



# Comparaison des recommandations internationales, européennes et françaises sur indications de dépistage des IST pour population hétérosexuelle asymptomatique

2èmes journées thématiques SPILF / SFLS

- 29 mars 2019 -



**Charles CAZANAVE**

Service des Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU de Bordeaux  
CNR des IST bactériennes – CHU de Bordeaux

# Comparaison des recommandations internationales, européennes et françaises sur indications de dépistage des IST pour population hétérosexuelle asymptomatique

2èmes journées thématiques SPILF / SFLS

- 29 mars 2019 -

**Ndeindo NDEIKOUNDAM**

Santé publique France

# Questions ?



- Quelle(s) population(s) ? Quelles IST ?
- Quelles données épidémiologiques sur les IST disponibles chez les hétérosexuels en France ?
- Quelles recommandations existent déjà en France pour le dépistage des hétérosexuels ?
- Y a-t-il des recommandations internationales disponibles de dépistage chez les hétérosexuels ? Si oui, pour quelle(s) IST ?
- Quels sont les critères internationaux validés pour définir une stratégie de dépistage efficiente ?
- Quelles sont vos questions, remarques et suggestions ?

**Quelle(s) population(s) ? Quelles IST ?**

# Quels hétérosexuels ?



- Usagers de PrEP (part très faible des cohortes)
- Professionnels du sexe et leurs client(e)s
- Migrants (immigrés, primo-arrivant...)
- Femmes enceintes
- Détenus
- Jeunes (ou moins jeunes, « séniors ») avec partenaires multiples et RNP fréquents
- Certaines pratiques sexuelles (« libertinage », « échangeisme »)
- Partenaires avec IST...

# Quelles IST ?



## - Bactériennes

- . *Chlamydia*
- . Gonocoque
- . Syphilis
- . Mycoplasmes



## - Virales

- . VIH
- . Hépatites virales



**Quelles données épidémiologiques sur  
les IST disponibles chez les  
hétérosexuels en France ?**

# Ct = Principal agent d'IST bactérienne et IST bactériennes



Bilan épidémiologique 2017

26/11/2018

**Directeur  
de la publication**  
François Bourdillon

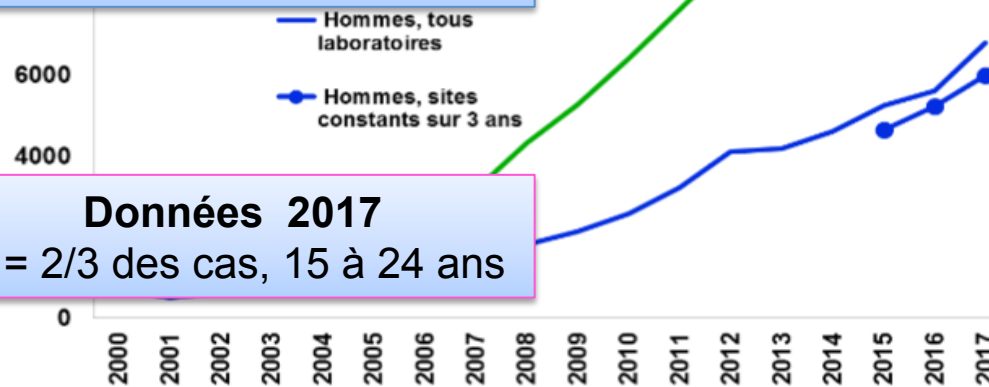
**Rédaction**  
Florence Lot  
Françoise Cazein  
Ndeindo Ndeikoundam  
Josiane Pillonel  
Corinne Pioche  
Delphine Viriot

**Diffusion**  
Santé publique France  
12 rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice cedex  
Tél : 33 (0)1 41 79 67 00  
[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

Figure

**Données 2017**  
♂ Infections ano-rectales ↗  
chez HSH,  
♀ Infections uro-génitales se  
stabilisent en 2016, mais ré ↗  
en 2017

Infection à *Chlamydia*, France, 2000-2017



**Données 2017**  
♀ = 2/3 des cas, 15 à 24 ans

Source : Réseau Rénachla, SpFrance

NB : le nombre de sites participant aux réseaux de surveillance pouvant fluctuer au cours du temps, il est important d'analyser les tendances à sites constants sur les années récentes.



