



SERVICE MALADIES INFECTIEUSES  
DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

# **SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES DANS LA POPULATION GÉNÉRALE EN BELGIQUE ET DANS LES RÉGIONS**

DONNÉES DE 2012



SURVEILLANCE DES INFECTIONS  
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES  
DANS LA POPULATION  
GÉNÉRALE EN BELGIQUE ET  
DANS LES RÉGIONS



Service public fédéral  
**SANTÉ PUBLIQUE,  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

*Ce projet est soutenu  
financièrement par :*



**FÉDÉRATION  
WALLONIE-BRUXELLES**

**Met steun van de  
Vlaamse overheid**



*En partenariat avec :*



**RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE  
BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST**



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

## Institut scientifique de Santé publique (ISP)

Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance  
Service Maladies infectieuses dans la Population générale  
Programme de surveillance VIH/sida/IST  
Rue Juliette Wytzman 14 | 1050 Bruxelles | Belgique

Santé publique et Surveillance | Octobre 2013 | Bruxelles, Belgique  
Référence interne : 2013/26

**VERBRUGGE R.<sup>1</sup>**  
**CRUCITI T.<sup>2</sup>**  
**QUOILIN S.<sup>1</sup>**

Avec la participation de (par ordre alphabétique) :  
Bots J.<sup>3</sup>, Deblonde J.<sup>1</sup>, Ducoffre G.<sup>1</sup>, Grammens T.<sup>1</sup>,  
Jacquinet S.<sup>4</sup>, Mak R.<sup>5</sup>, Sasse A.<sup>1</sup>, Scory D.<sup>4</sup>

- 1 WIV-ISP, Santé Publique et Surveillance, Maladies infectieuses dans la population générale
- 2 Institut de Médecine tropicale d'Anvers
- 3 Commission Communautaire Commune (COCOM) de Bruxelles-Capitale
- 4 Fédération Wallonie-Bruxelles
- 5 Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid

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

### Remerciements

Le programme Surveillance des IST/VIH 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

© Institut scientifique de Santé publique, Bruxelles, 2013  
Editeur responsable : Dr Johan Peeters  
Dépôt légal ou ISSN : D/2013/2505/38

[www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be)

# TABLE DES MATIÈRES

|  |    |
|--|----|
| <b>ABRÉVIATIONS</b>  | 6  |
| <b>RÉSUMÉ</b>  | 7  |
| <b>INTRODUCTION</b>  | 11 |
| <b>MÉTHODOLOGIE</b>  | 13 |
| <b>RÉSULTATS</b>   | 17 |
| <b>1 TENDANCES DES IST SELON L'ÂGE ET LE SEXE</b>  | 17 |
| 1.1 TENDANCES GÉNÉRALES EN BELGIQUE ET DANS LES RÉGIONS  | 17 |
| 1.2 CHLAMYDIA  | 19 |
| 1.3 GONORRHÉE  | 32 |
| 1.4 SYPHILIS   | 42 |
| <b>2 DÉTERMINANTS ET PROFILS À RISQUE</b>  | 53 |
| 2.1 DESCRIPTION DU RÉSEAU  | 53 |
| 2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA POPULATION DES PATIENTS<br>ATTEINTS D'UNE IST   | 56 |
| 2.3 DÉROULEMENT DE L'ENREGISTREMENT, RÉSULTATS ET AVENIR   | 71 |
| <b>ANNEXES</b>   |    |
| 1 Variables dans l'enregistrement  | 73 |
| 2 Classification du diagnostic de LGV  | 74 |
| 3 Résultats des données sur la gonorrhée collectées via les cas<br>à notification obligatoire chez les médecins chargés de la lutte<br>contre les maladies infectieuses dans les communautés | 75 |
| 4 Résultats des données sur la syphilis collectées via les cas<br>à notification obligatoire chez les médecins chargés de la lutte<br>contre les maladies infectieuses dans les communautés  | 78 |
| 5 Dépistage des donneurs de sang par la Croix-Rouge  | 81 |
| 6 Site web comportant les directives relatives aux tests des IST<br>et à la notification au partenaire   | 83 |

# ABRÉVIATIONS

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>CDC</b>         | Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)  |
| <b>COCOM</b>       | Commission Communautaire commune de Bruxelles-Capitale   |
| <b>CRS (ARC)</b>   | Centre de référence sida (Aids Reference Center)   |
| <b>CRN (NRC)</b>   | Centre de référence national pour le diagnostic et la surveillance microbiologique des IST (National Reference Centre for diagnosis and microbiological surveillance of STI) |
| <b>ECDC</b>        | European Center for Disease Prevention and Control (Centre européen de prévention et de contrôle des maladies)   |
| <b>FWB</b>         | Fédération Wallonie-Bruxelles  |
| <b>HPV (PVH)</b>   | Human Papilloma virus (Papillomavirus humain)  |
| <b>HSB (MSM)</b>   | Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Men who have sex with men)  |
| <b>IMT</b>         | Institut de Médecine Tropicale, Anvers   |
| <b>IST</b>         | Infection sexuellement transmissible   |
| <b>LGV</b>         | Lymphogranuloma venereum (lymphogranulomatose)   |
| <b>NG</b>          | Neisseria gonorrhoeae  |
| <b>OMS</b>         | Organisation mondiale de la Santé  |
| <b>PID</b>         | Pelvic Inflammatory disease (syndrome inflammatoire pelvien)   |
| <b>SIDA (AIDS)</b> | Syndrôme d'immunodéficience acquise (Acquired Immunodeficiency Syndrome)   |
| <b>VAZG</b>        | Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid   |
| <b>VHB</b>         | Virus de l'hépatite B  |
| <b>VHC</b>         | Virus de l'hépatite C  |
| <b>VIH (HIV)</b>   | Virus de l'immunodéficience humaine (Human Immunodeficiency Virus)   |

## TENDANCES

Source : réseau des laboratoires vigies

L'infection à *Chlamydia trachomatis* est l'IST la plus fréquente. On constate une augmentation forte et continue du nombre de diagnostics. Depuis 2002, le nombre de cas signalés via les laboratoires vigies a augmenté en moyenne de 16 % par an, passant de 1064 à 4633 cas. Entre 2011 et 2012, ce nombre a progressé de 23 %.

C'est en **Flandre** et en **Wallonie** que le nombre d'enregistrements de *Chlamydia* a connu la plus forte augmentation au cours de la dernière année d'enregistrement. On constate également que le nombre de tests demandés et effectués en 2012 pour le *Chlamydia* a augmenté dans la même proportion, plus qu'au cours des autres années.

L'augmentation du nombre de tests et du nombre d'enregistrements est plus prononcée en **Flandre**, où une campagne intensive de sensibilisation au *Chlamydia* a été menée au début de l'année d'enregistrement 2012.

À **Bruxelles**, on observe une diminution du nombre d'enregistrements de *Chlamydia* en 2012, malgré l'incidence qui reste plus élevée que dans les autres régions.

La **gonorrhée** présente, depuis 2002, également une tendance constante à la hausse, le nombre de cas signalés étant passé de 289 en 2002 à 911 en 2012. L'augmentation moyenne durant les 10 dernières années s'élève à 13 % par an. Cette hausse est observée dans les 3 régions.

La **syphilis** présente également une augmentation continue au cours de la même période (2002-2012) avec 155 cas signalés en 2002 et 776 cas signalés en 2012. La tendance à la hausse s'affaiblit actuellement ; entre 2011 et 2012, il y a eu une augmentation de 4 %, tandis que l'augmentation moyenne au cours des 10 dernières années est de 24 %. L'augmentation est surtout présente à **Bruxelles**, tandis que le nombre de cas de syphilis se stabilise en **Flandre** et en **Wallonie**.

L'incidence de trois IST est la plus élevée dans les arrondissements de Bruxelles, Anvers et Charleroi.

## FACTEURS DE RISQUE DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Source : Réseau sentinelle de cliniciens

La transmission des IST est liée à des **comportements à risque** :

- › changement fréquent de partenaire, et au moins 2 durant les 6 derniers mois
- › participation à des relations sexuelles en groupe
- › échangisme
- › fellation
- › ne pas utiliser de préservatif
- › ne pas prévenir le/la partenaire sexuel(le) quand on a une IST

Il existe un certain nombre de **groupes présentant un risque accru** de contamination par une IST :

- › les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH)
- › les personnes pratiquant l'échangisme
- › les prostitué(e)s
- › les consommateurs de drogue par intraveineuse
- › les voyageurs

La plupart des patients atteints d'IST sont dépistés sans plainte spécifique. La plus forte proportion de patients diagnostiqués dans le cadre d'un dépistage a été notée dans les centres de planning familial participants (80 %), chez les gynécologues (60 %), dans les cliniques IST (60 %) et le plus faiblement chez les médecins généralistes (15 %).

Le dépistage des IST est recommandé :

- › chez les hommes et les femmes n'ayant pas de plainte, mais étant inquiets après une relation sexuelle
- › dans les groupes à risque spécifiques :
  - les hommes et femmes avec des partenaires sexuels différents ou participant à des relations sexuelles en groupe
  - les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), avec des partenaires différents
  - les prostitué(e)s
  - les consommateurs de drogue par intraveineuse
  - les migrants en situation précaire
  - les voyageurs ayant eu des relations sexuelles à l'étranger, autres qu'avec leur partenaire fixe
- › chez la-le(s) partenaire(s) d'une personne ayant une IST
- › chez les femmes enceintes

## RECOMMANDATIONS

Sur base des résultats, il est très fortement recommandé de développer des directives de dépistage et des formations sur la consultation des IST, à l'intention des médecins généralistes.

Le dépistage de l'infection à *Chlamydia* et de la gonorrhée doit être recommandé, vu l'absence de symptôme et les complications possibles (comme le PID) et les problèmes d'infertilité.

Les dépistages suivants devraient inclure un dépistage de l'infection à *Chlamydia* et de la gonorrhée :

1. le dépistage existant de HPV à l'occasion d'une consultation de contrôle gynécologique
2. le dépistage prénatal de la syphilis (Réf. KCR report 6A, 2004)

La surveillance montre que le dépistage des partenaires n'est signalé explicitement que dans 6 % des cas.

Il conviendrait de généraliser le dépistage des partenaires lors de chaque consultation IST afin de diagnostiquer les porteurs asymptomatiques et diminuer la diffusion des IST.

Parmi les patients IST enregistrés, 3 % ont été dépistés séropositifs pour le VIH.

Le plupart des patients infectés par le VIH et présentant une IST sont des HSH.

La co-infection la plus fréquente avec le VIH est la syphilis.

Il est recommandé de tester également pour le VIH les patients susceptibles de présenter une IST, puisque la voie de transmission est identique.

Malgré le fait que la grande majorité des patients présentant une IST sont belges, une attention particulière aux migrants est recommandée.



# INTRODUCTION

## SURVEILLANCE DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

La surveillance de la santé et de la maladie comprend la collecte continue de données, l'analyse de ces données et leur interprétation, pour obtenir des informations permettant d'entreprendre des actions adéquates. (eCDC, Mission of surveillance, 2011 ; Amato-Gauco, the surveillance of communicable diseases in the European Union- A long term strategy 2008-2013, eurosurveillance, 26 juin 2008)

La surveillance clinique des IST utilise une surveillance basée sur des indicateurs, la colonne vertébrale des systèmes de surveillance. Ce système consiste à collecter des informations 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 des définitions de cas telles que convenues en Europe, une compétence de l'ECDC (eCDC case definitions, Official journal of the European Union, 2008, June 18). La qualité élevée des données est ainsi garantie. (Amato-Gauco, The surveillance of communicable diseases in the European Union - A long term strategy 2008-2013, Eurosurveillance, 26 juin 2008)

Outre la surveillance clinique, une surveillance moléculaire est également instaurée. Cette surveillance comprend une caractérisation 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 fondamentale de routine dans de nombreux laboratoires de référence. La caractérisation moléculaire contribue à la surveillance de clones et de souches, à la détection précoce de propagations internationales répandues et à la prévision 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 prévention des souches existantes et récemment découvertes des *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 prendre des mesures appropriées, différentes sources sont utilisées.**



## LE RÉSEAU DES LABORATOIRES VIGIES

Le **réseau des laboratoires vigies** est coordonné depuis 1983 par le Service des Maladies infectieuses dans la population générale de la Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance du WIV-ISP, avec notamment l'enregistrement des *Chlamydia trachomatis* et des *Neisseria gonorrhoeae*. En 2002, l'enregistrement de *Treponema pallidum* (syphilis) a été ajouté. 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 2012, sur les 178 laboratoires de microbiologie en Belgique, 99 (59 %) font partie de ce réseau des laboratoires vigies. En Flandre, 54 des 95 (57 %) laboratoires participent à ce réseau, à Bruxelles, 10 sur 17 (59 %), et en Wallonie 35 sur 66 (53 %). Ils couvrent ainsi 60 % des activités liées aux IST au niveau national et régional. (Verbrugge R, Abrams S, 2013, analyse non publiée)

La participation se fait sur une base volontaire. Après validation et élimination des doublons, seuls les cas dont l'âge et le sexe sont connus, sont repris dans les analyses.

**Le nombre de cas enregistrés et la tendance sont discutés pour les 3 IST (Chlamydia, gonorrhée et syphilis) au niveau national et régional.**

Les cas de 2012 enregistrés après le 1<sup>er</sup> mai 2013 ne sont pas repris dans le présent rapport.

Le **Centre national de référence pour les IST (Anvers)** suit le profil de résistance antibiotique des *Neisseria gonorrhoeae* et une caractérisation moléculaire des *Chlamydia trachomatis* est réalisée (y compris des *Lymphogranuloma venereum* ou LGV). Toutefois, aucun système de surveillance national n'a encore été élaboré pour l'instant en matière de LGV.

## LE RÉSEAU SENTINELLE DE CLINIENS

Le **réseau sentinelle de cliniciens pour la surveillance des IST** en Belgique, coordonné par le Service des Maladies infectieuses dans la population générale (Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance) du WIV-ISP, existe depuis octobre 2000.

L'objectif principal de ce système d'enregistrement est la récolte de données concernant les caractéristiques des patients diagnostiqués avec une IST. L'apport d'informations de qualité se révèle essentielles pour la planification des activités de prévention et de contrôle, relevant de la compétence des communautés. Les variables demandées figurent en annexe 1.

L'enregistrement s'effectue sur une base continue de chaque nouvel épisode d'une ou de plusieurs IST chez un patient qui se présente dans un centre médical participant. Lorsqu'on parle de «site», on fait référence aussi bien à un cabinet privé qu'à un service d'hôpital ou encore un centre médical, où travaillent un ou plusieurs médecins. Le réseau sentinelle est composé de gynécologues, de dermatologues, de généralistes, d'internistes, d'urologues, de centres de planning familial, de cliniques IST et de centres médicaux pour étudiants. L'enregistrement s'effectue sur une base volontaire.

Les IST suivantes font l'objet d'un suivi : *Chlamydia trachomatis*, gonorrhée, *Trichomonas vaginalis*, herpès génital, syphilis, condylomes, syndrome inflammatoire pelvien (PID) et *Lymphogranuloma venereum* (LGV). Les hépatites B et C sont uniquement signalées quand il s'agit d'une contamination par voie de transmission sexuelle. Les autres infections à signaler sont la pédiculose du pubis, 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.

Un nouveau cas d'IST est défini comme un patient consultant son médecin pour un nouvel ou un premier épisode d'une ou de plusieurs IST sélectionnée(s), que celle(s)-ci constitue(nt) ou non la raison principale de la consultation.

Les critères diagnostiques se fondent sur les définitions de cas par l'UE. (eCDc Case Definitions, Official European journal, 2008)

Les patients présentant des récurrences d'herpès génital ou de condylomes sont exclus. Seule une primo-infection fait l'objet d'un enregistrement pour cette IST.

Pour les infections à *Chlamydia*, la gonorrhée et la syphilis, le médecin peut mentionner s'il s'agit d'une réinfection.

Les diagnostics posés chez des patients qui consultent pour une grossesse ou un dépistage IST sont également pris en compte.

Pour les LGV, les diagnostics sont considérés comme un cas avéré, probable ou possible sur la base des critères indiqués dans le tableau de l'annexe 2.

Le réseau sentinelle reçoit un courrier mensuel qui lui rappelle l'enregistrement des IST, soit via le site web, soit par le biais de formulaires papier qui doivent ensuite être renvoyés.

L'encodage des données s'effectue de manière anonyme. Si des données importantes viennent à manquer, elles font l'objet d'une demande complémentaire par téléphone, par courrier ou par courriel. Les données sont analysées à l'aide des logiciels statistiques SAS et STATA.

**Le but principal de ce réseau sentinelle de cliniciens est de décrire les déterminants et les profils à risque.**

Il s'agit de la surveillance sentinelle comportementale, en collaboration avec un groupe de médecins volontaires, répartis sur tout le territoire belge, dont les résultats sont discutés dans la 2<sup>e</sup> partie de ce rapport.

**Les analyses ont montré l'absence de différences notables concernant les déterminants des IST, les profils et les comportements à risque, au niveau national et régional. Des rapports régionaux distincts sont établis. Ils sont ensuite transmis à l'instance compétente afin de pouvoir déterminer la politique de prévention. Les données régionales sont disponibles et peuvent être consultées auprès de l'auteur du rapport.**

Les cas de 2012 enregistrés après le 16 mai 2013 n'ont pas été repris dans le traitement des données.

## LE RÉSEAU DES CENTRES DE RÉFÉRENCE SIDA

La **surveillance des IST via le réseau des Centres de référence sida (CRS)** existe depuis avril 2007.

Les données collectées par le réseau sentinelle de cliniciens indiquent qu'une part des nouveaux épisodes d'IST est diagnostiquée chez des personnes séropositives pour le VIH.

Cette constatation a été faite notamment grâce à la participation de 2 CRS dans ce réseau sentinelle général. Les CRS assurent le suivi médical et l'accompagnement de patients séropositifs pour le VIH, et de patients ayant un profil à risque élevé d'IST/VIH.

En outre, tant dans notre pays que dans d'autres pays européens, des IST rares sont constatées plus régulièrement depuis 2004, comme LGV et les infections d'hépatite C aiguë transmises par voie sexuelle. Ces infections sont presque exclusivement constatées dans la population à risque des HSH – principalement les séropositifs pour le VIH.

Pour se faire une meilleure idée de la situation, les CRS ont été invités à participer à l'enregistrement des IST, et un réseau sentinelle de CRS a été créé.

Les résultats sont publiés dans un rapport distinct et sont disponibles sur demande.

## LA NOTIFICATION OBLIGATOIRE DES CAS CLINIQUES

Il existe également la **notification obligatoire** des cas cliniques de gonorrhée, de syphilis et d'hépatite B aiguë aux **médecins des communautés chargés de la lutte contre les maladies infectieuses**. Les variables reprises 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) existent également, mais ces informations n'ont pas été prises en considération dans ce rapport.

Ce système d'enregistrement offre des données sur une longue période.

Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble des IST à notification obligatoire dans les 3 régions.

|          | Chlamydia | Gonorrhoea | Syphilis        | Acute Hep B* |
|----------|-----------|------------|-----------------|--------------|
| Flanders |           | X          | X               | X            |
| Wallonia |           |            | Only congenital |              |
| Brussels |           | X          | X               | X            |

\* Ces données ne sont pas discutées parce qu'on ne sait pas si l'infection a été transmise sexuellement.

Pour de plus amples informations sur la notification obligatoire, voir les sites web <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Maladies/Maladies-infectieuses/> 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 fonction de l'âge et du sexe par le Service des Maladies infectieuses dans la population générale de la Direction opérationnelle Santé publique et Surveillance de l'ISP. Les résultats figurent à l'annexe 3 (pour la gonorrhée) et à l'annexe 4 (pour la syphilis).

La **Croix-Rouge** (pour la Wallonie) et Het **Rode Kruis** (pour la Flandre) enregistrent également l'incidence de la syphilis, des hépatites C et B et du VIH chez les donneurs de sang volontaires. Il est mentionné dans les directives pour la surveillance IST de l'OMS que le dépistage de la syphilis chez les donneurs de sang peut constituer une source potentielle importante de données de prévalence, même si ces données sont restreintes. (UNAIDS.WHO, Working Group on global HIV/AIDS and STI surveillance. Guidelines for sexually Transmitted infections surveillance, 1999)

L'annexe 5 présente une vue d'ensemble de la situation en 2012.

## AUTRES SOURCES

Les données démographiques d'**Eurostat** sont utilisées pour estimer l'incidence. Des données sont demandées à l'**INAMI** pour connaître la fréquence et l'évolution des tests effectués.

## 1 TENDANCES DES IST SELON L'ÂGE ET LE SEXE

### 1.1 TENDANCES GÉNÉRALES EN BELGIQUE ET PAR RÉGION

Les différents graphiques de cette section nous montrent que le nombre d'enregistrements IST ne cesse d'augmenter depuis 2002, en Belgique et dans les trois régions (Figure 1).

