Réseau vigie IST

Au cours de la période 2014–2016, 4004 IST ont été enregistrées. En moyenne, le nombre le plus élevé d'enregistrements a été effectué par les centres de santé fréquentés par des travailleurs du sexe, par les centres de référence sida et par les cliniques IST. Ces derniers types de centres médicaux s'adressent aux groupes spécifiques présentant un risque plus élevé d'IST. Les médecins généralistes ou les cabinets de médecins généralistes ont enregistré en moyenne le moins de cas (tableau 2).

DESCRIPTION DES SITES MEDICAUX ET DES PATIENTS IST

Tableau 2 : Nombre d'enregistrements IST par spécialisation des cabinets médicaux, 2014-2016

Specialism/Medical service	2014	2015	2016	Total	Average
Gynaecologist	120	97	92	309	18
Dermatologist	6	15	13	34	8
STI clinic	377	291	181	849	71
General practitioner	212	213	242	667	3
Internist	43	29	24	96	16
Student medical service	8	7	9	24	8
Family planning service	12	15	10	37	8
Aids Reference Center	363	386	629	1378	115
Sexwork medical service	91	253	261	605	116
Manual entry	0	0	5	5	-
Total	1232	1306	1466	4004	-

Source : Réseau vigie IST

Pour la suite de l'analyse, nous avons groupé les différentes spécialisations ou les cabinets médicaux selon le type de service médical. Il existe en effet une grande correspondance entre certains types de services médicaux et leur profils de patients respectifs. Le tableau 3 donne un aperçu de ce regroupement du nombre cumulatif d'enregistrements. Enfin, 5 spécialités ou types de cabinets médicaux ont été retenus, ainsi qu'une catégorie restante. Cette dernière reprend les spécialités comptant peu d'enregistrements et elle sera abordée moins en détail dans le présent rapport.

Tableau 3 : Groupement des spécialités/cabinets médicaux

ARC/STI	Aids Reference Center
	STI clinic
GP	General practitioner
	Student medical service
Gynae	Gynaecologist
Internist	Internist
Sexwork	Sexwork medical service
Otherspec/centers	Dermatologist
	Family planning service
	Manual entry

Source : Réseau vigie IST

Tableau 4 : Nombre d'enregistrements IST par spécialité des cabinets médicaux (groupées), 2014-2016

	2014	2015	2016	Total
ARC/STI	740	677	810	2227
GP	220	220	251	691
Gynae	120	97	92	309
Internist	43	29	24	96
Sexwork	91	253	261	605
Otherspec/centers	18	30	28	76
Total	1232	1306	1466	4004

Source: Réseau vigie IST

POPULATION DE PATIENTS IST

Le réseau vigie IST des cliniciens a principalement été mis en place pour étudier les déterminants comportementaux et la répartition des IST déclarées par spécialités. Pour étudier l'évolution au cours du temps, ces données sont moins appropriées. Toutefois, une analyse initiale a montré peu d'évolution du nombre d'enregistrements pendant cette période. C'est pourquoi nous allons examiner plus loin dans ce rapport le nombre total d'enregistrements pour la période 2014-2016.