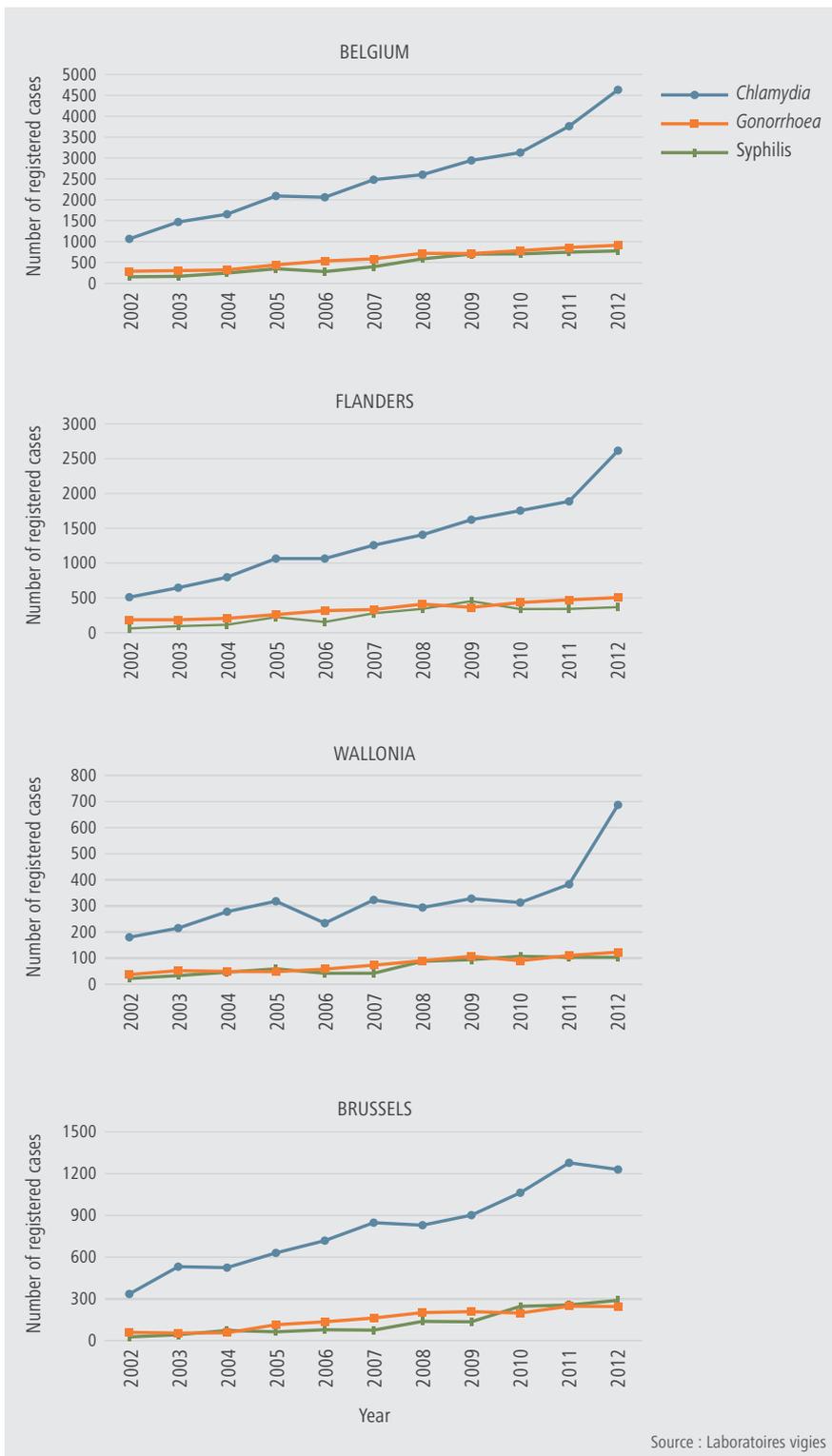
L'infection à *Chlamydia* est l'IST la plus fréquente. On constate une augmentation forte et continue. Depuis 2002, le nombre de cas signalés via les laboratoires vigies ont augmenté en moyenne de 16 % par an, passant de 1064 à 4633 cas. Entre 2011 et 2012, ce nombre a progressé de 23 %.

La gonorrhée présente depuis 2002 également une tendance constante à la hausse, le nombre de cas signalés étant passé de 289 en 2002 à 911 en 2011. L'augmentation moyenne durant les 10 dernières années s'élève à 13 % par an.

La syphilis présente également une augmentation continue au cours de la même période (2002-2012) avec 155 cas signalés en 2002 et 776 cas signalés en 2012. La tendance à la hausse s'affaiblit ; entre 2011 et 2012, il y a eu une augmentation de 4 %, tandis que l'augmentation moyenne au cours des 10 dernières années est de 24 %.

Les données régionales et internationales par IST sont discutées dans les sections 1.2 à 1.4.

**Figure 1 |** Évolution du *Chlamydia*, de la gonorrhée et de la syphilis en Belgique et dans les 3 régions, 2002-2012



## 1.2 CHLAMYDIA

L'infection par le *Chlamydia* est l'IST la plus fréquemment diagnostiquée et la tendance épidémiologique à la hausse du nombre de cas s'est poursuivie en 2012. L'augmentation a eu lieu principalement en Flandre par l'accroissement du nombre de tests, consécutif à une campagne de sensibilisation.

Le groupe le plus touché est celui des jeunes femmes entre 15 et 30 ans. Le rapport homme-femme et la répartition selon l'âge sont parallèles en Belgique et dans les 3 régions. Le rapport homme-femme est de 1:1.83. La même constatation est valable pour l'ensemble de l'Europe.

L'incidence estimée est la plus élevée dans les arrondissements de Bruxelles et d'Anvers, avec respectivement 194 et 148 cas pour 100 000 habitants.

***Chlamydia trachomatis*** est l'IST la plus fréquemment signalée en Europe.

En 2011, 26 pays ont signalé 346 988 cas à l'ECDC. (eCDC, Tussy database 2011)

L'infection par le *Chlamydia* est aussi l'IST la plus fréquemment signalée dans les trois régions.

L'infection par le *Chlamydia* provoque des inflammations du vagin, du col de l'utérus, de l'anus, de l'urètre, du pénis, et aussi de la gorge et des yeux.

Généralement, les infections par le *Chlamydia* sont asymptomatiques et peuvent provoquer le PID chez les femmes, ce qui est une cause importante de douleurs chroniques au bassin, de grossesse ectopique et de problèmes de fertilité. 10 à 30 % des patients atteints de *Chlamydia* ont développé un PID. (eCDC, factsheet for professionals, 2011)

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

Les enfants aussi peuvent être infectés par un *Chlamydia* par manque d'hygiène des mains des parents/soignants qui ont eux-mêmes une infection à *Chlamydia*. On parle alors d'une infection à *Chlamydia* pédiatrique. (eCDC, factsheet for professionals, 2011 ; CDC Factsheet, *Chlamydia trachomatis*)

### 1.2.1 INCIDENCE

En 2012, 4633 cas dont l'âge et le sexe sont connus, ont été signalés via le réseau des laboratoires vigies.

La plupart des cas de *Chlamydia* ont été signalés en Flandre. En tenant compte du degré des activités (Verbrugge R, Abrams S, analyse de la représentativité, 2009-2012) des laboratoires participants par région et de la population, il est possible d'évaluer l'incidence. C'est à Bruxelles que l'incidence évaluée est la plus élevée (Tableau 1). Il faut interpréter ces données avec prudence parce que la Région de Bruxelles-Capitale est une zone urbaine.

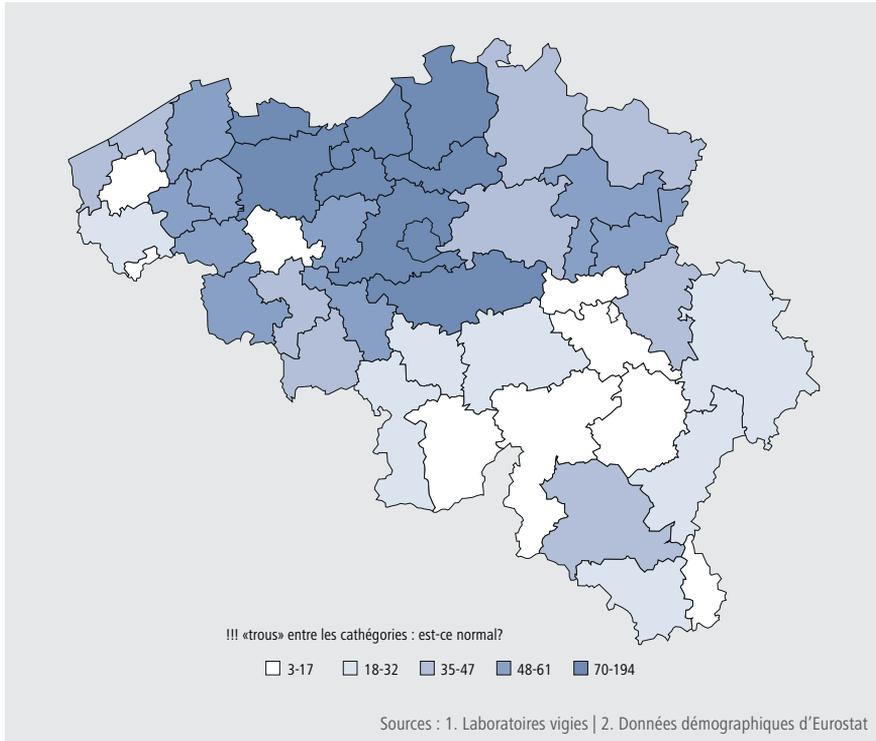
L'incidence est la plus élevée à Bruxelles et à Anvers avec des valeurs respectivement de 194 et 148 nouveaux cas par 100 000 habitants (Carte 1).

**Tableau 1 |** Nombre de cas de *Chlamydia* enregistrés et estimation de l'incidence, en Belgique et dans les 3 régions, 2012

|          | Number of registered cases | Estimated mean incidence /100 000 inhabitants, 2012 |
|----------|----------------------------|---|
| Belgium* | 4633                       | 70  |
| Flanders | 2624                       | 71  |
| Wallonia | 1231                       | 18  |
| Brussels | 689                        | 182   |

\* Inclus les cas dont la région est inconnue

**Carte 1 |** Incidence estimée de *Chlamydia* par 100 000 habitants, par arrondissement, 2012

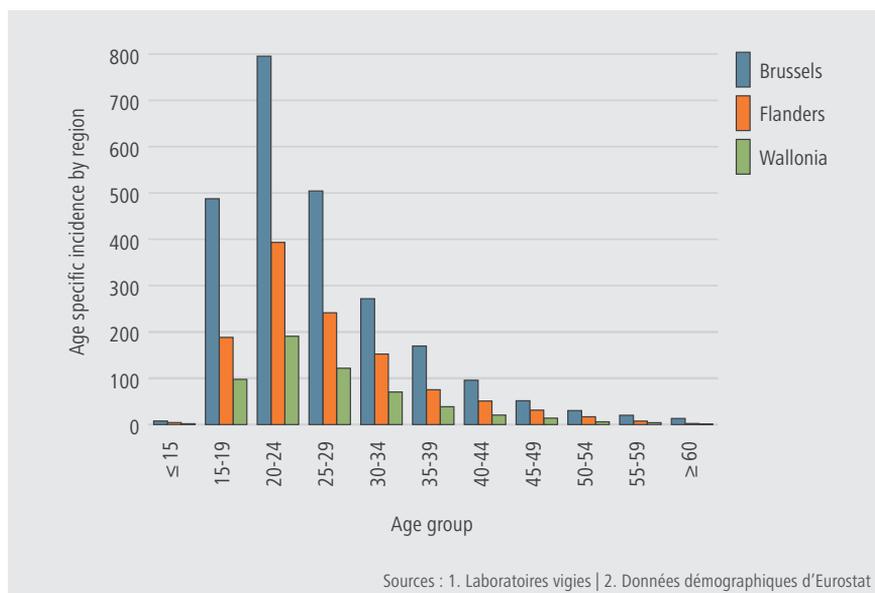


Les groupes d'âge les plus touchés sont ceux entre 15 et 29 ans. Cela vaut pour les 3 régions.

La figure 2 ci-après montre le nombre d'infections à *Chlamydia* par groupe d'âge dans chacune des **trois régions**, corrigé avec le degré d'activités des laboratoires par région.

Les résultats de la Région de Bruxelles-Capitale doivent être interprétés avec prudence parce que Bruxelles (194 cas/100 000 habitants), comme Anvers (148 cas/100 000 habitants) est une zone urbaine. Les deux ont une forte incidence du *Chlamydia*.

**Figure 2 | Répartition de l'incidence estimée de *Chlamydia* par 100 000 habitants, par groupe d'âge, pour les 3 régions, 2012**



## 1.2.2 TENDANCES

Le *Chlamydia* est l'IST la plus fréquente et présente une hausse constante du nombre de cas diagnostiqués, avec une accélération durant la dernière année d'enregistrement (en augmentation de 23 %). La hausse moyenne est de 16 % par an depuis 2002 (Figure 1, page 18).

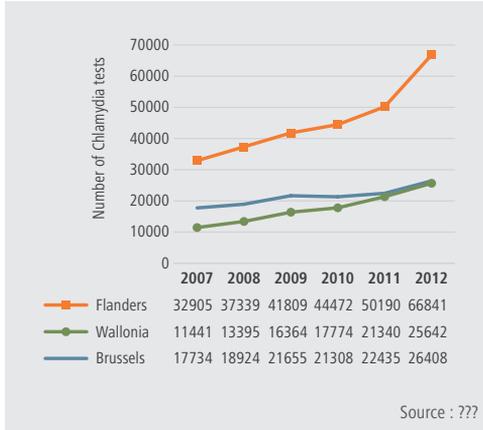
Cela peut être dû aux différents facteurs : une augmentation du nombre de demandes de tests liée à la politique de dépistage des grands centres médicaux, une amélioration des tests diagnostiques, et une augmentation de l'incidence.

La tendance à la hausse du nombre de tests diagnostiques demandés pour le *Chlamydia* entre 2007 et 2012 montre que le nombre d'enregistrements augmente proportionnellement au nombre de tests demandés. Il y a une augmentation accélérée du nombre de cas en 2012 dans chaque catégorie d'âge. Cette tendance est particulièrement visible en Flandre. (Figure 3)

La Flandre a investi dans une campagne contre le *Chlamydia*, en ciblant la population générale (vzwSensoa, VAZG). Cette campagne a eu lieu au début de l'année d'enregistrement 2012.

L'accélération de la hausse durant 2012 en Flandre est très probablement due non pas à une augmentation de l'incidence réelle, mais bien à la hausse du nombre de tests réalisés.

**Figure 3 |** Évolution du nombre de tests demandés pour le *Chlamydia* (PCR et culture)



**Figure 4 |** Évolution de la fréquence des tests de *Chlamydia* par région (PCR et culture)



D'autre part, si l'on regarde le nombre de tests effectués en tenant compte du nombre d'habitants par région, la fréquence des tests est la plus élevée à Bruxelles (Figure 4). Ce constat peut expliquer la forte incidence du *Chlamydia* à Bruxelles. En Flandre, la fréquence des tests est la plus élevée à Anvers (non représenté sur le graphique), ce qui peut expliquer la plus forte incidence.

Cela démontre toute l'importance du dépistage pour diagnostiquer les cas infectés afin de les traiter et aussi de freiner la propagation dans la population.

### 1.2.3 RÉPARTITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE POUR L'INFECTION À *CHLAMYDIA*

Sur les 4633 patients présentant une infection à *Chlamydia* en 2012, 2998 sont des femmes et 1635 des hommes. Le rapport homme/femme est de 1:1,83.

#### Répartition selon le sexe

Si l'on observe l'évolution du nombre de cas d'infections à *Chlamydia* par sexe, on constate que les femmes sont plus souvent diagnostiquées que les hommes, avec cependant une augmentation continue dans les deux groupes, et une accélération de l'augmentation lors de la dernière année d'enregistrement (2012). C'est en Flandre et en Wallonie que l'augmentation est la plus prononcée (Figure 5).

**Figure 5 |** Évolution du nombre de cas d'infections à *Chlamydia* par sexe en Belgique et dans les 3 régions, 2002-2012



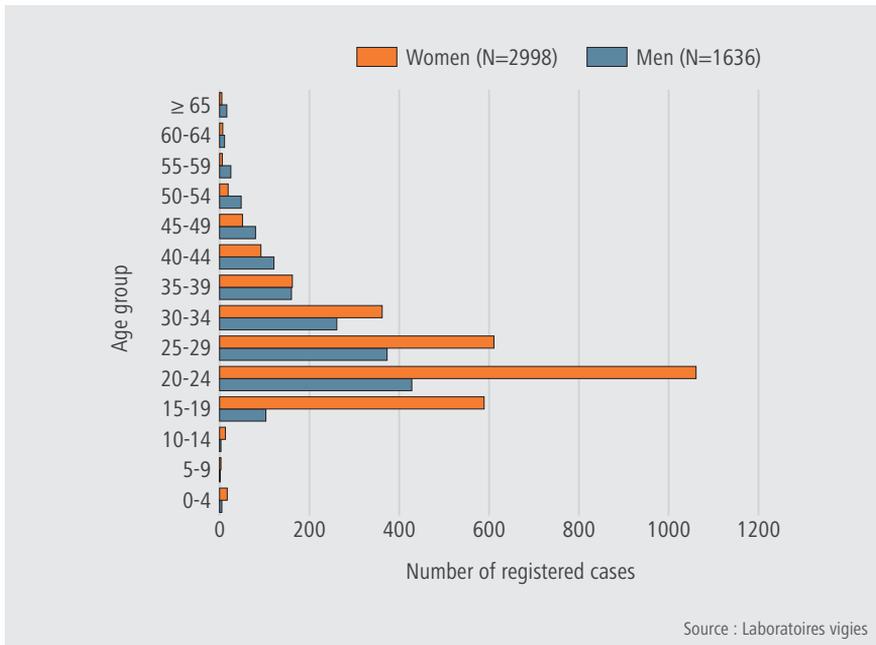
### Répartition selon le groupe d'âge

Les âges les plus touchés sont entre 15 et 29 ans, et cet élément est plus prononcé chez les femmes que chez les hommes. Ce constat vaut pour les 3 régions. (Figure 6)

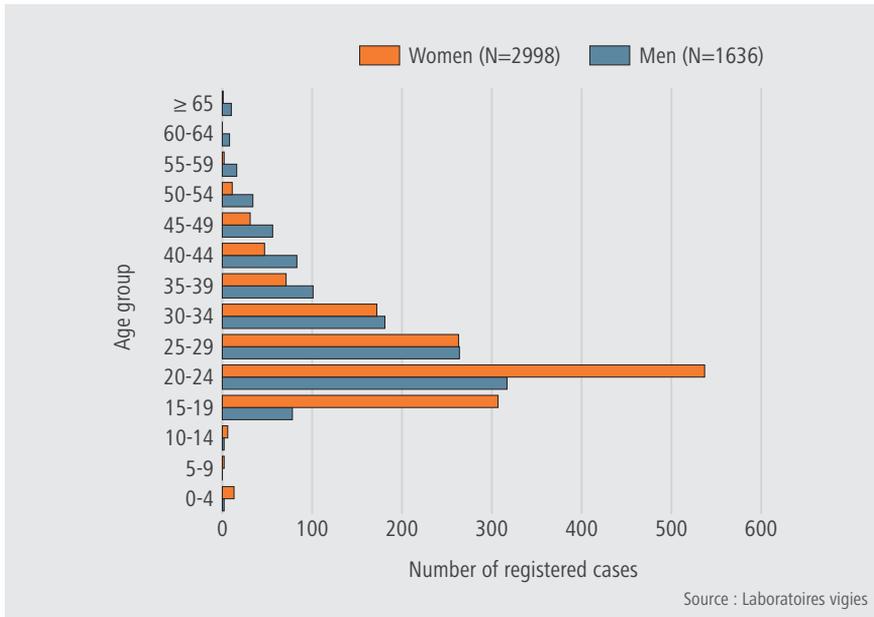
L'âge moyen est de 25 ans pour les femmes et de 30 ans pour les hommes. Seize filles et 5 garçons présentent une infection périnatale à *Chlamydia* (respectivement 12 et 2 en Flandre). Ces chiffres sont plus élevés qu'en 2011, où l'on avait recensé respectivement 8 et 6 cas. Quatre filles et 1 garçon entre 4 et 8 ans ont été diagnostiqués avec une infection pédiatrique à *Chlamydia trachomatis*.

Le dépistage de l'infection à *Chlamydia* avant et pendant la grossesse fait partie des mesures préventives possibles en cas de suspicion de comportement sexuel à risque d'un des parents.

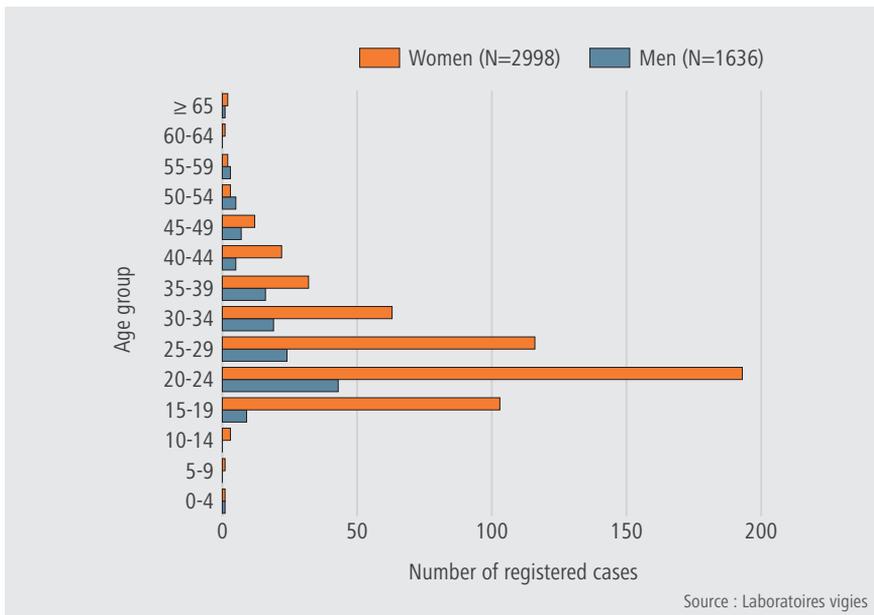
**Figure 6 | Répartition du nombre de cas d'infections à *Chlamydia* par sexe en Belgique, 2012**



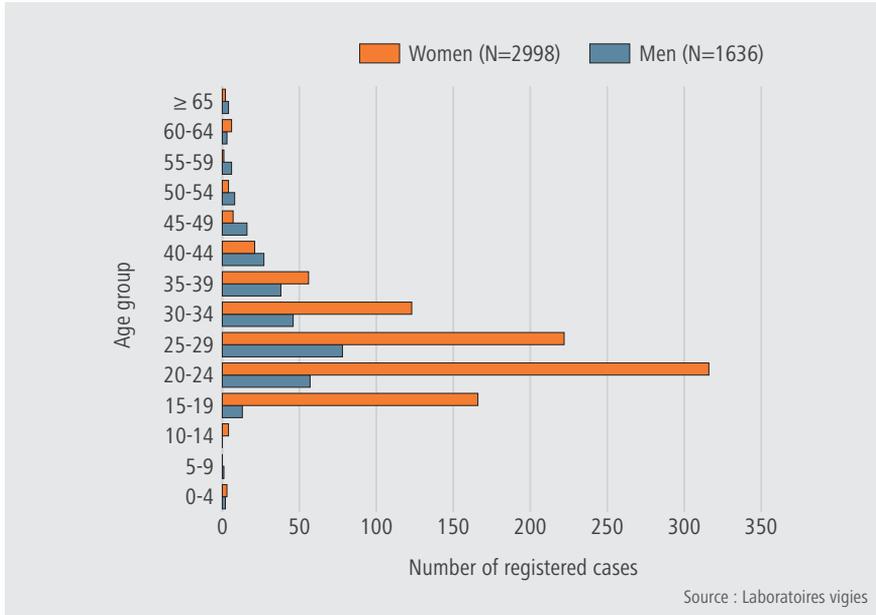
**Figure 6a | Répartition du nombre de cas d'infections à *Chlamydia* par sexe en Flandre, 2012**



**Figure 6b | Répartition du nombre de cas d'infections à *Chlamydia* par sexe en Wallonie, 2012**



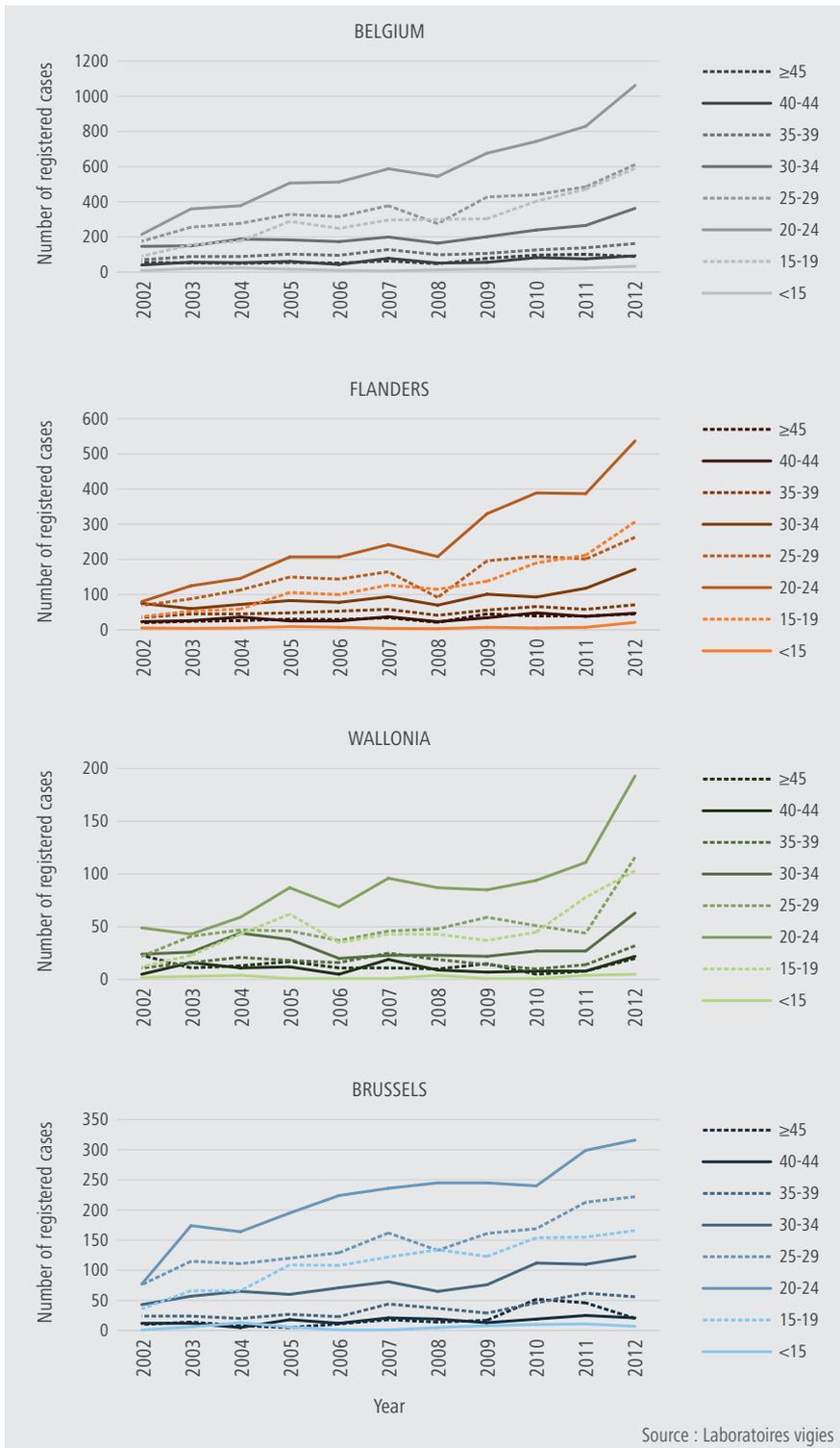
**Figure 6c | Répartition du nombre de cas d'infections à *Chlamydia* par sexe à Bruxelles, 2012**



En raison des chiffres élevés dans certains groupes d'âge spécifiques, il est intéressant d'examiner la tendance du nombre de cas par groupe d'âge entre 2002 et 2012, tant pour les femmes que pour les hommes.

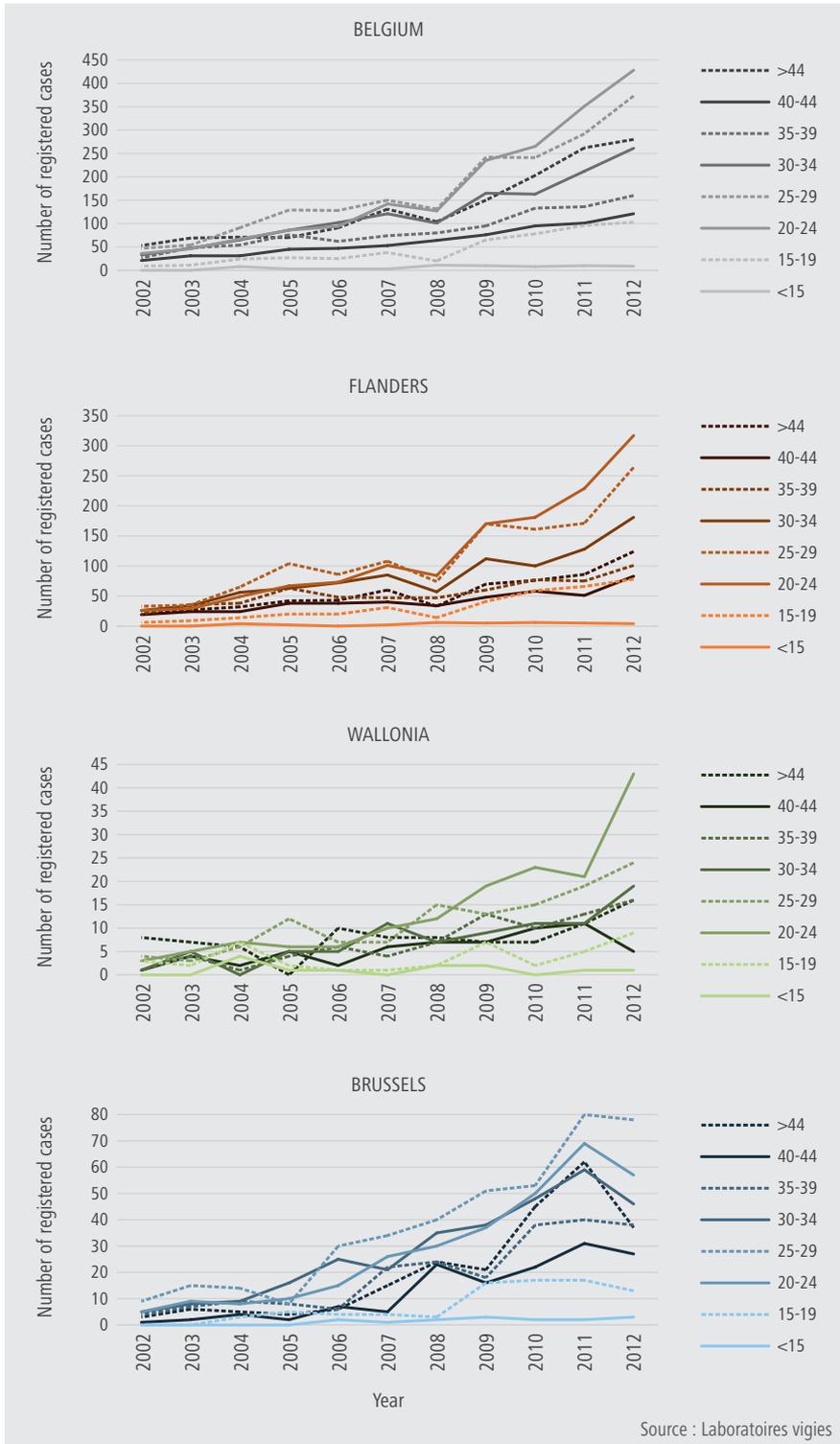
On note chez les femmes (Figure 7) une tendance à la hausse continue dans tous les groupes d'âge de moins de 45 ans, principalement chez les 15-24 ans. Une hausse est observée chez les hommes (Figure 8) dans tous les groupes d'âge. Il n'y a pas de différence notable entre les régions.

**Figure 7 |** Tendence du nombre de cas d'infection à *Chlamydia* signalés en Belgique et dans les 3 régions, femmes, 2002-2012



Source : Laboratoires vigies

**Figure 8 |** Tendence du nombre de cas d'infection à *Chlamydia* signalés en Belgique et dans les 3 régions, hommes, 2002-2012



Source : Laboratoires vigies

### 1.2.4 CHLAMYDIA TYPE LGV OU SÉROVAR L2 OU LGV

En 2012, 22 cas confirmés ont été rapportés par le Centre national de référence (CNR) via ce réseau. Tous étaient des HSH entre 26 et 52 ans, séropositifs pour le VIH.

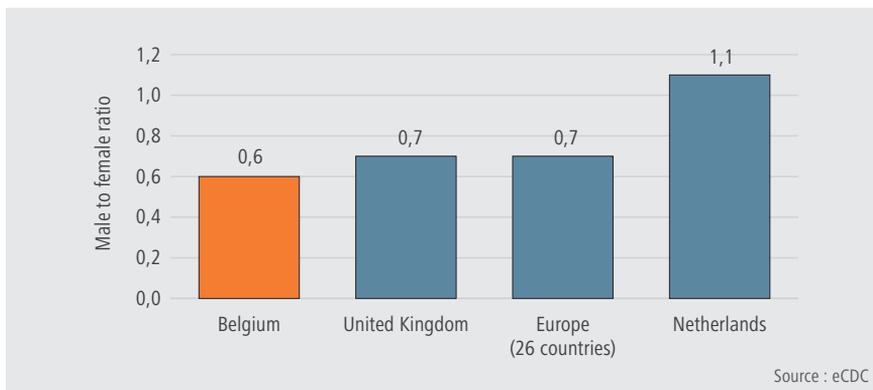
### 1.2.5 COMPARAISON INTERNATIONALE (RAPPORT ECDC)

Nous comparons la répartition selon l'âge et le rapport entre les sexes en Belgique avec les pays voisins et l'ensemble de l'Europe.

#### *Chlamydia trachomatis*

*Chlamydia trachomatis* est l'IST la plus fréquemment signalée en Europe. En 2011, 26 pays ont signalé 346 988 cas à l'ECDC. (eCDC, banque de données TESSy 2011). Les infections à *Chlamydia* sont davantage signalées chez les femmes que chez les hommes ; il y a 1,43 fois plus de femmes que d'hommes. Le rapport homme/femme en Belgique (0,6) correspond à la moyenne européenne (0,7). La figure 9 ci-dessous compare le rapport homme/femme en Europe et en Belgique, et dans les pays voisins.

**Figure 9 | Rapport homme/femme pour les infections à *Chlamydia*, Belgique, pays voisins, Europe, 2011**

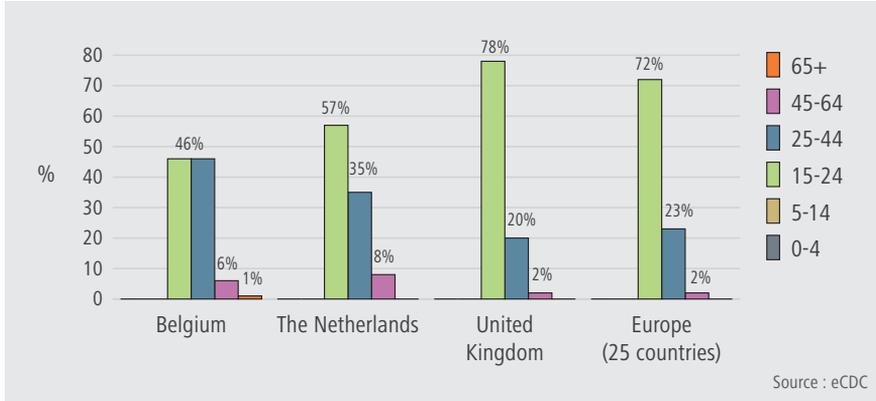


La figure 10 présente la répartition selon l'âge en Europe, en Belgique et dans les pays voisins. Près de trois quarts des cas d'infection à *Chlamydia* ont été signalés chez les jeunes entre 15 et 24 ans.

Au Royaume-Uni, le plus grand groupe est celui des 15-20 ans. Cela s'explique par une politique de dépistage spécifique pour les adolescents, car on a constaté qu'un grand nombre (60-80 %) de porteurs asymptomatiques sont dans cette tranche d'âge. Les Pays-Bas présentent également un plus fort taux de notifications dans

cette tranche d'âge, non constaté en Belgique. Cela s'explique par le fait que ce groupe est le moins testé. (Verbrugge R, presentation IECCLM, Berlin, May 2013 ; Verbrugge R, article in press)

**Figure 10 | Répartition par âge (%) pour les infections à *Chlamydia*, Belgique, pays voisins, Europe, 2011**



### PID

Le *Chlamydia* est responsable de 50 % des cas de PID en Europe ; 10 à 30 % des patients atteints de *Chlamydia* ont développé un PID. (eCDC, factsheet for professionals, 2011)

Il n'y a pas de données disponibles sur le nombre de cas de PID en Europe.

### LGV

En 2011, 245 cas de LGV ont été signalés à l'ECDC par 5 pays (Belgique, Danemark, Irlande, Pays-Bas et Royaume-Uni). Entre 2000 et 2009, un total de 1390 cas ont été déclarés. 98 % ont été diagnostiqués chez des HSH et la tranche des 35-44 ans est la plus touchée. Chez les patients dont le statut VIH est connu, 75 % sont séropositifs pour le VIH.

De nombreux pays ne rapportent pas, étant donné la difficulté du diagnostic en raison du test de confirmation (génotypage par PCR), de sorte que la véritable incidence est très probablement fortement sous-estimée. Les pays notifiant éprouvent aussi des difficultés ; seul un nombre limité d'échantillons probablement LGV subissent le test de confirmation et ne sont généralement pas déclarés.

## 1.3 GONORRHÉE

En 2012, le nombre de cas de gonorrhée est également en augmentation. Le groupe le plus touché est celui des hommes entre 15 et 35 ans. Il y a 3,2 fois plus de patients enregistrés chez les hommes que chez les femmes. Le rapport homme-femme est similaire dans les 3 régions. La gonorrhée est encore toujours traitée en Belgique au moyen d'antibiotiques de première et deuxième ligne, mais il faudra être vigilant car elle montre cette année les premiers signes de résistance aux antibiotiques les plus récents, céfixime et ceftriaxone. Il est à craindre que la gonorrhée ne puisse bientôt plus être traitée. La même constatation est valable pour l'ensemble de l'Europe.

L'incidence des cas rapportés est la plus élevée dans les arrondissements de Bruxelles et d'Anvers avec respectivement 39 et 35 cas par 100 000 habitants.

En 2011, 28 pays ont signalé 37 610 cas de *Neisseria gonorrhoeae* à l'ECDC. (eCDC, base de données Tessy)

Les bactéries de la gonorrhée sont détectées dans la muqueuse (notamment) du vagin, du pénis, du rectum et de la gorge.

La plupart des cas masculins sont symptomatiques et sont donc plus rapidement détectés et traités. Chez les femmes, 40 à 70 % ne présentent pas de symptômes. Une gonorrhée non traitée peut provoquer un PID, tout comme l'infection à *Chlamydia*.

Les femmes enceintes contaminées par la gonorrhée peuvent transmettre l'infection à leur bébé pendant l'accouchement ; ce qui peut causer une conjonctivite, une laryngite ou une infection pulmonaire.

La gonorrhée multi-résistante aux médicaments antimicrobiens représente un problème mondial. La bactérie montre depuis 2012 les premiers signes de résistance aux derniers médicaments les plus efficaces.

### 1.3.1 INCIDENCE

En 2012, 911 cas ont été enregistrés via le **réseau des laboratoires vigies** et la région est connue pour 877 d'entre eux.

La plupart des cas de gonorrhée sont diagnostiqués en Flandre. En tenant compte du degré d'activité (Verbrugge R, Abrams S, analyse de la représentativité, 2009-2012) des laboratoires participants par région et de la population, il est possible d'évaluer l'incidence. C'est à Bruxelles que l'incidence évaluée est la plus élevée (Tableau 2). Ces données doivent être interprétées avec prudence parce que la Région de Bruxelles-Capitale est une zone urbaine.

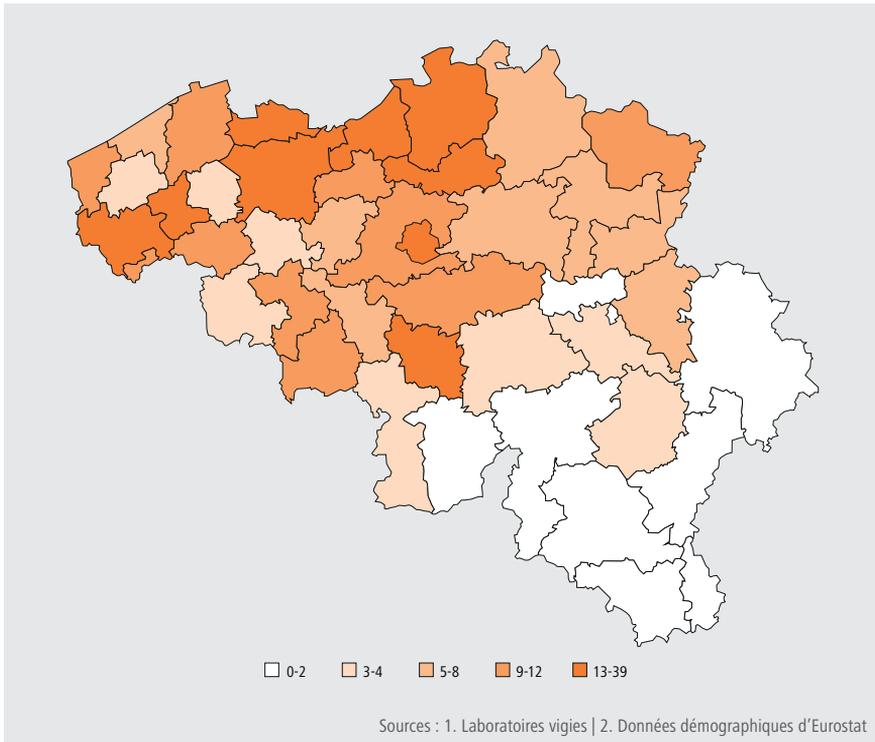
L'incidence estimée est la plus élevée dans les arrondissements de Bruxelles et d'Anvers, suivi par Gand, avec des valeurs respectivement de 39, 35 et 20 nouveaux cas par 100 000 habitants (voir carte 2).

**Tableau 2 |** Nombre de cas de gonorrhée enregistrés et estimation de l'incidence, en Belgique et dans les 3 régions, 2012

|          | Number of registered cases | Estimated mean incidence /100 000 inhabitants, 2012 |
|----------|----------------------------|---|
| Belgium* | 911                        | 14  |
| Flanders | 505                        | 14  |
| Wallonia | 246                        | 6   |
| Brussels | 126                        | 36  |

\* Inclus les cas dont la région est inconnue

**Carte 2 |** Incidence estimée de la gonorrhée par arrondissement et par 100 000 habitants, 2012



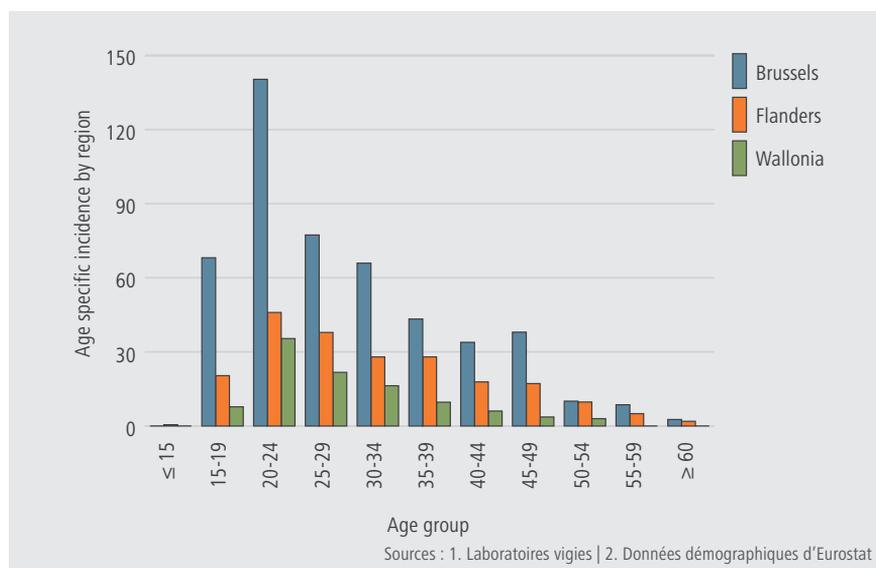
La figure 11 illustre l'incidence estimée de la gonorrhée par 100 000 habitants par groupe d'âge et par région, corrigée en fonction de la proportion de laboratoires vigies participants.

Les plus touchés sont les jeunes entre 20 et 24 ans, dans les 3 régions.

Tout comme pour le Chlamydia, on doit interpréter l'incidence de la gonorrhée dans la Région de Bruxelles-Capitale avec prudence parce que Bruxelles, tout comme

Anvers, est une zone urbaine et que ces deux zones présentent une incidence de la gonorrhée élevée.

**Figure 11 | Répartition de l'incidence estimée de gonorrhée par 100 000 habitants par groupe d'âge pour les 3 régions, 2012**



### 1.3.2 TENDANCE

Le nombre de cas augmente en moyenne de 14 % par an (Figure 1, Page 18).

### 1.3.3 RÉPARTITION SELON LE SEXE ET L'ÂGE POUR LA GONORRHÉE

Sur les 911 cas signalés, 216 concernent des femmes et 695 des hommes (rapport homme/femme de 3,2:1).

L'âge moyen est de 33 ans pour les hommes et de 28 ans pour les femmes.