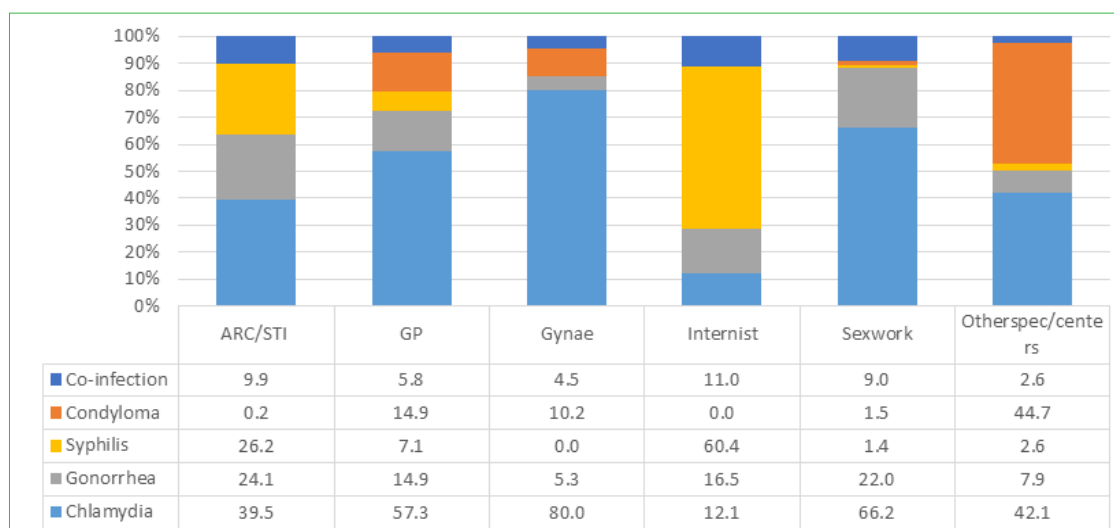
LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les infections à *Chlamydia* ont été proportionnellement le plus fréquemment enregistrées sauf par les médecins internistes qui traitent principalement la syphilis en deuxième ligne.

Une gonorrhée est enregistrée dans approximativement 20% des cas. Important à noter ici : les infections multiples avec *Chlamydia* et *Neisseria gonorrhoeae* se produisent fréquemment. Dans environ 10 % des cas d'infection à *Chlamydia*, la gonococcie est également diagnostiquée.

La syphilis est vue proportionnellement le plus souvent dans les centres de référence sida et dans les cliniques IST. En revanche, les condylomes sont proportionnellement plus souvent enregistrés par les médecins généralistes/cabinets de médecins généralistes, par les gynécologues et par les dermatologues (figure 4).

Figure 4 : Répartition des IST les plus fréquemment enregistrées par type de spécialisation/cabinet médical, 2014-2016, en %

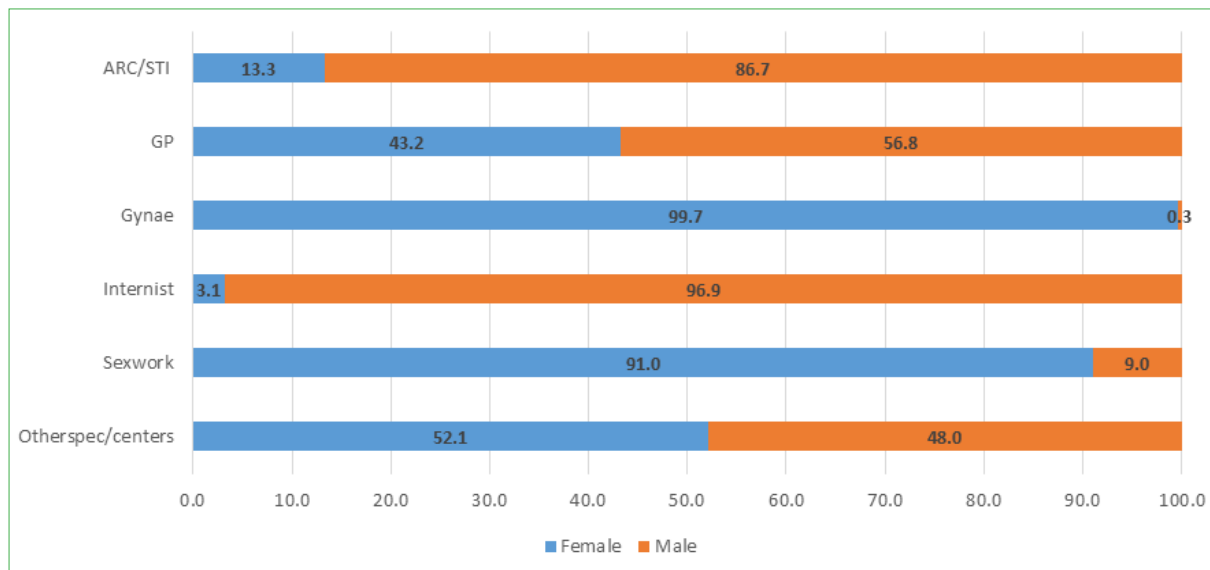


Source : Réseau vigie IST

SEXE

Les centres de référence sida, les cliniques IST et les médecins internistes déclarent principalement des diagnostics chez des hommes ; les gynécologues et les centres de santé fréquentés par les travailleurs du sexe enregistrent surtout des infections chez des femmes (figure 5). Ceci est propre au groupe cible et aux activités de dépistage. Au sein de la population de patients IST des médecins généralistes/cabinets de médecins généralistes, on compte proportionnellement plus d'hommes (56,8 %) que de femmes (43,2 %) (figure 5).

Figure 5 : Rapport hommes/femmes des patients IST par type de spécialisation/cabinet médical, 2014-2016, en %

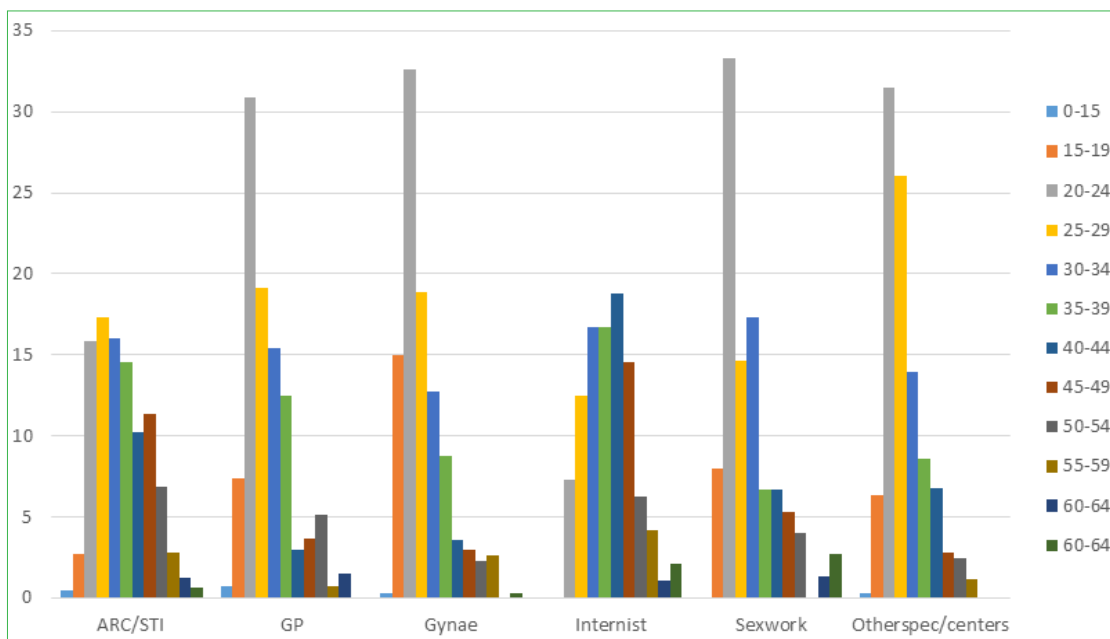


Source : Réseau vigie IST

ÂGE

En ce qui concerne l'âge, nous observons un groupe en moyenne plus âgé au sein des centres de référence sida, des cliniques IST (36,2 ans) et chez les médecins internistes (39 ans). Dans les centres de santé fréquentés par les travailleurs du sexe (28,9 ans) et chez les gynécologues (27,9 ans), des patients en moyenne plus jeunes sont enregistrés. Proportionnellement, les enregistrements sont les plus fréquents dans la catégorie d'âge de 20 à 30 ans (voir figure 6), sauf pour les centres de référence sida, les cliniques IST et les médecins internistes.