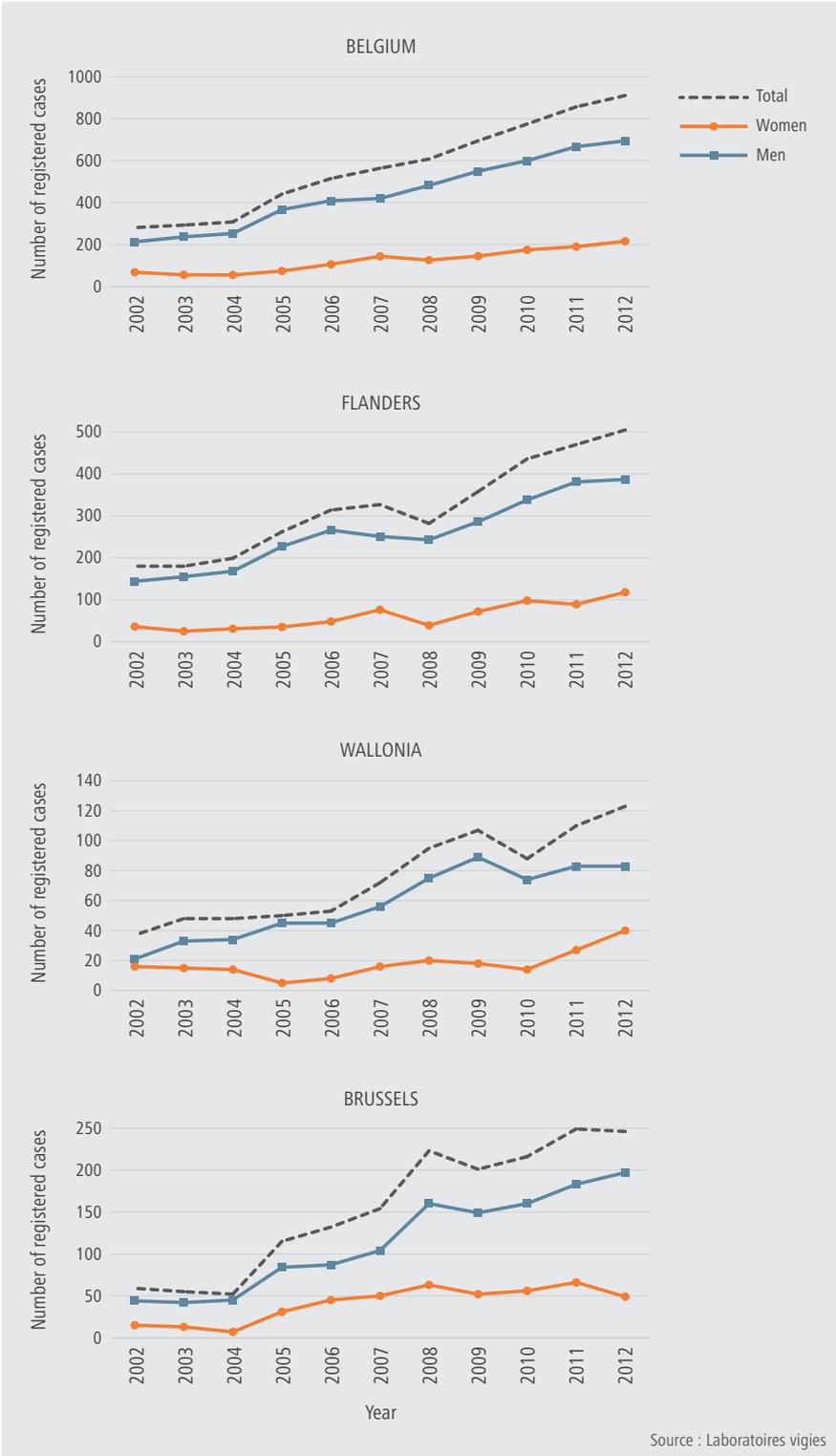
#### Répartition selon le sexe

Si l'on observe la répartition selon le sexe, on constate que la gonorrhée est plus souvent diagnostiquée chez les hommes que chez les femmes, avec une augmentation continue dans les deux groupes.

En 2012, l'augmentation est plus prononcée chez les femmes, principalement en Wallonie et plus légèrement en Flandre.

À Bruxelles, on constate une légère diminution du nombre d'enregistrements de gonorrhée chez les femmes durant la dernière année d'enregistrement, après 3 années de stabilisation. (Figure 12)

**Figure 12 |** Évolution du nombre de cas de gonorrhée par sexe en Belgique et dans les 3 régions, 2002-2012



Source : Laboratoires vigies

### Répartition selon le groupe d'âge

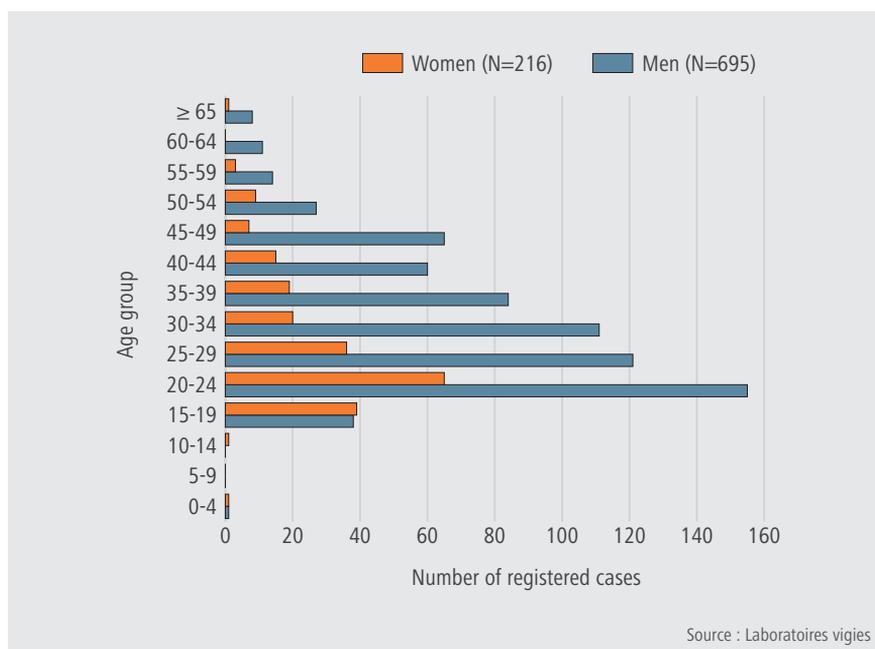
La gonorrhée est diagnostiquée dans toutes les catégories d'âge. Les tranches d'âge les plus touchées sont les jeunes de 20 à 24 ans, puis les personnes de 25 à 29, et ensuite celles de 35 à 39 ans. Cela vaut tant pour les hommes que pour les femmes.

Cela vaut autant pour la Belgique que pour les 3 régions (Figure 13).

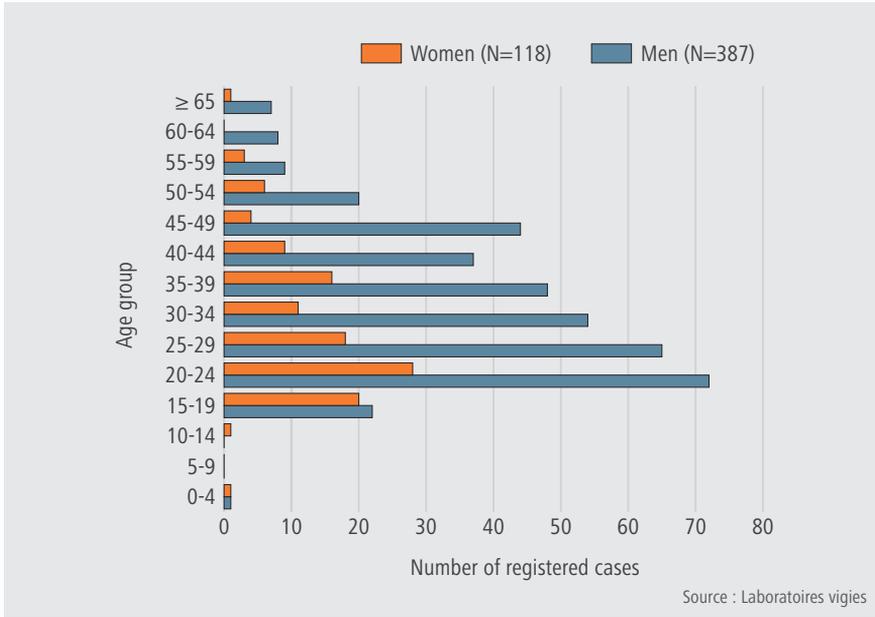
Deux cas d'infection périnatale par la gonorrhée ont été enregistrés : un garçon de moins d'un an et une fille de 4 ans. Tous les autres cas concernent des personnes de 14 ans et plus.

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

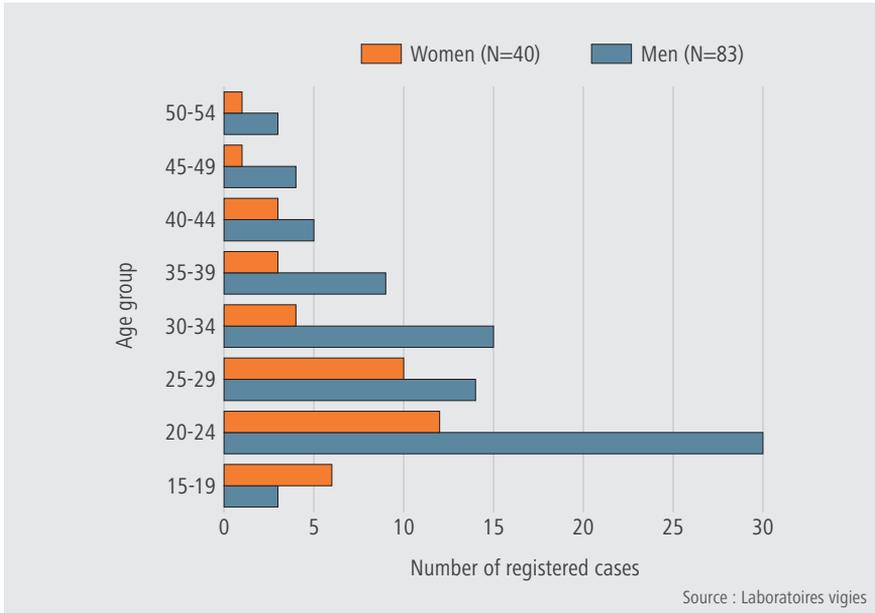
**Figure 13 | Répartition des cas de gonorrhée par sexe et par groupe d'âge en Belgique, 2012**



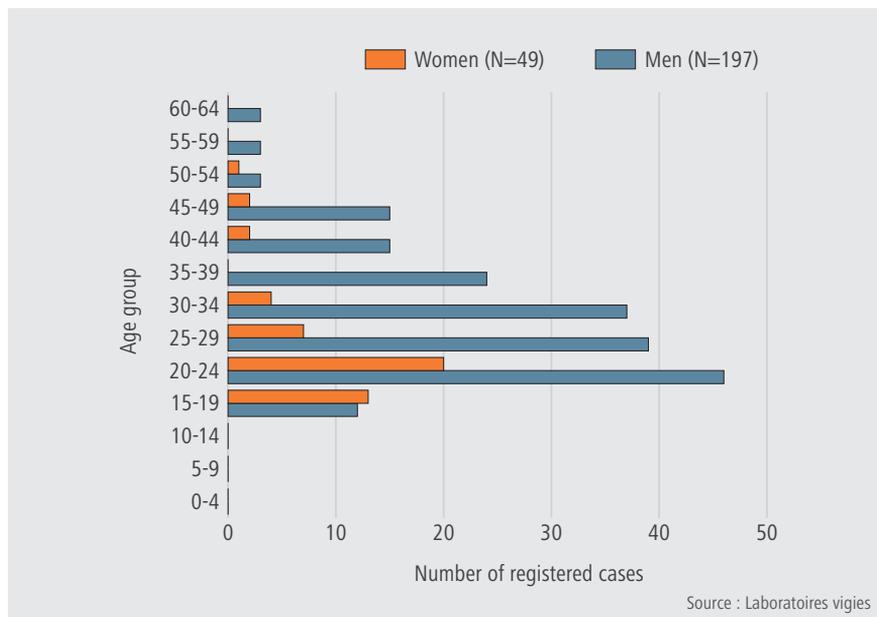
**Figure 13a | Répartition des cas de gonorrhée par sexe et par groupe d'âge en Flandre, 2012**



**Figure 13b | Répartition des cas de gonorrhée par sexe et par groupe d'âge en Wallonie, 2012**



**Figure 13c | Répartition des cas de gonorrhée par sexe et par groupe d'âge à Bruxelles, 2012**



### 1.3.4 DONNÉES RELATIVES À LA RÉSISTANCE

Ce sont les laboratoires vigies qui posent les diagnostics de gonorrhée. Ces laboratoires envoient les isolats de gonorrhée au Centre national de référence à Anvers, pour confirmation du diagnostic.

En 2012, le Centre national de référence a ainsi reçu 523 isolats provenant de 73 laboratoires en vue de confirmer l'identification de *Neisseria gonorrhoeae*. Finalement, 495 cas (94,6 %) ont été confirmés.

Les gonocoques provenaient de 415 hommes (83,8 %) et de 76 femmes (15,4 %) ; pour 4 (0,8 %) isolats, le sexe du patient n'était pas mentionné.

Un total de 32 (6,4 %) isolats appartenait au séro groupe IA et 463 (93,6 %) au séro groupe IB.

Le tableau 3 illustre l'évolution de la résistance aux 4 antibiotiques fréquemment utilisés pour le traitement de la gonorrhée.

**Tableau 3 | Pourcentage d'isolats résistants, Belgique, 2006-2012 (sur base de la méthode de dilution en gélose et les points d'arrêt CLSI)**

| Antibiotique   | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|----------------|------|------|------|------|------|------|------|
|                | %    | %    | %    | %    | %    | %    | %    |
| Pénicilline    | 32,8 | 34,8 | 35,5 | 47,7 | 52,3 | 36,3 | 38,5 |
| Tétracycline   | 50,9 | 49,0 | 48,0 | 61,5 | 56,4 | 55,5 | 53,2 |
| Ciprofloxacine | 61,4 | 60,3 | 57,5 | 63,2 | 60,9 | 57,1 | 55,3 |
| Azithromycine  | 1,8  | 3,1  | 1,6  | 2,1  | 8,2  | 2,6  | 1,4  |
| Céfixime       | -    | -    | -    | -    | 0    | 0    | 0,2* |

\* Céfixime n'est pas utilisé en Belgique mais les tests ont été exécutés sur demande de ECDC. Les points d'arrêt officiels sont encore à définir.  
Tous les isolats étaient sensibles à la spectinomycine.  
Tous les isolats étaient sensibles à la ceftriaxone.  
Il est recommandé de garder spectinomycine avec ceftriaxone, dans l'arsenal thérapeutique.

Source : Centre national de référence des IST, Anvers

Il ressort des résultats de surveillance de la résistance de tous les pays européens, collectés via le «*European Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme*» (Euro-GASP), que la sensibilité réduite aux antibiotiques plus récents (céfixime) augmente dans 17 pays : elle passe de 4 à 9 %. Cette évolution suscite la crainte à l'échelle mondiale que la gonorrhée ne puisse bientôt plus être traitée par les médicaments recommandés, à savoir la céfixime et la ceftriaxone (<http://ecdc.europa.eu/en> ; <http://www.cdc.org>). La monothérapie n'est plus suffisante. Il est conseillé de faire une thérapie combinée et d'inclure ceftriaxone et spectromicine dans les recommandations thérapeutiques.

#### Traitements recommandés simultanément

|   |    |   |
|---|----|---|
| *Ceftriaxone 500 mg IM<br>(peut aussi être administré aux femmes enceintes) | OU | Spectinomycine 2g IM<br>(pas pour le pharynx) |
| ET  |    |   |
| *Azithromycine 2g PO  |    |   |

**Remarque :** l'IMT conseille d'utiliser 1 g pour contrer la formation de la résistance à la ceftriaxone.

Sources :

- Guide belge pour le traitement anti-infectieux et la pratique ambulatoire, édition 2012, BAPCOC, p. 60
- The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy 23rd edition of Belgian/Luxemburg Version 2012-2013 p. 59
- IUSTI guideline 2012 [www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/Gonorrhoea\\_2012.pdf](http://www.iusti.org/regions/Europe/pdf/2012/Gonorrhoea_2012.pdf)
- CDC recommendation, presented at ISSTD, 2013

### 1.3.5 COMPARAISON INTERNATIONALE (RAPPORT ECDC)

Nous comparons la répartition selon l'âge et le rapport entre les sexes en Belgique avec les pays voisins et l'ensemble de l'Europe.

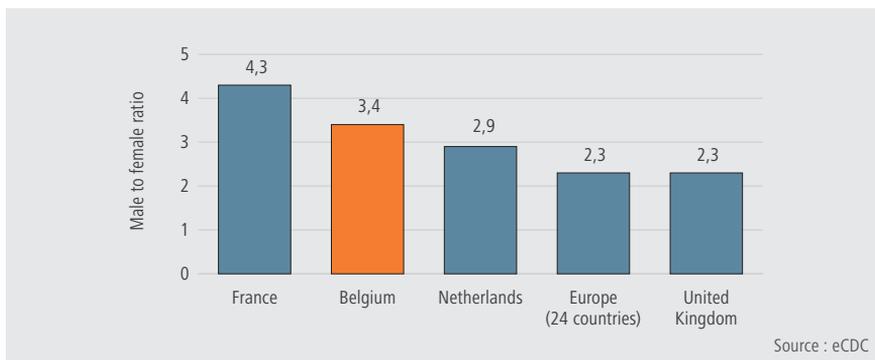
Nous comparons la Belgique aux Pays-Bas, à la France, et au Royaume-Uni.

En 2011, 28 pays ont signalé 37 610 cas de **gonorrhée** à l'ECDC. (eCDC, base de données Tessy)

La gonorrhée est davantage signalée chez les hommes que chez les femmes (2,3 fois plus d'hommes que de femmes).

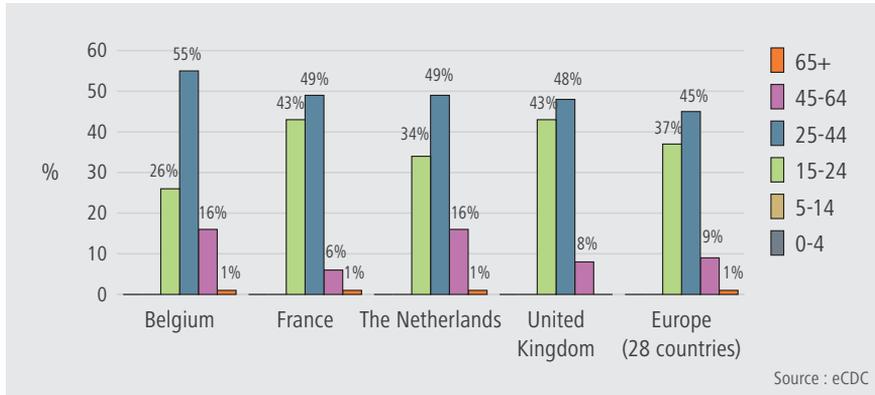
La figure 14 compare le rapport homme/femme en Europe, en Belgique et dans les pays voisins.

**Figure 14 | Rapport homme/femme pour la gonorrhée, Belgique, pays voisins, Europe, 2011**



La figure 15 présente la répartition selon l'âge en Europe, en Belgique et dans les pays voisins.

**Figure 15 | Répartition par âge (%) pour la gonorrhée, Belgique, pays voisins, Europe, 2011**



En Europe, le groupe d'âge entre 24 et 44 ans est le plus représenté, avec 45 % des cas, suivi par le groupe des 15-24 ans, avec 37 %.

On constate que le nombre d'enregistrements de cas de gonorrhée suit une tendance à la baisse dans la plupart des pays. Cette baisse est le fait des 15-19 ans et des 20-24 ans.

Le mode de transmission est connu dans 29 % des cas (13 pays) : 44 % des hommes signalent la transmission homosexuelle de l'infection.

Cette information sur le mode de transmission varie fortement en fonction des pays : de 10 % ou moins de HSH dans les pays baltes et en Autriche jusqu'à plus de 50 % de HSH aux Pays-Bas, en France, et en Norvège. Ce dernier élément correspond aux constats en Belgique, comme discuté dans la partie 2 sur les déterminants et les profils à risque (voir page 61).

## 1.4 SYPHILIS

Le nombre de cas de syphilis augmente chaque année bien que cette tendance semble s'être ralenti depuis 2009.

En Flandre et en Wallonie, il y a une stabilisation du nombre de cas de syphilis enregistrés.

À Bruxelles, la tendance à la hausse se poursuit.

Il y a 4,8 fois plus de cas enregistrés chez les hommes que chez les femmes.

À Bruxelles, il y a proportionnellement plus de femmes atteintes de syphilis qu'en Flandre et en Wallonie.

À Bruxelles, les patients atteints de syphilis sont plus âgés.

L'incidence est la plus élevée dans les arrondissements de Bruxelles, d'Arlon et d'Anvers, avec respectivement 47, 45 et 33 cas par 100 000 habitants.

Chez 39 % des patients masculins atteints de syphilis, il s'agit d'une réinfection, et le taux est moins élevé en Wallonie qu'en Flandre et à Bruxelles.

**La syphilis (*Treponema pallidum*)** a été signalée en 2011 par 30 pays avec 20 040 cas rapportés à l'ECDC. (eCDC, base de données Tussy)

La syphilis connaît trois stades présentant des symptômes spécifiques. Le premier stade commence une à quatre semaines après la contamination. À l'endroit de la contamination apparaît un gonflement indolore avec un bord ou fond rigide, le chancre dur. Cela s'accompagne d'un gonflement des ganglions lymphatiques. Le deuxième stade commence sept à dix semaines après la contamination. Les symptômes sont des éruptions cutanées sur la plante des pieds et la paume des mains, et éventuellement sur le dos, généralement sous la forme de taches roses ou rouges, sans démangeaison, avec une perte de cheveux et des anomalies planes sur la peau ou les muqueuses. On peut aussi observer de la fièvre, des maux de tête et des douleurs osseuses, et souvent un gonflement général des ganglions lymphatiques. Après quelques semaines ou quelques mois, les symptômes disparaissent et la maladie entre dans la troisième phase, qui est latente. Sans traitement, la maladie peut perdurer pendant des années sans symptômes. Cependant, dans environ 30 % des cas non traités, on observe des dommages au système cardiovasculaire ou nerveux central. (CDC syphilis factsheet 2013).