Figure 6 : Répartition selon l'âge des patients IST par type de spécialisation/cabinet médical, 2014-2016, en %

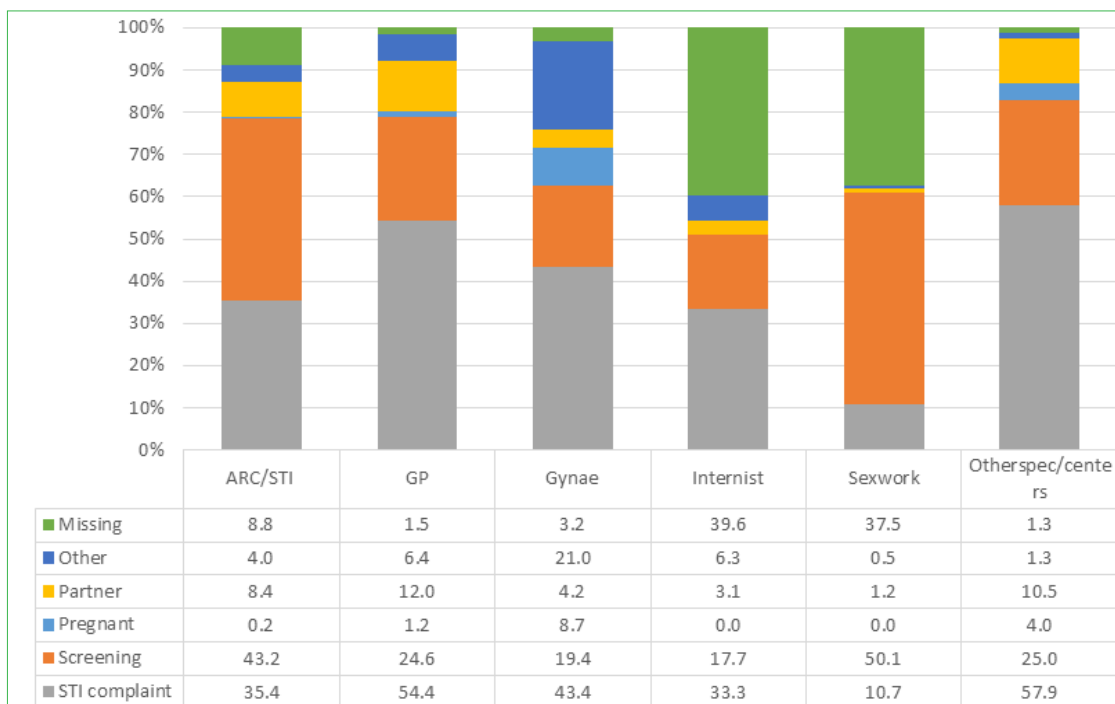


Source: Réseau vigie IST

RAISON DE LA CONSULTATION

Chez les médecins généralistes/dans les cabinets de médecins généralistes, chez les gynécologues et les médecins internistes, les IST sont principalement diagnostiquées à la suite d'une plainte spécifique. Dans les centres de référence sida, les cliniques IST et les centres de santé fréquentés par les travailleurs du sexe, c'est principalement le dépistage qui amène à les détecter. Une IST constatée chez le/la partenaire est également souvent avancée.

Figure 7 : Raison de la consultation IST par type de spécialisation/cabinet médical, 2014-2016, en %

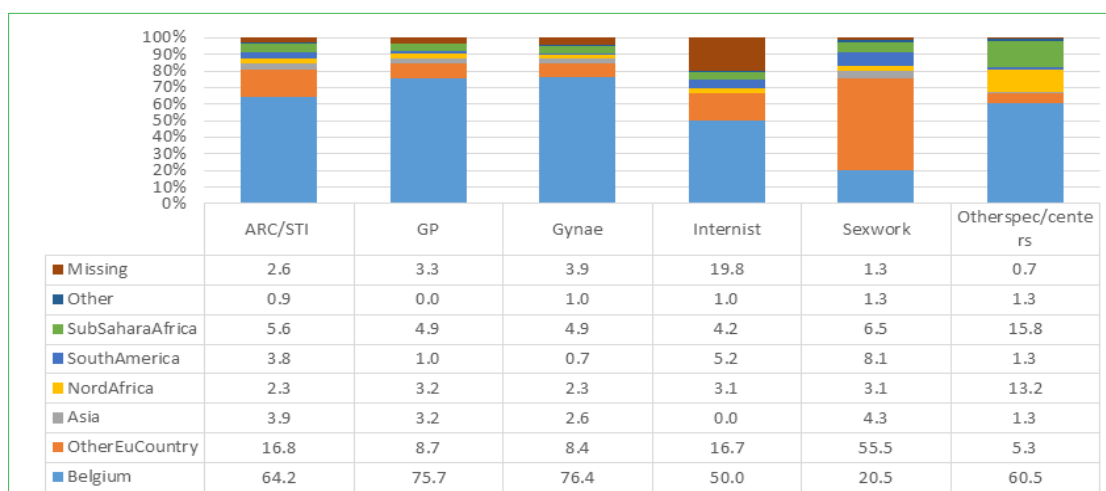


Source : Réseau vigie IST

ORIGINE

La plupart des patients étaient de nationalité belge. Dans les centres de référence sida/cliniques IST (16,8%), chez les médecins internistes (16,7%), mais surtout dans les centres de santé fréquentés par les travailleurs du sexe (55,4%) une proportion importante des patients sont originaires d'un autre pays de l'UE (figure 8).

Figure 8 : Répartition proportionnelle des patients IST en fonction de la région d'origine par type de spécialisation/cabinet médical, 2014-2016, en %

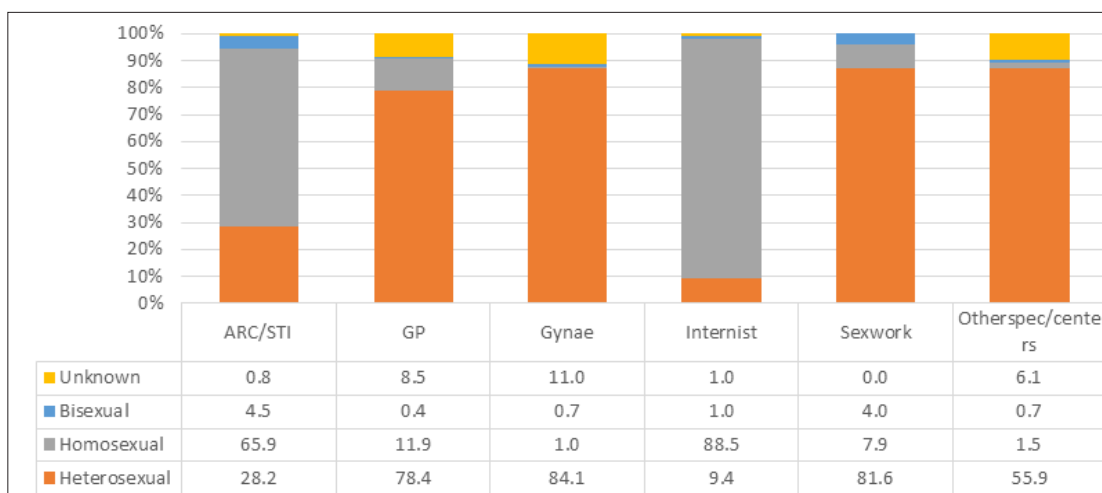


Source : Réseau vigie IST

ORIENTATION SEXUELLE

Dans les centres de référence sida/cliniques IST et chez les médecins internistes, les IST sont diagnostiquées principalement chez des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, (70,4 %). Cette proportion est principalement liée au groupe cible.

Figure 9 : Répartition proportionnelle de la population de patients IST en fonction de l'orientation sexuelle par type de spécialisation/cabinet médical, 2014-2016, en %



Source : Réseau vigie IST

DÉROULEMENT DE L'ENREGISTREMENT, RÉSULTATS ET AVENIR DU RÉSEAU VIGIE IST

Le réseau vigie des cliniciens existe depuis 2000. Le but à l'époque était d'assurer le suivi des IST dans différents cabinets médicaux et spécialisations médicales. De cette manière, les données cliniques pouvaient être récoltées et les déterminants comportementaux répertoriés. Les défis d'alors ne sont toutefois plus ceux d'aujourd'hui. La mise en place de nouvelles pratiques de dépistage, comme récemment dans le cadre de l'introduction de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour la prévention du VIH, constitue un changement important.