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

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

**Remarque** : les données obtenues par l'intermédiaire du réseau de laboratoires vigies ne permettent pas de distinguer avec certitude une ancienne infection traitée d'une infection récente. Pour déterminer

si un cas de syphilis enregistré est une ancienne infection traitée ou une infection récente, il est souhaitable de disposer d'un historique des données diagnostiques, dont l'interprétation est assurée par le médecin traitant.

### 1.4.1 INCIDENCE

En 2012, 776 cas dont l'âge et le sexe sont connus, ont été signalés via le réseau des laboratoires vigies.

La plupart des cas de syphilis sont diagnostiqués en Flandre. En tenant compte du degré des activités (Verbrugge R, Abrams S, analyse de la représentativité, 2009-2012) des laboratoires participants par région et de la population, il est possible d'évaluer l'incidence. C'est à Bruxelles que l'incidence évaluée est la plus élevée (Tableau 4).

**Tableau 4 | Nombre de cas de syphilis enregistrés et estimation de l'incidence, en Belgique et dans les 3 régions, 2012**

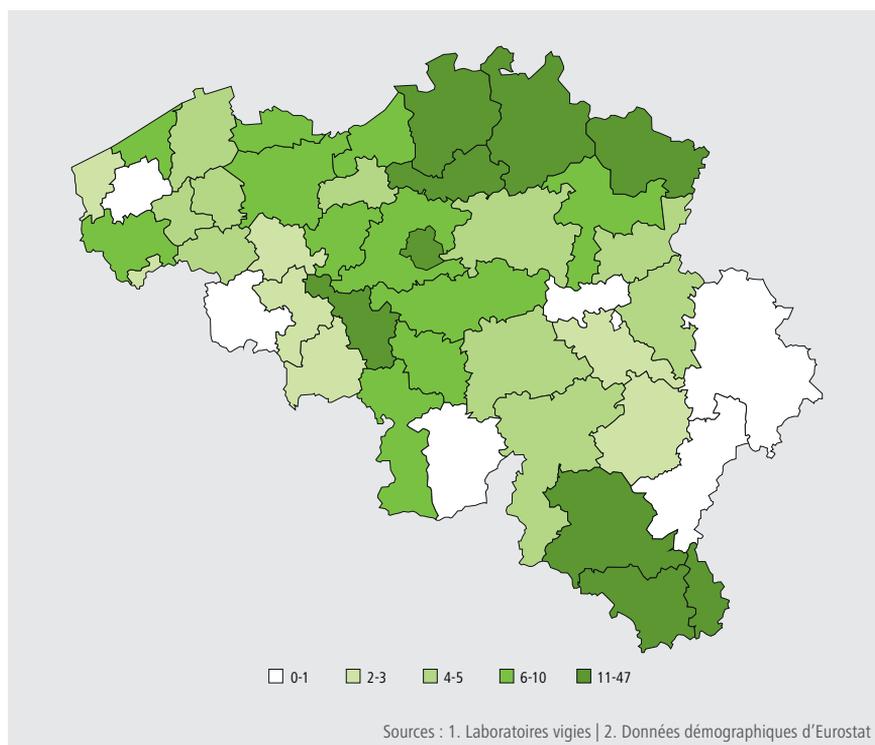
|          | Number of registered cases | Estimated mean incidence /100 000 inhabitants, 2012 |
|----------|----------------------------|---|
| Belgium* | 766                        | 12  |
| Flanders | 367                        | 10  |
| Wallonia | 290                        | 5   |
| Brussels | 103                        | 42  |

\* Inclus les cas dont la région est inconnue

Ici aussi Il faut interpréter ces données avec prudence parce que la Région de Bruxelles-Capitale est une zone urbaine.

L'incidence estimée est la plus élevée dans les arrondissements de Bruxelles, d'Arlon et d'Anvers, avec des incidences respectives de 47, 45 et 33 cas par 100 000 habitants (Carte 3).

**Carte 3 |** Incidence estimée de la syphilis par 100 000 habitants, par arrondissement, 2012

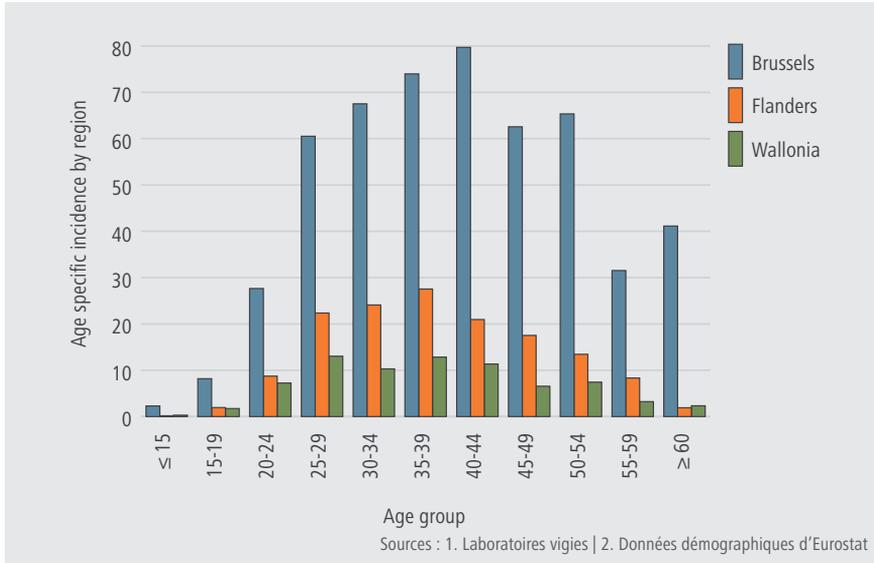


La figure 16 illustre l'incidence estimée de la syphilis par 100 000 habitants, par groupe d'âge et par région, corrigée en fonction de la proportion de laboratoires vigies participants.

La répartition selon l'âge est assez large : **de 20 à plus de 60 ans**. Il n'y a pas de différence dans la répartition selon l'âge entre les 3 régions.

L'apparente incidence plus élevée dans toutes les catégories d'âge dans la région de Bruxelles-Capitale doit être interprétée avec prudence parce que Bruxelles, tout comme Anvers, est une zone urbaine et que ces deux zones présentent une forte incidence de la syphilis.

**Figure 16 | Répartition de l'incidence estimée de la syphilis par 100 000 habitants et par groupe d'âge pour les 3 régions, 2012**



### 1.4.2 TENDANCE

La tendance à la hausse depuis 2002 se ralentit : entre 2011 et 2012, il y a eu une augmentation de 4 % alors que l'augmentation moyenne des 10 dernières années est de 24 % (Figure 1, page 18).

### 1.4.3 RÉPARTITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE POUR LA SYPHILIS

Sur les 766 enregistrements de syphilis, 642 sont des hommes et 134 des femmes (rapport homme-femme 4,8:1), dont 590 patients avec un premier épisode (475 hommes et 115 femmes).

L'âge moyen est de 41 ans pour les hommes et 42 ans pour les femmes.

On recense 3 cas de syphilis congénitale (2 garçons, 1 fille).

Le dépistage de la syphilis est fortement recommandé au début de la grossesse. (directives KCE, 2004)

#### Répartition selon le sexe

Si nous observons l'évolution du nombre de cas de syphilis par sexe, on constate que la maladie est davantage diagnostiquée chez les hommes que chez les femmes. L'augmentation a été très forte entre 2007 et 2009 en Flandre, et entre 2007 et 2010 en Wallonie et à Bruxelles. Ensuite, il y a eu une stabilisation du nombre d'enregistrements dans les 3 régions (Figure 17).

**Figure 17 |** Évolution du nombre de cas de syphilis par sexe en Belgique et dans les 3 régions, 2002-2012



### 1.4.4 RÉINFECTIONS

On constate que certains patients atteints de syphilis sont réinfectés plusieurs fois. Ceci est principalement dû aux comportements sexuels à risque récurrents. Une sérologie VIH positive favorise aussi la transmission de la syphilis.

Avec cette information, il nous semble intéressant d'illustrer en détail l'évolution du **nombre de patients enregistrés pour une première infection de syphilis et le nombre de patients déjà enregistrés lors des années précédentes.**

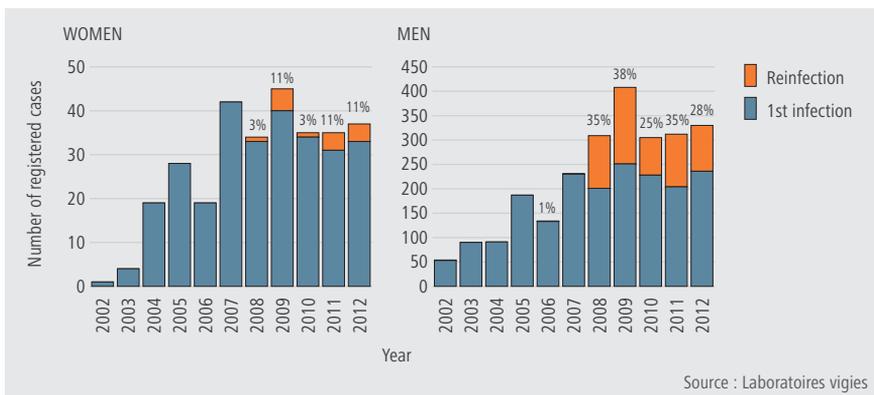
**Cela donne un aperçu de l'évolution et du nombre de primo-infections ainsi que du nombre de réinfections** par sexe en Belgique et dans les 3 régions (Figure 18).

Le rapport entre le pourcentage de patients réinfectés et le nombre total de patients est également présenté.

**Figure 18 |** Évolution du nombre de premières infections et de réinfections de syphilis chez l'homme et la femme, en Belgique, 2002-2012



**Figure 18a |** Évolution du nombre de premières infections et de réinfections de syphilis chez l'homme et la femme, en Flandre, 2002-2012



**Figure 18b |** Évolution du nombre de premières infections et de réinfections de syphilis chez l'homme et la femme, en Wallonie, 2002-2012



**Figure 18c |** Évolution du nombre de premières infections et de réinfections de syphilis chez l'homme et la femme, à Bruxelles, 2002-2012



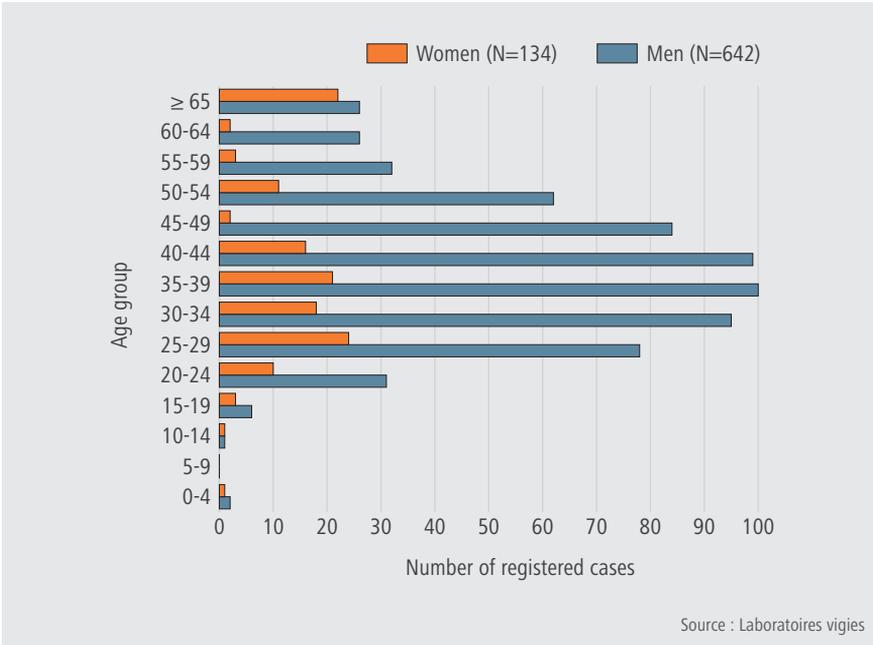
### Répartition selon le groupe d'âge

Beaucoup de personnes âgées sont enregistrés avec la syphilis : 25 % des hommes ont plus de 50 ans, 10 % plus de 60 ans. On n'observe pas de différence entre les régions.

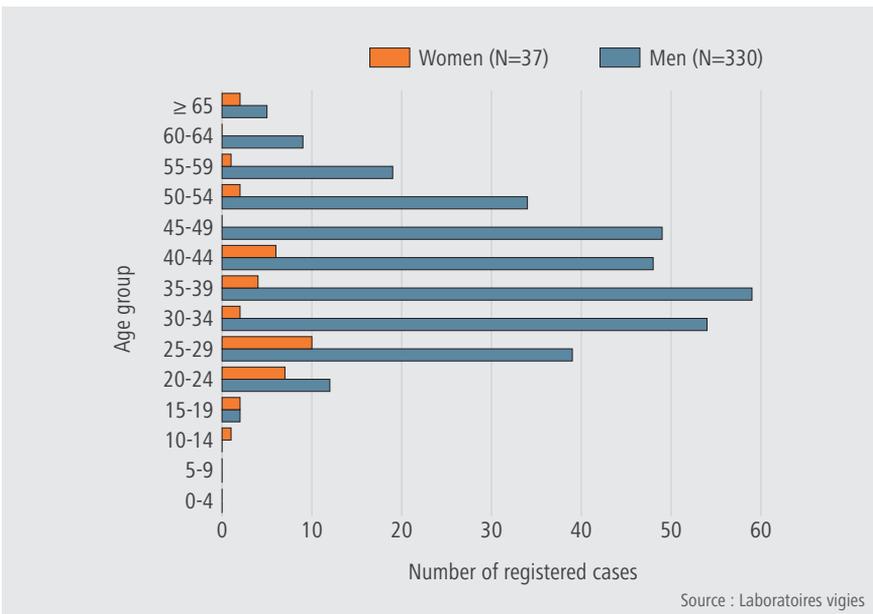
Chez les femmes, en Flandre et en Wallonie, 25 % des femmes infectées ont plus de 41 ans, contre 58 ans à Bruxelles (Figure 19).

**Remarque :** les données relatives à l'âge doivent être interprétées avec prudence. Chez les patients les plus âgés, les infections syphilis peuvent en effet être d'anciennes infections traitées rendant encore positifs les tests sérologiques.

**Figure 19 | Répartition des cas de syphilis par sexe et par groupe d'âge en Belgique, 2012**



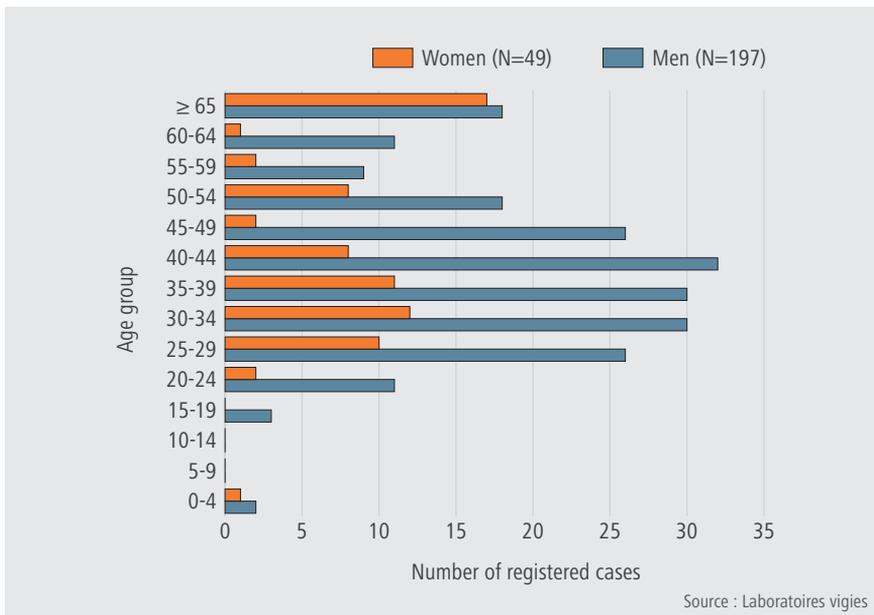
**Figure 19a | Répartition des cas de syphilis par sexe et par groupe d'âge en Flandre, 2012**



**Figure 19b | Répartition des cas de syphilis par sexe et par groupe d'âge en Wallonie, 2012**



**Figure 19c | Répartition des cas de syphilis par sexe et par groupe d'âge à Bruxelles, 2012**



### 1.4.5 COMPARAISON INTERNATIONALE (RAPPORT ECDC)

Nous comparons la répartition selon l'âge et le rapport entre les sexes de la Belgique avec les pays voisins et l'ensemble de l'Europe.

Nous comparons la Belgique aux Pays-Bas, à la France, au Royaume-Uni et au Luxembourg.

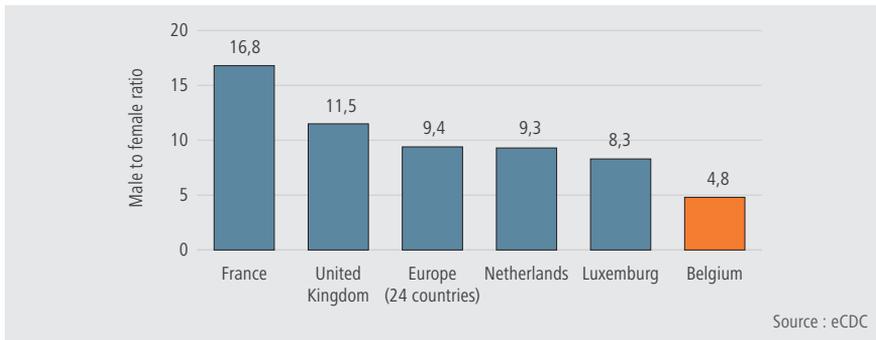
En 2011, pour la syphilis, 24 pays ont signalé 20 040 cas à l'ECDC. (eCDC, base de données Tessy)

La syphilis est davantage signalée chez les hommes que chez les femmes (9,4 fois plus d'hommes que de femmes).

La Belgique présente un rapport homme-femme plus faible que les pays voisins.

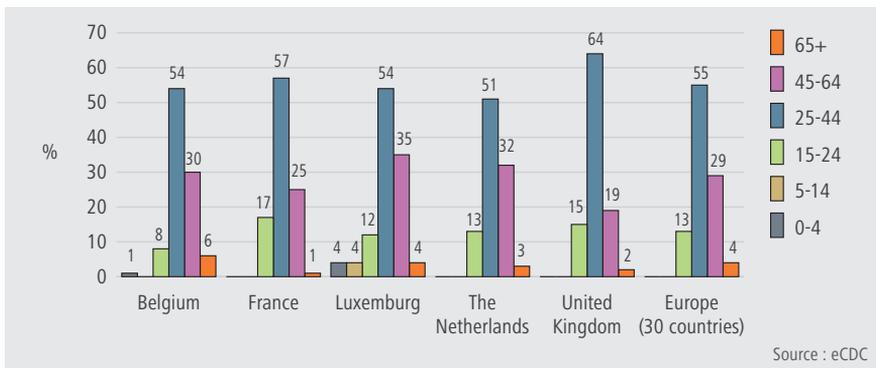
La figure 20 compare le rapport homme-femme en Europe et en Belgique, et dans les pays voisins.

**Figure 20 | Rapport homme/femme pour la syphilis, Belgique, pays voisins, Europe, 2011**



Le rapport homme/femme varie fortement entre les pays. La France a clairement le rapport homme-femme le plus élevé.

**Figure 21 | Répartition par âge (%) pour la syphilis, Belgique, pays voisins, Europe, 2011**



La répartition selon l'âge est assez similaire dans les différents pays. Pour la Belgique, on constate que le groupe d'âge 25-44 ans, suivi par celui de 45-64 ans, représente 84 % des cas. Le groupe de plus de 65 ans est le plus fortement représenté en Belgique.

Le mode de transmission est connu pour 6398 cas, signalés dans 16 pays. Dans ce groupe, les HSH représentent 55 % des patients atteints de syphilis. Ces données diffèrent d'un pays à l'autre : 1 % d'HSH en Lituanie, 10 % d'HSH en Estonie et jusqu'à 83 % d'HSH en Europe occidentale et dans les pays scandinaves.

Les données de la Belgique correspondent à celles de la plupart des pays d'Europe occidentale (voir déterminants et profil à risque page 61).

Vingt et un pays ont signalé des cas de syphilis congénitale, avec un total de 59 cas. En Belgique, grâce à la politique de dépistage prénatal de la syphilis, l'infection congénitale à la syphilis est rare.

Pour de plus amples informations sur le **réseau sentinelle des laboratoires vigies de microbiologie** et les résultats obtenus, voir

- <https://www.wiv-isp.be/epidemie/epifr/plabfr/plabanfr/index11.htm>

Pour de plus amples informations sur les **notifications obligatoires** dans les communautés, voir

- <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Maladies/Maladies-infectieuses/> (Agentschap Zorg en Gezondheid de la Communauté flamande)
- <http://www.sante.cfwb.be> (Fédération Wallonie-Bruxelles) et
- <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/institutions-agrees/politique-de-la-sante/maladies-transmissibles> (Région de Bruxelles-Capitale)

Les résultats des données sur la gonorrhée et la syphilis se trouvent aux annexes 1 et 2, respectivement.

Pour de plus amples informations sur les **données collectées en Europe**, voir le site web de l'ECDC

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

# RÉSULTATS

## 2 DÉTERMINANTS ET PROFILS À RISQUE

### 2.1 DESCRIPTION DU RÉSEAU

Fin 2012, 38 sites médicaux participaient à la surveillance. La répartition selon le type de site médical à travers les 3 régions se présente comme suit (Figure 22).

**Figure 22 | Répartition des sites médicaux participant au réseau sentinelle des IST dans les 3 régions, 2012**



En 2012, 776 IST ont été enregistrées chez 684 patients. Il s'agit de patients dont le sexe et l'âge sont connus.

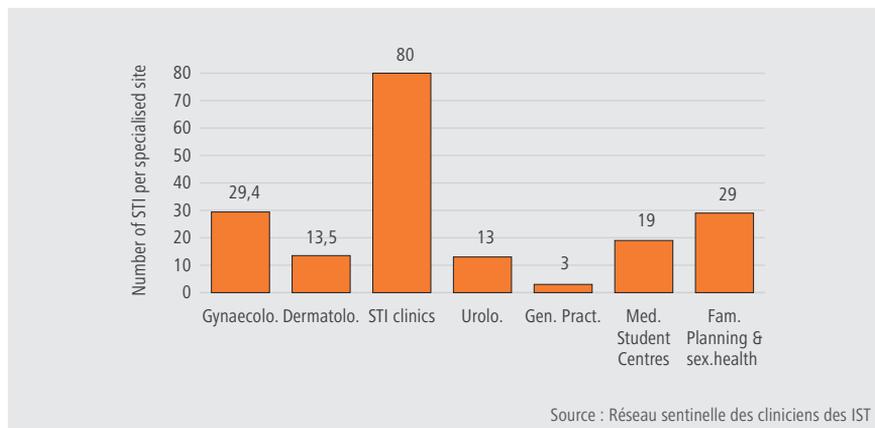
Le nombre moyen d'IST enregistrées varie par spécialisation des sites médicaux (Figure 23).

Les cliniques IST diagnostiquent nettement plus d'IST, avec une moyenne de 80 par an. Vu leur spécialisation, elles sont principalement contactées par les patients ayant un risque plus élevé de présenter une IST. Les gynécologues peuvent dépister à temps les IST chez les femmes, surtout les cas asymptomatiques, dans le cadre d'un examen annuel ou d'un dépistage prénatal. Ils enregistrent en moyenne 29 cas par an. En moyenne, un médecin généraliste enregistre seulement 3 cas par an, mais ces médecins remplissent un rôle très important pour diagnostiquer et traiter à temps les IST dans la population générale.

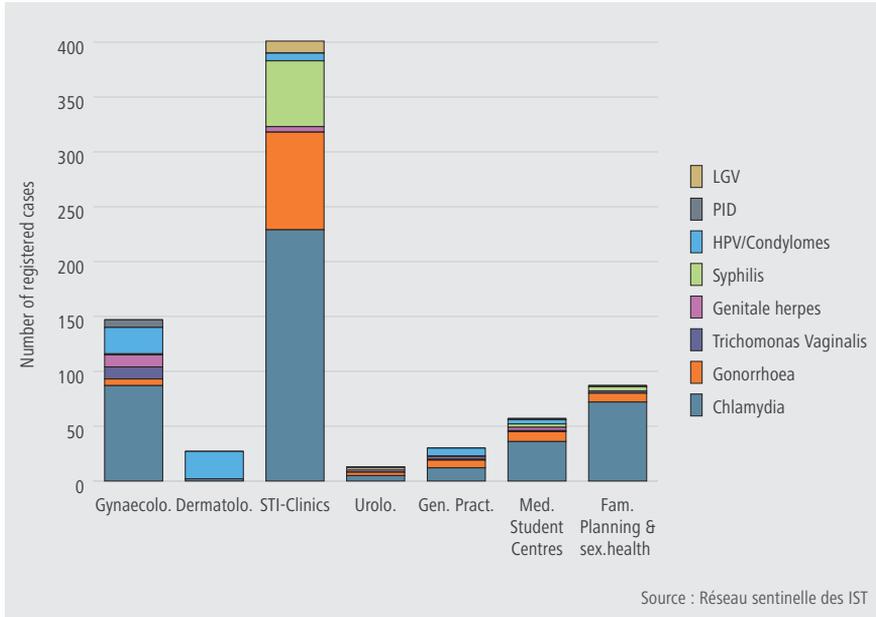
Les infections à *Chlamydia* sont diagnostiquées par pratiquement chaque spécialité, à l'exception des dermatologues. Ceux-ci, en revanche, semblent jouer un rôle principal dans le diagnostic des condylomes.

Les urologues, les médecins généralistes et les centres médicaux pour étudiants sont importants pour diagnostiquer à temps un large éventail d'IST. Les quelques cas de LGV sont uniquement signalés par les cliniques IST. (Figure 24)

**Figure 23 | Nombre moyen d'enregistrements d'IST par spécialisation du site médical dans le réseau sentinelle des cliniciens, 2012**



**Figure 24 | Répartition des IST enregistrées par type de centre médical dans le réseau sentinelle des cliniciens, 2012**



## 2.2 VUE D'ENSEMBLE DE LA POPULATION DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE IST

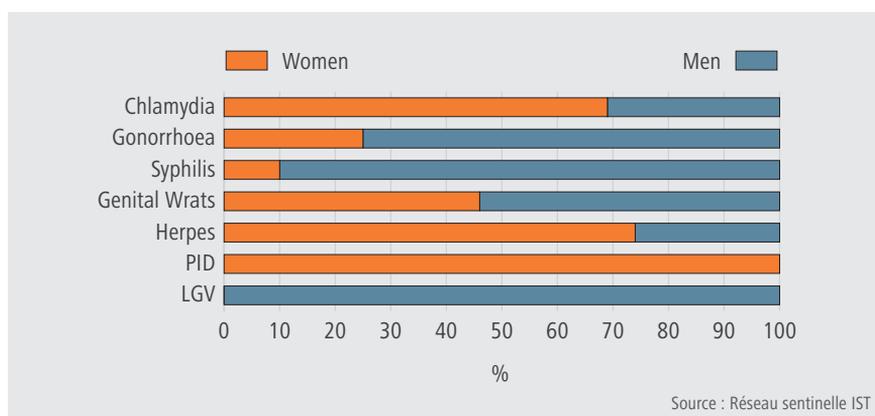
### 2.2.1 VUE D'ENSEMBLE PAR SEXE ET PAR ÂGE

#### Sexe

L'infection à *Chlamydia* et l'herpès sont le plus souvent constatés chez les femmes. La gonorrhée et la syphilis sont le plus souvent constatées chez les hommes. Les condylomes sont aussi souvent constatés chez l'homme que chez la femme. Le LGV est constaté uniquement chez les hommes. Le PID est constaté uniquement chez les femmes.

La Figure 25 donne une vue d'ensemble du rapport homme-femme par IST.

**Figure 25 | Rapport homme-femme (%) des patients présentant une IST par IST, réseau sentinelle des cliniciens, 2012**



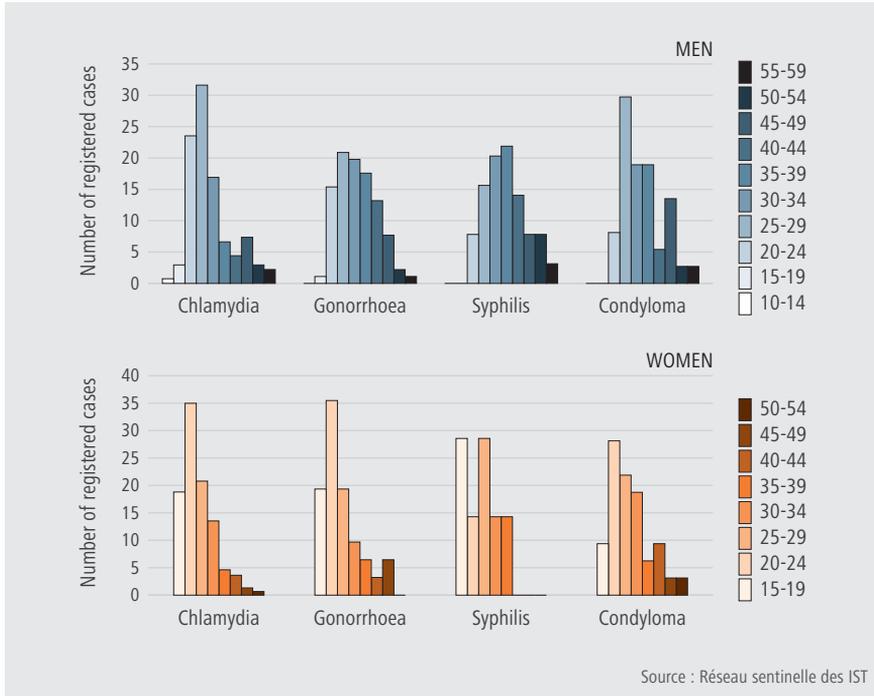
#### Âge

Chez les hommes, les infections à *Chlamydia* sont le plus souvent constatées chez les 20-29 ans, tandis que la syphilis et la gonorrhée sont plutôt observées dans les catégories d'âge supérieures.

Chez les femmes, les groupes d'âge les plus jeunes (15-34 ans) sont clairement les plus représentés pour l'infection à *Chlamydia*, la gonorrhée et le HPV tandis que la syphilis est plutôt observée dans les catégories d'âge supérieures.

La répartition selon l'âge, des IST les plus fréquentes, est présentée par sexe à la figure 26.

**Figure 26 | Répartition proportionnelle des âges pour les IST les plus fréquemment rapportées, réseau sentinelle des cliniciens IST, 2012**



## 2.2.2 CO-INFECTIONS

Plus d'une IST a été diagnostiquée au même moment (11 % des patients IST) chez 28 hommes et 27 femmes. Dans ce groupe, 7 hommes et 4 femmes présentaient 3 IST ou plus.

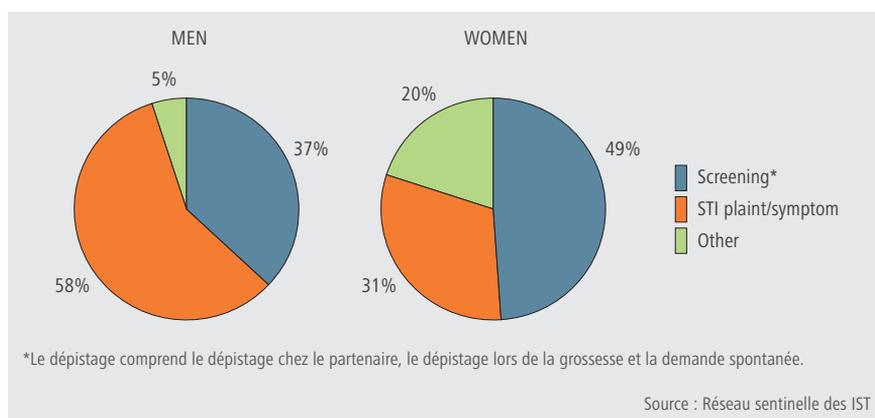
La combinaison la plus fréquente est l'infection à *Chlamydia* et la gonorrhée (70 %). Chez 9 % des femmes atteintes d'une infection à *Chlamydia*, une complication PID a été enregistrée.

Onze pourcent des hommes atteints d'une infection à *Chlamydia* ont été enregistrés avec la variante LGV.

### 2.2.3 MOTIF DE LA CONSULTATION

Chez 648 patients (95 %), nous connaissons le motif de la consultation. Les hommes contactent plus souvent un médecin à la suite d'une plainte spécifique : 58 % des hommes contre 31 % des femmes. Le dépistage joue également un rôle important dans la détection des IST ; chez 49 % des femmes et 37 % des hommes, une IST a été diagnostiquée grâce au dépistage (Figure 27).

**Figure 27 |** Motif de la consultation pour IST des hommes et des femmes, réseau sentinelle des cliniciens, 2012



Les hommes contactent plus souvent un médecin en raison d'une plainte spécifique.

Le pourcentage de dépistage le plus élevé parmi les patients enregistrés présentant une IST a été observé auprès des centres de planning familial (80 %), chez les gynécologues (60 %) et dans les cliniques IST (60 %). Le pourcentage le plus faible est observé chez les médecins généralistes (15 %).

Il est très fortement recommandé de développer des directives de dépistage des IST et des formations sur la consultation concernant les IST, à l'intention des médecins généralistes.

Dans ce réseau des IST, on constate que les gynécologues diffèrent entre eux en ce qui concerne le dépistage, avec une variation de 0 à 80 %.

Quatorze des 129 femmes (11 %) atteintes d'une infection à *Chlamydia* ont été dépistées lors de la grossesse par un seul des gynécologues participant.

Le nombre d'infections à *Chlamydia* périnatales est de 0,6 % (N=4) des enregistrements d'infections à *Chlamydia* via ce réseau sentinelle des cliniciens. Ce chiffre correspond à 0,6 % (N=27) des enregistrements des infections à *Chlamydia* périnatales et pédiatriques (< 5 ans) via les laboratoires vigies (voir partie 1 page 25).

Le dépistage de l'infection à *Chlamydia* et de la gonorrhée doit être recommandé, vu l'absence de symptôme et les complications possibles (comme le PID) et les problèmes de fertilité à moyen et à long terme.

Les dépistages suivants devraient être élargis à un dépistage de l'infection à *Chlamydia* et de la gonorrhée :

1. Le dépistage existant de HPV à l'occasion d'une consultation de contrôle gynécologique
2. Le dépistage prénatal de la syphilis, qui existe déjà (Réf. KCR report 6A, 2004)

#### 2.2.4 NOTIFICATION DU PARTENAIRE

Dans cette surveillance, seuls 41 patients IST ont été signalés dans le cadre d'un dépistage du partenaire.

Quarante-quatre pourcent des patients IST enregistrés ont déclaré avertir le partenaire, 13 % signalent explicitement ne pas avertir le partenaire et 43 % n'ont pas répondu à la question.

Il conviendrait de généraliser le dépistage des partenaires lors de chaque consultation IST afin de trouver les porteurs asymptomatiques et diminuer la diffusion.

#### 2.2.5 LIEU DE RÉSIDENCE, ORIGINE ET NIVEAU D'INSTRUCTION

L'origine est connue pour 668 (98 %) individus, vus par le réseau sentinelle de cliniciens ; 425 (64 %) patients sont belges.

Pour 597 patients, une résidence est enregistrée en Belgique, avec 354 cas en Flandre et 243 cas à Bruxelles et en Wallonie. Le rapport entre le nombre d'enregistrements de Flandre et de Wallonie-Bruxelles est de 1,46, ce qui correspond à la répartition de la population (1,35).

Le tableau 5 donne un aperçu de la répartition par pays d'origine.

**Tableau 5 | Répartition des patients présentant une IST selon le pays d'origine, 2012**

| Country of Origin  | Number of patients | %            |
|--------------------|--------------------|--------------|
| Belgium            | 425                | 62,1         |
| Other EU country   | 111                | 16,2         |
| Subsaharian Africa | 53                 | 7,8          |
| North Africa       | 39                 | 5,7          |
| Asia               | 18                 | 2,6          |
| South America      | 15                 | 2,2          |
| North America      | 3                  | 0,4          |
| Oceania            | 2                  | 0,3          |
| South Africa       | 2                  | 0,3          |
| Unknown            | 16                 | 2,3          |
| <b>Total</b>       | <b>684</b>         | <b>100,0</b> |

Source : Réseau sentinelle IST

Malgré le fait que la grande majorité des patients présentant une IST sont belges, une attention particulière aux migrants est recommandée.

Le niveau d'instruction est connu dans 56 % des cas (n=383). Le tableau 6 donne une vue d'ensemble de la répartition du niveau d'instruction par région.

**Tableau 6 | Répartition des patients présentant une IST par niveau d'instruction dans les 3 régions, 2012**

| Country of Origin        | Number of patients | %             |
|--------------------------|--------------------|---------------|
| No education             | 7                  | 1,02          |
| Primary School           | 16                 | 2,34          |
| Secondary School         | 63                 | 9,21          |
| Technical School         | 37                 | 5,41          |
| Vocational School        | 71                 | 10,38         |
| High School & University | 189                | 27,63         |
| Unknown                  | 301                | 44,01         |
| <b>Total</b>             | <b>684</b>         | <b>100,00</b> |

Source : Réseau sentinelle IST

La plupart des patients présentant une IST ont suivi l'enseignement supérieur. Cela peut s'expliquer en partie par le comportement des patients confrontés à des difficultés socio-économiques, qui sont moins enclins à consulter un médecin.

## 2.2.6 COMPORTEMENT À RISQUE

### Orientation sexuelle

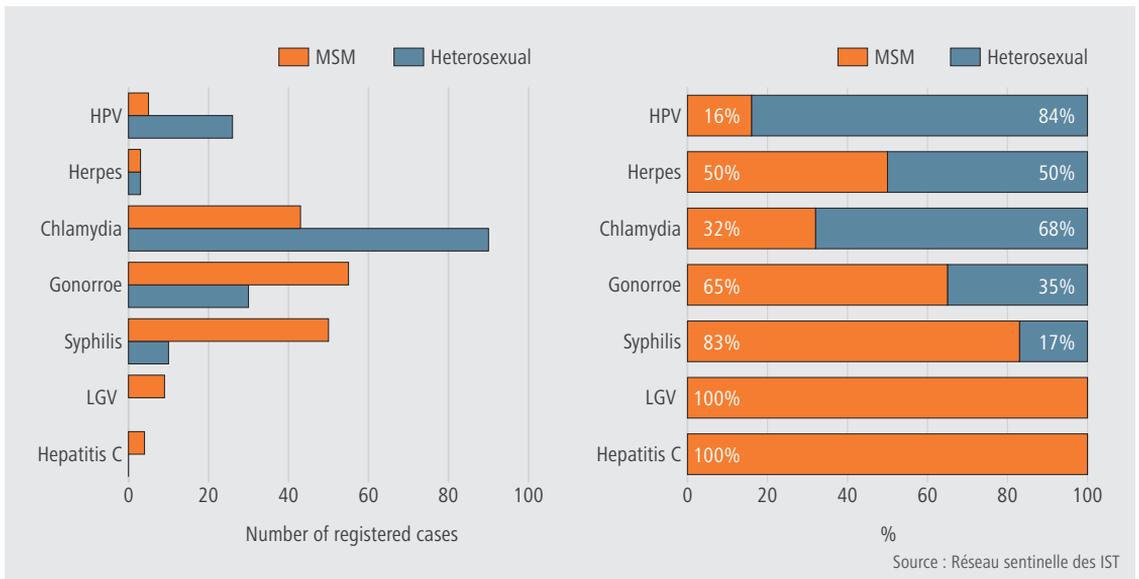
L'orientation sexuelle est connue pour 92 % (N=628) des patients enregistrés en 2012.

Pour les femmes, l'information est connue dans 340 cas (90 %) : 96 % signalent une orientation hétérosexuelle.

Pour les hommes, l'information est connue dans 286 cas (94 %) : 140 (49 %) signalent avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et 146 (51 %) une orientation hétérosexuelle.

La figure 28 montre la répartition des IST chez les hommes selon l'orientation sexuelle.

**Figure 28 | Répartition des hommes atteints d'une IST selon l'orientation sexuelle, en pourcentage et en nombre de cas enregistrés, Belgique, 2012**



Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) sont exposés à presque toutes les IST, principalement la syphilis, l'infection à *Chlamydia* et la gonorrhée.

Les hommes d'orientation hétérosexuelle sont exposés à l'infection à *Chlamydia*, au HPV et à la gonorrhée.

Le LGV et l'hépatite C sont exclusivement diagnostiqués chez les HSH.

Si nous examinons le pays d'origine des hommes et leur orientation sexuelle, la répartition observée est la suivante (Tableau 7).

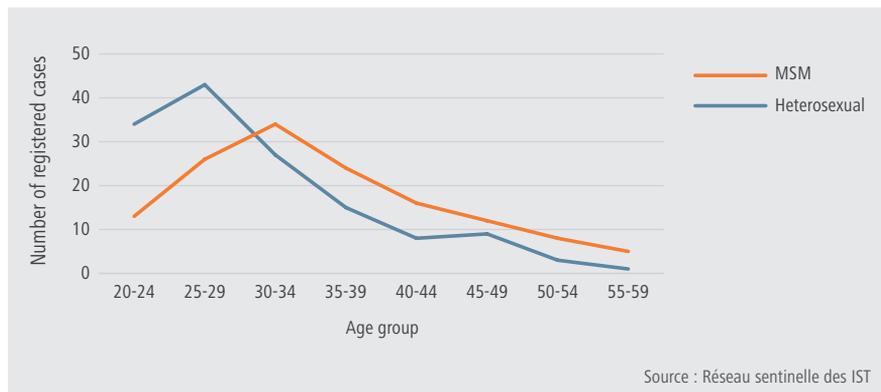
**Tableau 7 | Répartition des hommes selon l'orientation sexuelle et l'origine, Belgique, 2012**

| Country of Origin  | MSM | Heterosexual | total | % MSM |
|--------------------|-----|--------------|-------|-------|
| Belgium            | 153 | 85           | 238   | 64    |
| Belgium            | 84  | 84           | 168   | 50    |
| Other Eur country  | 29  | 17           | 46    | 63    |
| Subsaharian Africa | 2   | 18           | 20    | 10    |
| North Africa       | 4   | 16           | 20    | 20    |
| Asia               | 5   | 4            | 9     | 56    |
| South America      | 7   | 3            | 10    | 70    |
| North Amerca       | 1   | 1            | 2     | 50    |
| Oceania            | 1   | 0            | 1     | 100   |
| South Africa       | 0   | 1            | 1     | 0     |

Source : Réseau sentinelle des IST

La répartition selon l'orientation sexuelle chez les hommes diffère selon le groupe d'âge (Figure 29). La proportion d'hommes HSH est plus importante à partir de 30 ans.

**Figure 29 | Répartition des hommes atteints d'une IST selon l'orientation sexuelle et le groupe d'âge, 2012**

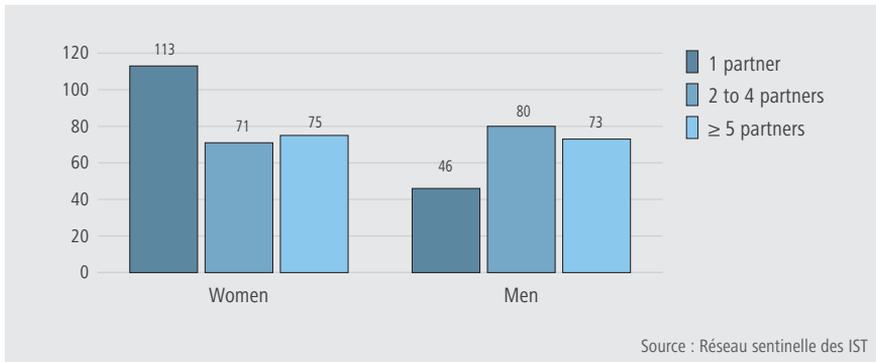


### Nombre de partenaires sexuels

Cent cinquante-neuf patients (35 %) signalent avoir eu 1 partenaire au cours des 6 derniers mois précédant la consultation IST, 152 (33 %) signalent avoir eu 2 à 4 partenaires et 148 (32 %) signalent 5 partenaires ou plus.

La répartition selon le sexe est reprise à la figure 30.