Ces évolutions et une diminution considérable de la participation, combinées à la charge de travail pour les organisations et les médecins individuels, pèsent sur la qualité de la surveillance et ont entraîné une réflexion au sujet du maintien du réseau vigie IST sous sa forme actuelle. Les outils de surveillance évoluent et doivent être adaptés aux besoins. La surveillance IST se développe grâce à la disponibilité de données provenant de différentes sources.

Les données récoltées jusqu'en 2018 seront analysées et publiées. Un certain nombre d'indicateurs réunis via le réseau vigie des cliniciens peuvent également être visualisés sur <https://epistat.wiv-isp.be/sti/> (jusqu'à l'année de consultation 2016 incluse).

La collecte de données par le biais d'autres réseaux se poursuit normalement. Sur le nouveau site Internet de Sciensano, vous trouverez plus d'informations sur ces réseaux et sur ces sources : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/infection-sexuellement-transmissible-ist/role>.

ACTUALITÉS

- ▶ *Étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) : Directive pratique pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles*

Le but de cette étude est de développer une directive clinique relative au diagnostic et au traitement de l'infection à *Chlamydia*, de la gonococcie et de la syphilis. Cette directive comportera un outil de consultation qui permettra au prestataire de soins de première ligne de déterminer si son patient doit être testé pour une infection sexuellement transmissible (IST), quel test il peut effectuer et comment il pourra traiter l'infection à *Chlamydia*, la gonococcie ou la syphilis. Un algorithme (ou arbre de décision), utilisable par la première ligne, sera proposé. Pour ce projet, le KCE collabore avec le National Guideline Centre (NGC, Royaume-Uni) pour le développement des directives relatives à la syphilis et à la gonococcie ; la directive relative à l'infection à *Chlamydia* est développée par le groupe de travail « Développement directives première ligne ». La publication du rapport est prévue au printemps 2019.

- ▶ *Projet d'étude Sciensano : Prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* parmi la population belge*

La prévalence exacte des infections à *Chlamydia* et leur transmission parmi la population belge sont inconnues. En Belgique, les tests diagnostiques pour *Chlamydia trachomatis* sont principalement effectués dans des groupes cibles spécifiques au moyen de méthodes de test opportunistes, et par conséquent, les incidences rapportées par les laboratoires ne doivent pas nécessairement refléter la répartition exacte de *Chlamydia Trachomatis* dans la population belge. On pense que les jeunes femmes (20–24 ans) sont éventuellement sur-représentées dans les données de surveillance basées sur les données de laboratoire alors que les hommes et les groupes d'âge plus élevés sont éventuellement sous-représentés. L'identification de l'ampleur des infections à *Chlamydia* et de leur transmission parmi la population belge (sur la base de l'âge, du sexe et du statut socio-économique) aidera les organismes chargés de la prévention à fournir des informations précises et prouvées et à se concentrer sur des programmes de prévention et de dépistage adaptés. Cette étude aura lieu en 2019.

SOURCES

- 1 Berger N, Muyltermans G, Dupont Y, Quoilin S. Assessing the sensitivity and representativeness of the Belgian Sentinel Network of Laboratories using test reimbursement data. Arch Public Health. 2016 Aug 8;74:29.

CONTACT

Wim Vanden Berghe • wim.vandenbergh@sciensano.be • T+32 2 642 54 84

PLUS D'INFORMATIONS

<https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/infection-sexuellement-transmissible-ist/role>

Sciensano • Rue Juliette Wytsman 14 • 1050 Bruxelles • Belgique
T +32 2 642 51 11 • T presse +32 2 642 54 20 • info@sciensano.be • www.sciensano.be

Éditeur responsable : Christian Léonard, Directeur général • Rue Juliette Wytsman 14 • 1050 Bruxelles • Belgique