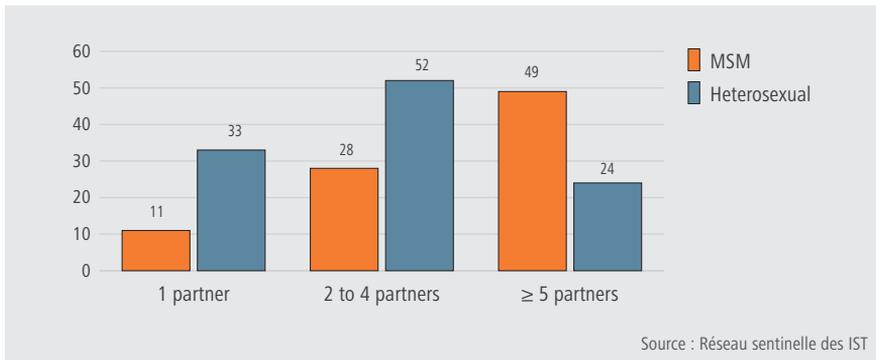
**Figure 30 | Répartition des patients IST selon le sexe et le nombre de partenaires au cours des 6 derniers mois précédant la consultation IST, 2012**



La plupart des femmes (96 %) ont une orientation hétérosexuelle.

Il est intéressant d'examiner l'orientation sexuelle des hommes et le nombre de partenaires sexuels (Figure 31).

**Figure 31 | Répartition des patients masculins présentant une IST selon le nombre de partenaires sexuels et l'orientation sexuelle, 2012**

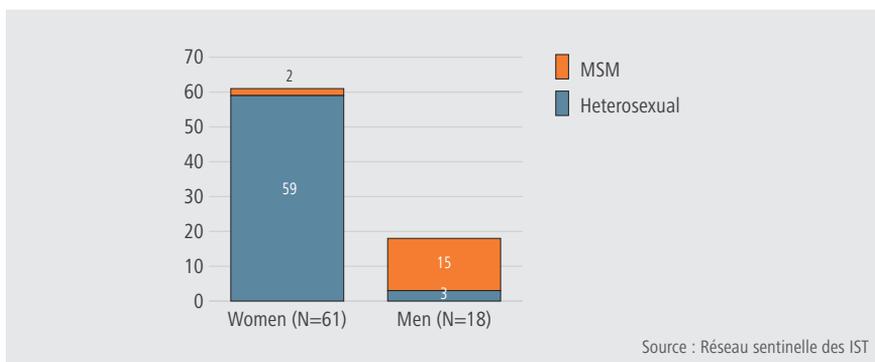


### Relations sexuelles en groupe

Soixante et une femmes et 18 hommes indiquent participer à des relations sexuelles en groupe.

Chez les femmes, il s'agit essentiellement de patientes à orientation hétérosexuelle. La figure 32 montre la répartition des patients IST par sexe, selon l'orientation sexuelle.

**Figure 32 | Répartition des patients présentant une IST ayant signalé des relations sexuelles en groupe, par sexe et selon l'orientation sexuelle, Belgique, 2012**

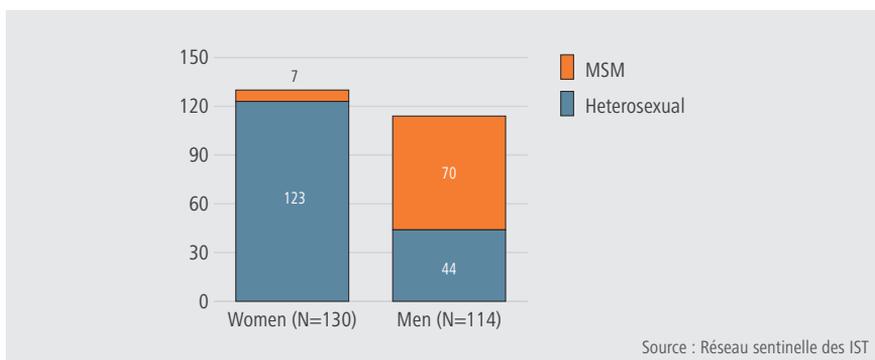


### Fellation

130 femmes et 114 hommes ont indiqué pratiquer la fellation, un comportement à risque.

Chez les femmes, il s'agit essentiellement de patientes à orientation hétérosexuelle. La figure 33 montre la répartition des patient(e)s IST par sexe, selon l'orientation sexuelle.

**Figure 33 | Répartition des patient(e)s présentant une IST ayant signalé pratiquer la fellation, par sexe et selon l'orientation sexuelle, Belgique, 2012**



### Prostitution

Soixante-deux femmes et treize hommes indiquent exercer des activités de prostitution. Cette information n'est pas connue pour 27 % des enregistrements. Sur les 62 femmes, 19 (47 %) sont belges, 28 sont européennes non belges, 3 sont nord-africaines, 3 sont asiatiques, 4 sont latino-américaines et 1 est originaire d'Afrique subsaharienne.

Quatre-vingt-huit pourcent (N=66) de ces prostituées ont consulté un centre médical s'adressant spécifiquement à ce groupe cible.

Vingt-cinq hommes ont signalé fréquenter des prostituées. Cette information est connue pour 41 % des enregistrements.

### Consommation de drogues intraveineuses

Treize patients indiquent des contacts sexuels avec des consommateurs de drogues intraveineuses. Il s'agit de 5 hommes et de 8 femmes. Au total, 5 patients signalent un usage de drogues intraveineuses. Il s'agit de 2 hommes et de 3 femmes.

### Lieu de contamination

Pour 542 patients (79 %), le lieu de contamination est connu. 43 (8 %) ont été contaminés à l'étranger.

La proportion des patients infectés à l'étranger selon le pays origine est reprise au tableau 8.

**Tableau 8 | Répartition des hommes selon l'orientation sexuelle et le pays d'origine, 43 centres médicaux, Belgique, 2011**

| Country of Origin  | Number of patients | Infected outside Belgium |            |
|--------------------|--------------------|--------------------------|------------|
| Belgium            | 345                | 17                       | 5 %        |
| Other Eur. country | 90                 | 12                       | 13 %       |
| Subaharian Africa  | 41                 | 4                        | 10 %       |
| North Africa       | 27                 | 4                        | 15 %       |
| Asia               | 12                 | 1                        | 8 %        |
| South America      | 12                 | 2                        | 17 %       |
| North Amerca       | 3                  | 0                        | 0 %        |
| Oceania            | 2                  | 1                        | 50 %       |
| South Africa       | 2                  | 1                        | 50 %       |
| <b>Total</b>       | <b>534</b>         | <b>42</b>                | <b>8 %</b> |

Source : Réseau sentinelle IST

Les voyages à l'étranger comptent parmi les facteurs de risque de contamination par une IST. Lors des consultations de médecine des voyages, cette donnée pourrait être prise en compte et un dépistage opportuniste pourrait être réalisé.

### Utilisation du préservatif

L'utilisation du préservatif est la plus importante mesure de prévention, indépendamment de l'orientation sexuelle.

Soixante-deux pourcent des patients déclarent ne pas employer de préservatif et 80 % indiquent ne pas avoir utilisé de préservatif lors de leur dernière relation sexuelle.

## 2.2.7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS SUR LES GROUPES ET COMPORTEMENTS À RISQUE

### **La transmission des IST est liée à un comportement à risque, comme :**

- › changement fréquent de partenaire (au moins 2 durant les 6 derniers mois)
- › participation à des relations sexuelles en groupe
- › échange de partenaire
- › fellation
- › ne pas prévenir le/la partenaire sexuel(le) quand on a une IST
- › ne pas utiliser de préservatif

### **Il existe un certain nombre de groupes présentant un risque accru de contamination par IST, comme :**

- › les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- › les personnes pratiquant l'échangisme
- › les prostitué(e)s
- › les consommateurs de drogue par intraveineuse
- › les voyageurs

### **Le dépistage des IST est recommandé :**

- › chez les hommes et les femmes ne présentant pas de plaintes, mais étant inquiets après une relation sexuelle
- › dans les groupes à risque spécifiques :
  - les hommes et femmes avec des partenaires sexuels différents ou participant à des relations sexuelles en groupe
  - les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, avec des partenaires différents
  - les prostitué(e)s
  - les consommateurs de drogue par intraveineuse
  - les migrants en situation précaire
  - les voyageurs ayant eu des relations sexuelles à l'étranger, autres qu'avec leur partenaire fixe
- › chez la-le(s) partenaire(s) sexuelles d'une personne ayant une IST
- › chez les femmes enceintes

### Situation concernant le test du VIH

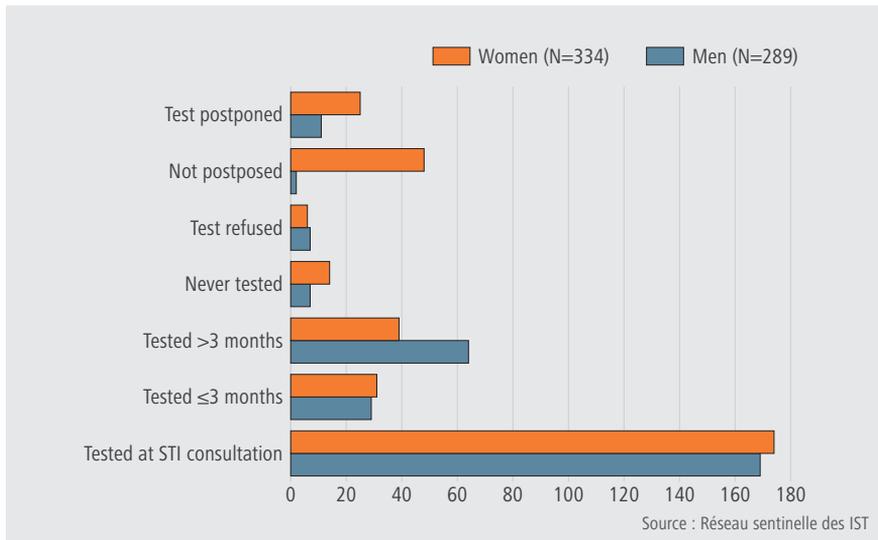
Pour 627 patients IST (92 %), nous possédons des informations sur les circonstances ayant justifié la réalisation du test VIH.

Cinquante-quatre pourcent (N=343) des patients ont été testés à l'occasion de la consultation IST.

Dans 19 % (N=120) des cas, aucun test n'a été effectué, aucun test n'a été proposé à 8 % des patients, 2 % ont refusé le test, pour 6 % le test a été reporté à une date ultérieure et 3 % des patients ont été enregistrés comme "jamais testés".

La figure 34 reprend une répartition des patients IST selon le sexe et les circonstances dans lesquelles le test VIH a été effectué.

**Figure 34 | Répartition des patients IST selon le sexe et les circonstances du test VIH, Belgique, 2012**



### Diagnostic IST et statut sérologique du VIH

Le statut VIH a été signalé pour 74 % (N=506) de tous les patients IST enregistrés en 2012 (N=684). 14 % d'entre eux (N=70) sont séropositifs pour le VIH.

Sur les 70 patients séropositifs pour le VIH, plus de 96 % sont de sexe masculin (N=67).

Pour 3 % (N=14), le diagnostic a été posé à l'occasion de la consultation IST, les autres connaissaient leur statut sérologique.

Pour 7 personnes, le diagnostic a été posé moins de trois mois auparavant, le jour de la consultation étant pris comme date de référence. (Tableau 9)

**Tableau 9 | Circonstances du test VIH et séropositivité pour le VIH des patients IST des centres médicaux**

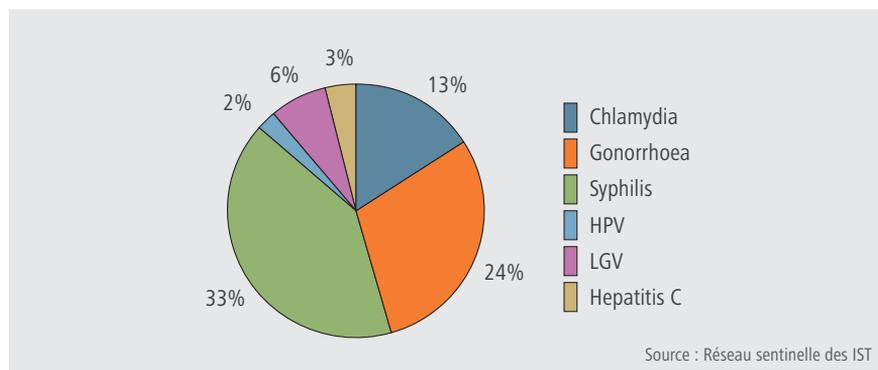
|                                 | Nb of Patients | % Patients          |     |      |
|---------------------------------|----------------|---------------------|-----|------|
| Not tested - HIV status unknown | 178            |                     |     |      |
| Tested as Hiv negative          | 436            | at STI consultation | 330 | 65 % |
|                                 |                | < 3 months          | 52  | 10 % |
|                                 |                | > 3 months          | 54  | 11 % |
| Tested as HIV positive          | 70             | at STI consultation | 14  | 3 %  |
|                                 |                | < 3 months          | 7   | 1 %  |
|                                 |                | > 3 months          | 49  | 10 % |
| <b>Total</b>                    | <b>684</b>     | <b>506</b>          |     |      |

Source : Réseau sentinelle des IST

La majorité (65 %) des hommes séropositifs pour le VIH sont de nationalité belge (N=43) ; 12 hommes sont originaires d'un autre pays européen, 4 d'Afrique du Nord, 4 d'Amérique du Nord, 3 d'Afrique subsaharienne, 3 d'Amérique latine et 1 d'Asie. Concernant l'orientation sexuelle, 62 hommes (92 %) indiquent une orientation homosexuelle/bisexuelle et 3 hommes une orientation hétérosexuelle.

La figure 35 présente la répartition des diagnostics IST enregistrés en 2012 dans le réseau sentinelle des cliniciens chez les patients séropositifs pour le VIH. 91 % de ces patients sont des HSH et près de 70 % des diagnostics IST chez les patients séropositifs pour le VIH concernent la syphilis et la gonorrhée.

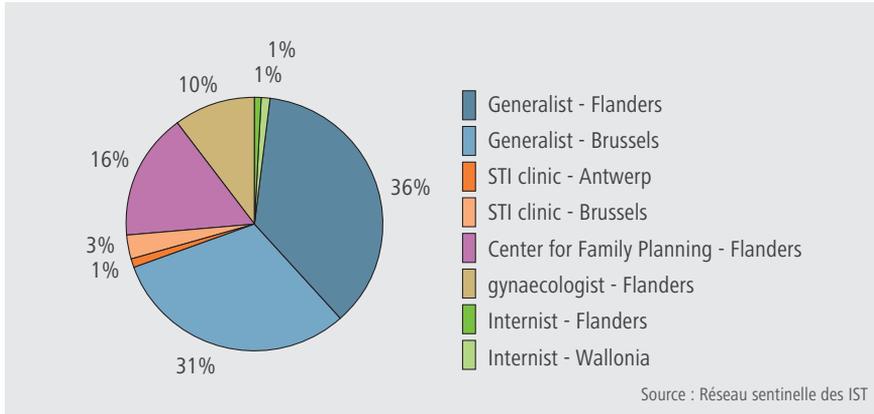
**Figure 35 | Répartition des IST chez les patients séropositifs pour le VIH enregistrés dans les centres médicaux, 2012**



Source : Réseau sentinelle des IST

La figure 36 montre les centres médicaux dans lesquels a été diagnostiquée une co-infection IST-VIH.

**Figure 36 | Répartition des sites médicaux qui ont enregistré des patients co-infectés IST-VIH, 2012**



## 2.2.8 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS AUTOUR DU VIH ET DES CO-INFECTIONS IST

Il est recommandé de combiner les test IST et VIH parce que tout patient présentant une IST risque aussi d'avoir été contaminé par le VIH. Le mode de transmission est identique.

Le plupart des patients infectés par le VIH et présentant une IST ont une orientation homosexuelle. La co-infection la plus fréquente avec le VIH est l'infection par la syphilis.

## 2.2.9 STATUT SÉROLOGIQUE DE L'HÉPATITE B

### Généralités

Pour 66 % (N=452) de tous les patients IST enregistrés, des informations sérologiques sont disponibles pour l'hépatite B (VHB) : 51 % (N=230) sont vaccinés, 1 % (N=4) présente une infection active chronique, 8 % (N=38) ont une infection ancienne et 40 % (N=180) sont enregistrés comme négatifs et ne sont pas vaccinés.

### VHB positifs

Sur les 42 patients ayant un statut sérologique positif pour l'hépatite B, on compte 33 hommes (79 %), parmi lesquels 2 prostitués et 20 HSH (61 % des hommes séropositifs pour le VHB). Parmi les 9 femmes, une est active dans le milieu de la prostitution.

### Personnes vaccinées

Sur les 230 patients vaccinés, on dénombre 120 hommes, dont 9 prostitués et 62 HSH. Parmi les 110 femmes, 31 travaillent comme prostituées.

### Prostitué(e)s

Pour les femmes (N=62) actives dans la prostitution enregistrées via ce réseau, la proportion vaccinée contre l'hépatite B est de 50 %. Il y a aussi 13 prostitués masculins enregistrés avec une IST, dont 9 vaccinés (70 %).

### Orientation sexuelle

Pour les données connues concernant les hommes ayant des rapports homosexuels et atteints d'une IST, le statut de vaccination contre l'hépatite B est de 62 % en 2012. Dans le groupe d'hommes hétérosexuels, le pourcentage de séropositifs pour le VHB atteint 11 % et les vaccinés 51 % (si les deux variables sont connues). Dans le groupe des femmes non prostituées, le statut de vaccination atteint 47 %, et 4 % sont séropositives pour le VIH.

Le statut de vaccination général du patient IST varie entre 47 et 67 % en fonction du groupe à risque : 47 % chez les prostituées, 53 % chez les HSH, 59 % chez les personnes participant à des relations sexuelles en groupe, 66 % chez les personnes ayant plusieurs partenaires et 67 % chez les personnes pratiquant la fellation.

Les différences par région sont négligeables, bien qu'elles soient perceptibles par type de site médical, comme mentionné au paragraphe ci-dessus.

## 2.2.10 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS AUTOUR DE LA SÉROLOGIE DU VHB

La proposition d'une vaccination contre l'hépatite B est recommandée pour tous les patients IST non encore immunisés, en particulier chez les personnes qui ont souvent des contacts sexuels changeants comme les travailleurs du sexe et les HSH. L'inclusion de cette variable dans l'enregistrement incite à proposer une vaccination.

## 2.3 LE DÉROULEMENT DE L'ENREGISTREMENT, LES RÉSULTATS ET L'AVENIR

Au cours de l'année 2012, la collaboration avec les sites participants s'est bien déroulée. Quelques retards ont été remarqués dans l'enregistrement et deux sites n'ont envoyé leurs dernières notifications qu'en juin 2013.

Ceux-ci n'ont pas été pris en compte dans la présente analyse, mais seront toutefois ajoutés aux données de 2012 pour les publications et présentations ultérieures.

En 2012, 2 centres ont quitté le réseau de surveillance et 3 nouveaux centres sont venus s'ajouter. Ce système de surveillance des IST répond aux objectifs des communautés qui entendent optimiser l'enregistrement des IST, car le réseau sentinelle permet de collecter des informations épidémiologiques plus spécifiques.

A partir de l'année d'enregistrement 2013, le réseau des médecins vigies du WIV-ISP participera à l'enregistrement des IST. Grâce à cela, on obtiendra de l'information sur les déterminants des IST dans la population générale qui ne consulte pas dans des centres IST spécialisés.

Des analyses individuelles sont effectuées pour les centres qui enregistrent plus de 20 IST par an.

Chaque année, un séminaire IST est organisé, des points d'accréditation dans la catégorie «éthique et économie» étant attribués aux médecins présents.

Après communication aux pouvoirs publics et aux médecins participants, les données collectées via ce réseau sentinelle sont mises à la disposition de toutes les personnes intéressées par la santé sexuelle de notre société.

Ces données sont utilisées activement par les pouvoirs publics pour définir, adapter ou confirmer leur politique. Les associations actives 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 pouvoirs publics et de ces associations.

Ces données peuvent également être utilisées pour rédiger des résumés analytiques ou concevoir des posters lors de la participation à des congrès consacrés aux IST, et pour des publications dans des revues scientifiques.

Chacun des centres peut obtenir à tout moment ses enregistrements et demander des analyses.

Ces données peuvent être utilisées par tout un chacun dans des présentations et des publications moyennant la mention de la source et leur vérification par le projet IST du WIV-ISP. Pour des questions ou des informations complémentaires, il est toujours possible de s'adresser au responsable du projet IST du WIV-ISP.

## LISTE DES HÔPITAUX ET DES SERVICES PARTICIPANTS

|   |            |
|---|------------|
| Helpcenter de l'IMT   | Anvers     |
| AZ Stuivenberg, service urologie  | Anvers     |
| UZ Antwerpen, service dermatologie  | Anvers     |
| Zurenborg, médecins généralistes  | Anvers     |
| Imeldaziekenhuis, service gynécologie   | Bonheiden  |
| CVS - Artsenkabinet Artevelde   | Gand       |
| Heirnis, médecins généralistes  | Gand       |
| UZ Gent, service dermatologie et gynécologie  | Gand       |
| Pasop vzw   | Gand       |
| Dienst Infectieziekten Virga Jesse  | Hasselt    |
| Huisartsengroepspraktijk  | Louvain    |
| CHU Saint-Pierre (Centre ELISA)   | Bruxelles  |
| CHU Saint-Pierre (S clinic)   | Bruxelles  |
| Planning familial «Aimer à l'ULB»   | Bruxelles  |
| Planning familial «Aimer Jeunes»  | Bruxelles  |
| CHU de Liège (Centre-Ville), service dermatologie   | Liège      |
| CHU de Liège (Sart-Tilman), service gastro-entérologie  | Liège      |
| CHR de la Citadelle, service gynécologie  | Liège      |
| CHU de Charleroi (Arthur Rimbaud), service maladies infectieuses et gynécologie               | Charleroi  |
| Grand Hôpital de Charleroi Notre-Dame, service maladies infectieuses, gynécologie et urologie | Charleroi  |
| Maison médicale de Charleroi  | Charleroi  |
| Clinique Notre-Dame de Grâce, service dermatologie  | Gosselies  |
| Heilig Hart ziekenhuis, service gynécologie   | Roulers    |
| Klinik Sankt-Josef, service dermatologie  | Saint-Vith |
| Collectif contraception   | Seraing    |

# ANNEXE 1

## VARIABLES DANS L'ENREGISTREMENT

| Variables démographiques relatives au patient  | Variabes relatives au diagnostic IST   | Variabes relatives au comportement   | Variabes relatives au statut sérologique du patient   |
|--|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Année de naissance</li><li>• Sexe</li><li>• Nationalité</li><li>• Lieu de résidence en Belgique</li><li>• Niveau d'instruction</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Date du diagnostic</li><li>• Motif de la consultation</li><li>• Diagnostic IST</li><li>• Symptômes</li><li>• Lieu de prélèvement de l'échantillon</li><li>• Historique IST</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientation sexuelle</li><li>• Nombre de partenaires sexuels les 6 derniers mois</li><li>• Relations sexuelles en groupe</li><li>• Fellation</li><li>• Utilisation du préservatif</li><li>• Relation stable</li><li>• Prostitution les 6 derniers mois</li><li>• Contact avec le milieu de la prostitution comme client les 6 derniers mois</li><li>• Usage de drogues intraveineuses les 6 derniers mois</li><li>• Contact sexuel avec un consommateur de drogues intraveineuses les 6 derniers mois</li><li>• Contamination probable à l'étranger</li><li>• Notification au partenaire</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Statut VIH + moment du test</li><li>• Statut hépatite B (VHB) + statut de vaccination</li><li>• Statut hépatite C (VHC)</li><li>• Statut de vaccination HPV</li></ul> |

## ANNEXE 2

### CLASSIFICATION DU DIAGNOSTIC DE LGV

| Criteria  | Classification |          |          |
|---|----------------|----------|----------|
|   | Confirmed      | Probable | Possible |
| LGV-pathology or contact with LGV-patient       | yes            | yes      | yes      |
| Chlamydia trachomatis serology, invasive titers | + / Unknown    | +        | +        |
| PCR-urine or PCR-rectum or PCR-throat           | +              | +        | Unknown  |
| PCR genotype                                    | +              | Unknown  | Unknown  |

Source : Kivi M, Evaluation prompting transition from enhanced to routine surveillance of LGV in the Netherlands, Eurosurveillance, 3 avril 2008, 13(14)

# ANNEXE 3

## RÉSULTATS DES DONNÉES SUR LA GONORRHÉE COLLECTÉES VIA LES CAS À NOTIFICATION OBLIGATOIRE CHEZ LES MÉDECINS CHARGÉS DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES COMMUNAUTÉS

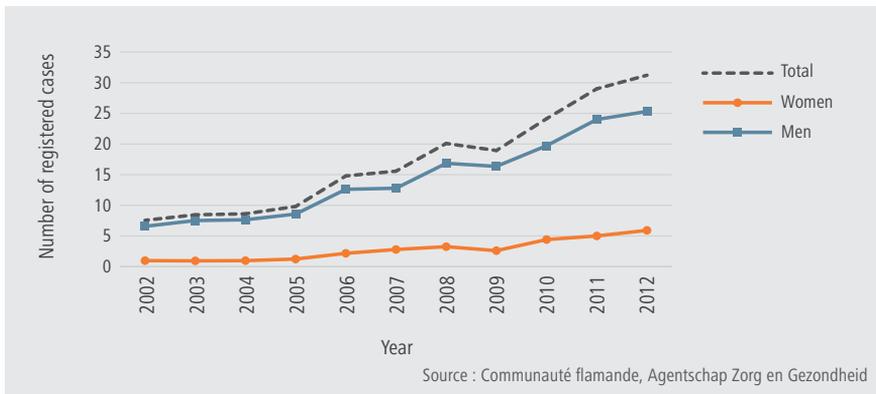
### RÉPARTITION PAR SEXE

Via les **notifications obligatoires** chez les médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses dans les communautés, 952 cas ont été notifiés en **Flandre**. Il y a eu 761 hommes et 182 femmes enregistrés avec la gonorrhée (rapport homme-femme de 4,4:1) et le sexe n'était pas mentionné pour 9 patients.

L'âge moyen s'établit pour les hommes à 34 ans et pour les femmes à 31 ans avec trois cas d'infection périnatale présumée.

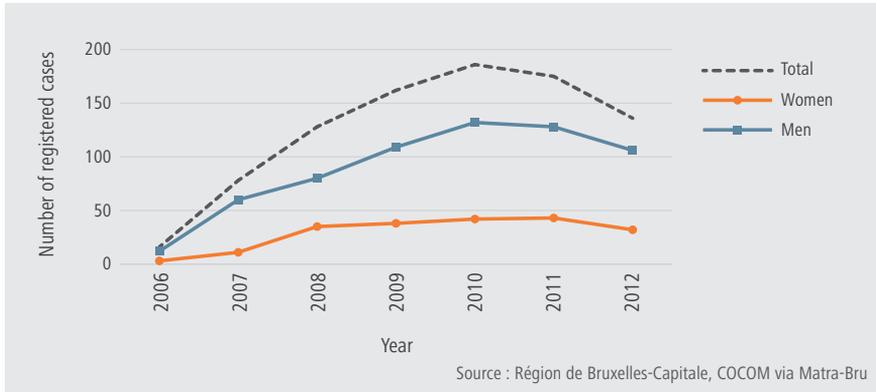
**La tendance de l'incidence de la gonorrhée selon le sexe entre 2002 et 2012 en Flandre** est illustrée à la figure 1. On observe une augmentation annuelle moyenne de 16 %.

**Figure 1 |** Évolution de l'incidence de la gonorrhée selon le sexe en Flandre, 2002-2012



Dans la **Région de Bruxelles-Capitale (COCOM)**, 136 cas, dont 106 hommes et 32 femmes ont été enregistrés via la notification obligatoire (rapport homme-femme 3,3:1). L'âge moyen s'établit à 31 ans pour les hommes et à 30 ans pour les femmes.

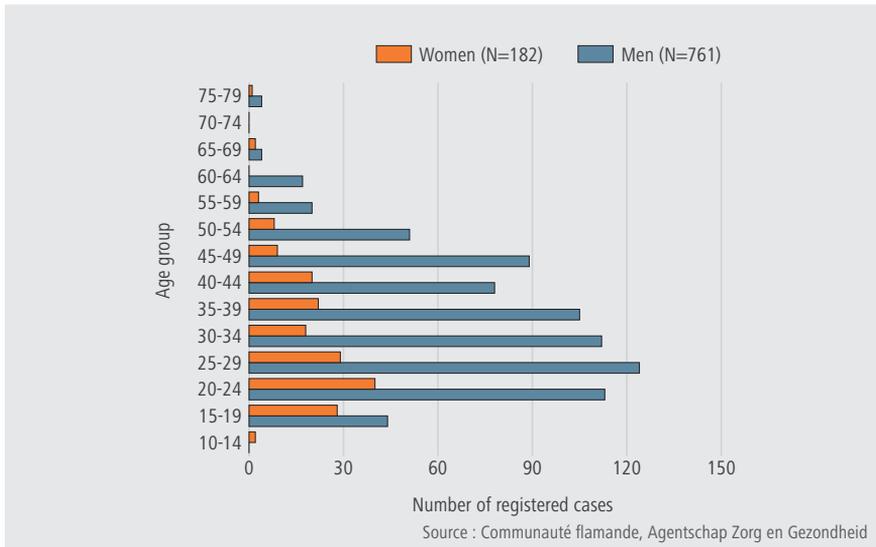
**Figure 2 | Évolution du nombre de cas de gonorrhée signalés par sexe en Région de Bruxelles-Capitale, 2006-2012**



## RÉPARTITION SELON LE GROUPE D'ÂGE

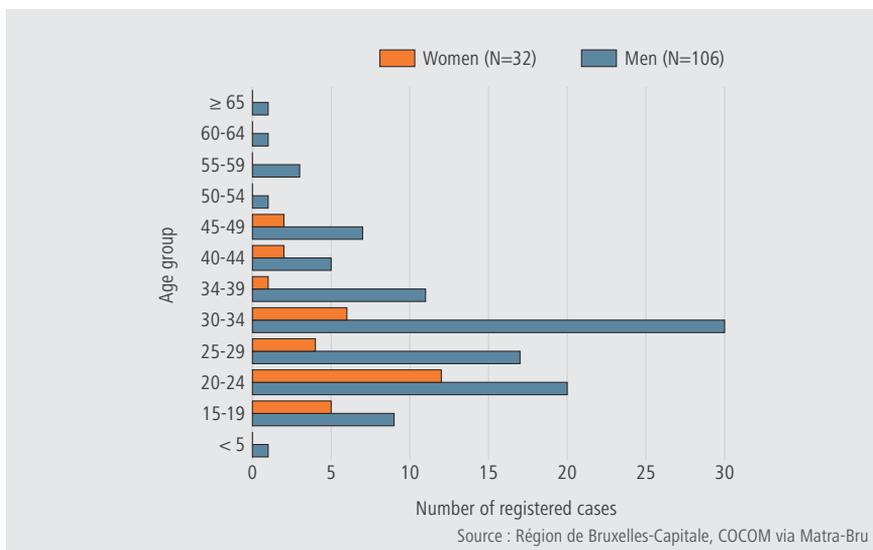
Les données obtenues via la **notification obligatoire** auprès de la **Communauté flamande** donnent la répartition par groupe d'âge selon le sexe telle que représentée à la figure 3. L'âge et le sexe étaient inconnus pour 9 patients.

**Figure 3 | Répartition des cas déclarés de gonorrhée selon le sexe et l'âge en Flandre, 2012**



Les données obtenues via la notification obligatoire dans la **Région de Bruxelles-Capitale (COCOM)** donnent la répartition par groupe d'âge selon le sexe telle que représentée à la figure 4.

**Figure 4 | Répartition des cas déclarés de gonorrhée par groupe d'âge selon le sexe dans la Région de Bruxelles-Capitale, 2012**



# ANNEXE 4

## RÉSULTATS DES DONNÉES SUR LA SYPHILIS COLLECTÉES VIA LES CAS À NOTIFICATION OBLIGATOIRE CHEZ LES MÉDECINS CHARGÉS DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES INFECTIEUSES DANS LES COMMUNAUTÉS

### RÉPARTITION PAR SEXE

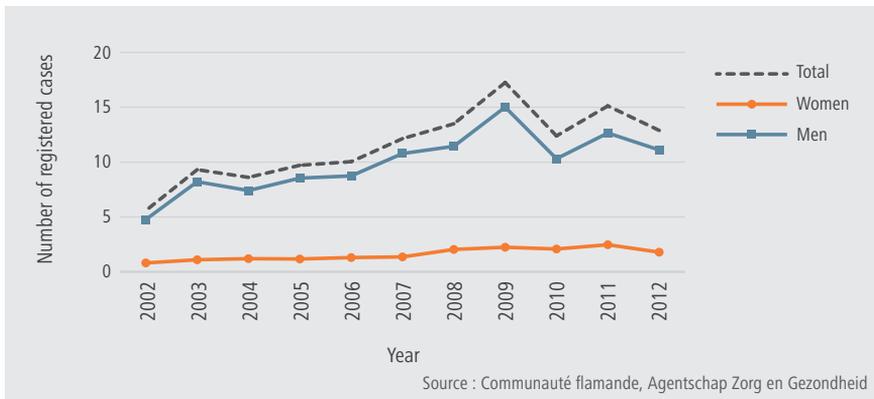
Via les **notifications obligatoires** chez les médecins chargés de la lutte contre les maladies infectieuses dans les communautés, 390 cas ont été notifiés en **Flandre**. Il s'agissait de 333 hommes et de 55 femmes atteints de syphilis (rapport homme-femme 5:1). Dans 2 cas, le sexe était inconnu.

L'âge moyen des hommes est de 39 ans. Pour les femmes, l'âge moyen est de 30 ans avec trois cas de syphilis probablement congénitale.

Le dépistage de la syphilis au début de la grossesse est fortement recommandé.

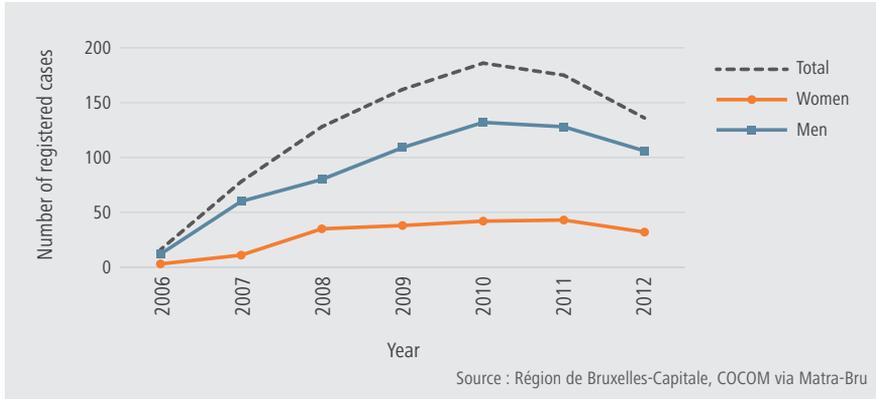
La tendance de l'incidence de la syphilis selon le sexe entre 2002 et 2012 est reprise pour la Flandre à la figure 1. On observe une augmentation annuelle moyenne de 11 %.

**Figure 1 |** Évolution de l'incidence de la syphilis selon le sexe en Flandre, 2002-2012



Dans la **Région de Bruxelles-Capitale (COCOM)**, 22 hommes et 4 femmes ont été enregistrés via la notification obligatoire. Les hommes sont en moyenne âgés de 37 ans et les femmes de 36 ans. Le rapport homme/femme est de 5,5:1.

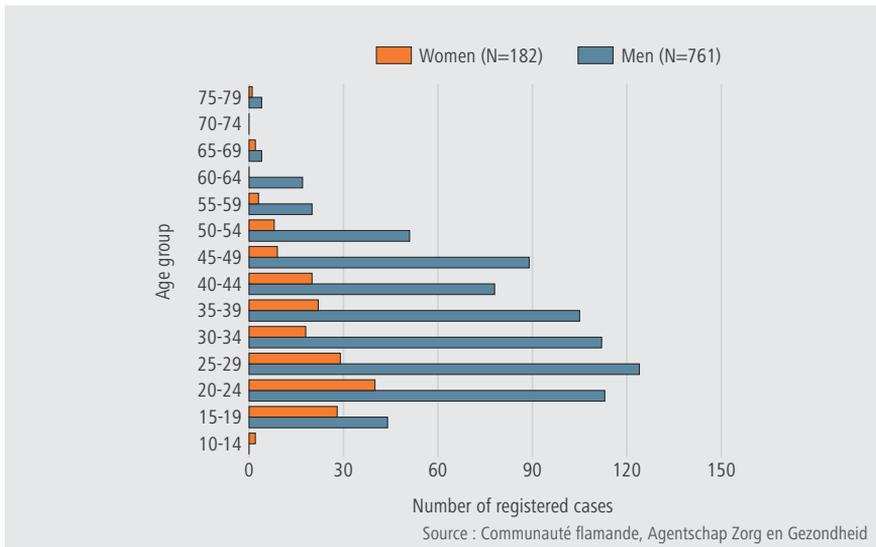
**Figure 2 | Évolution du nombre de cas déclarés de syphilis signalés par sexe en Région de Bruxelles-Capitale, 2007-2012**



## RÉPARTITION SELON LE GROUPE D'ÂGE

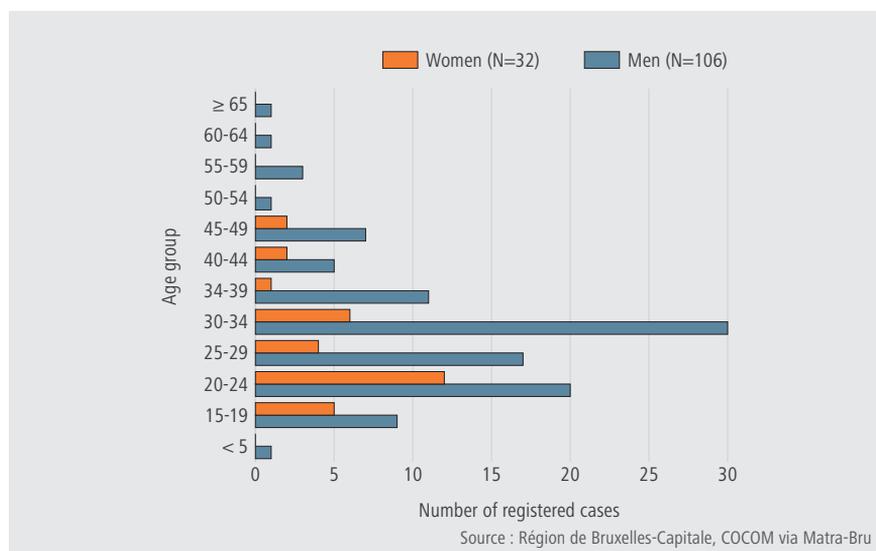
Les données obtenues via la **notification obligatoire** auprès de la **Communauté flamande** donnent la répartition par groupe d'âge selon le sexe telle que représentée à la figure 3.

**Figure 3 | Répartition des cas de syphilis déclarés selon le sexe et le groupe d'âge en Flandre, 2012**



Les données obtenues via la notification obligatoire dans la **Région de Bruxelles-Capitale (COCOM)** donnent la répartition par groupe d'âge selon le sexe telle que représentée à la figure 4.

**Figure 4 | Répartition des cas de syphilis déclarés par groupe d'âge selon le sexe dans la Région de Bruxelles-Capitale, 2012**



# ANNEXE 5

## DÉPISTAGE DES DONNEURS DE SANG PAR LA CROIX-ROUGE

Dans les directives pour la surveillance des IST de l'Organisation mondiale de la Santé, il est noté que le dépistage de la syphilis des donneurs de sang, même si ces données sont limitées, peuvent constituer une source importante potentielle de données de prévalence. 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 Het Rode Kruis (Flandre) et la Croix-Rouge (Bruxelles-Wallonie). Ils nous ont fourni les résultats du dépistage de la syphilis des donneurs de sang pour les années 2002 à 2012 (Tableau 1).

En 2012, 164 811 donneurs de sang ont fait l'objet d'un dépistage en Flandre et 97 332 en Wallonie. La séroprévalence de la syphilis fluctue entre 0,002 % et 0,024 %.

**Tableau 1 | Évolution de la séroprévalence (%) de la syphilis chez les donneurs de sang, 2002-2012**

| Année | Bruxelles-Wallonie | 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   |

Pour 2012, des données de prévalence d'autres IST ont également été demandées à Het Rode Kruis et à la Croix-Rouge (Tableau 2).

**Tableau 2 | Prévalence des IST (%) chez les donneurs de sang, 2012**

| IST        | Bruxelles-Wallonie | Flandre |
|------------|--------------------|---------|
| Syphilis   | 0,024              | 0,011   |
| Hépatite B | 0,028              | 0,014   |
| Hépatite C | 0,007              | 0,004   |
| VIH        | 0,00               | 0,004   |

Pour la Wallonie, 17 555 candidats et nouveaux donneurs se sont présentés, sur un total de 97 332 donneurs de sang.

La prévalence des IST au sein du groupe des candidats et de nouveaux donneurs serait plus représentative de la population générale qu'au sein du groupe des donneurs connus. Dans le groupe des donneurs connus, de nouvelles infections font parfois leur apparition (syphilis, hépatite C), ceux-ci disparaissant alors de la liste de donneurs.

La répartition des résultats de dépistage entre les nouveaux donneurs et les donneurs connus se présente comme suit (Tableau 3) :

**Tableau 3 | Répartition des résultats de dépistage par type de donneur de sang, Wallonie, 2012**

|             |   | Candidats<br>N=818 | New<br>donors<br>N=17071 | Regular<br>donors<br>N=65876 | Occasional<br>donors<br>N=13768 | Total<br>N=97533 |
|-------------|---|--------------------|--------------------------|------------------------------|---------------------------------|------------------|
| HCV         | % | 0,24               | 0,02                     | 0                            | 0,007                           | 0,007            |
|             | N | 2                  | 4                        | 0                            | 1                               | 7                |
| HIV         | % | 0                  | 0,01                     | 0,01                         | 0,007                           | 0,004            |
|             | N | 0                  | 2                        | 1                            | 1                               | 4                |
| Syph        | % | 1                  | 0,07                     | 0,015                        | 0,007                           | 0,024            |
|             | N | 1                  | 12                       | 10                           | 1                               | 24               |
| Ag HBs      | % | 0,24               | 0,15                     | 0                            | 0                               | 0,028            |
|             | N | 2                  | 26                       | 0                            | 0                               | 28               |
| AChBc isolé | % | 0,48               | 0,017                    | 0,003                        | 0,03                            | 0,04             |
|             | N | 3                  | 31                       | 2                            | 4                               | 40               |

# ANNEXE 6

## SITE WEB COMPORTANT LES DIRECTIVES RELATIVES AUX TESTS DES IST ET À LA NOTIFICATION AU PARTENAIRE

De plus amples informations sur les **notifications obligatoires** auprès des communautés et sur la notification au partenaire peuvent être obtenues sur :

- <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Maladies/Maladies-infectieuses/> (Agentschap Zorg en Gezondheid de la Communauté flamande)
- <http://www.sante.cfwb.be> (Fédération Wallonie-Bruxelles)
- <http://www.ccc-ggc.irisnet.be/fr/institutions-agrees/politique-de-la-sante/maladies-transmissibles> (Région de Bruxelles-Capitale).

La brochure intitulée «Biologie clinique - prescription rationnelle» et les recommandations en matière de test de dépistage des IST se trouvent sur le **site web de l'INAMI** et sont accessibles via ces liens :

- [http://www.riziv.fgov.be/care/fr/doctors/promotion-quality/clinical\\_biology/index02.htm#1](http://www.riziv.fgov.be/care/fr/doctors/promotion-quality/clinical_biology/index02.htm#1)
- [http://www.riziv.be/care/fr/doctors/promotion-quality/clinical\\_biology/index.htm](http://www.riziv.be/care/fr/doctors/promotion-quality/clinical_biology/index.htm)
- [http://www.riziv.be/care/fr/doctors/promotion-quality/clinical\\_biology/pdf/clinical\\_biology.pdf](http://www.riziv.be/care/fr/doctors/promotion-quality/clinical_biology/pdf/clinical_biology.pdf)

Des recommandations relatives aux tests de dépistage des IST, à la grossesse et aux infections congénitales se trouvent sur le site web du **Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)** :

- [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/d20041027314.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20041027314.pdf)

Information sur **les activités et les rapports de l'ECDC** :

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

© Institut scientifique de Santé publique  
DIRECTION OPÉRATIONNELLE  
SANTÉ PUBLIQUE ET SURVEILLANCE  
Rue Juliette Wytsman 14  
1050 Bruxelles | Belgique  
[www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be)