- La prévalence des infections à Ct est plus élevée chez les femmes de 18 à 25 ans, avec une prévalence estimée à 3,6 % en France en 2006. Elle est estimée à 2,5 % chez les hommes du même âge.



# INFECTIONS A *CHLAMYDIA* : 267 097 DIAGNOSTICS EN 2016



**267 097**  
[234452 - 299743]  
**diagnostics en 2016**

**Diagnostics  
confirmés**

**Pas de confirmation  
biologique**

**Pas de recours au soins**

Nombre  
d'infections  
non  
diagnostiquées?

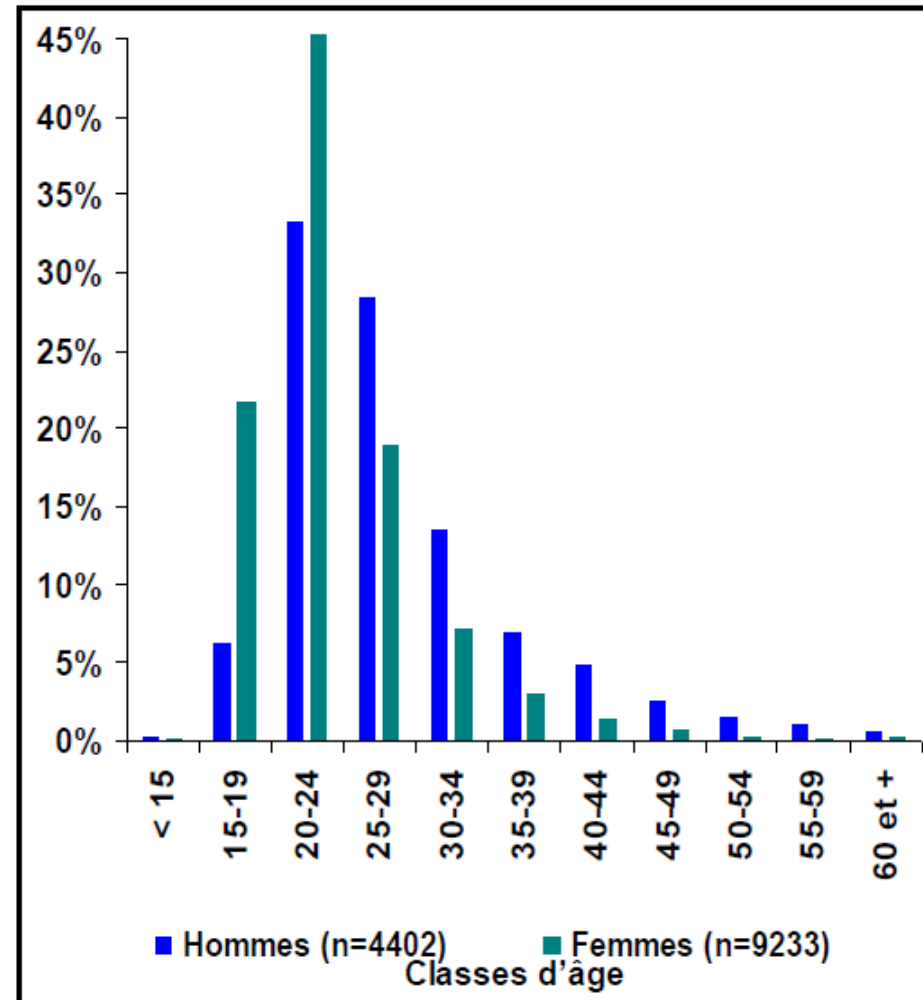
# Epidémiologie nationale Ct



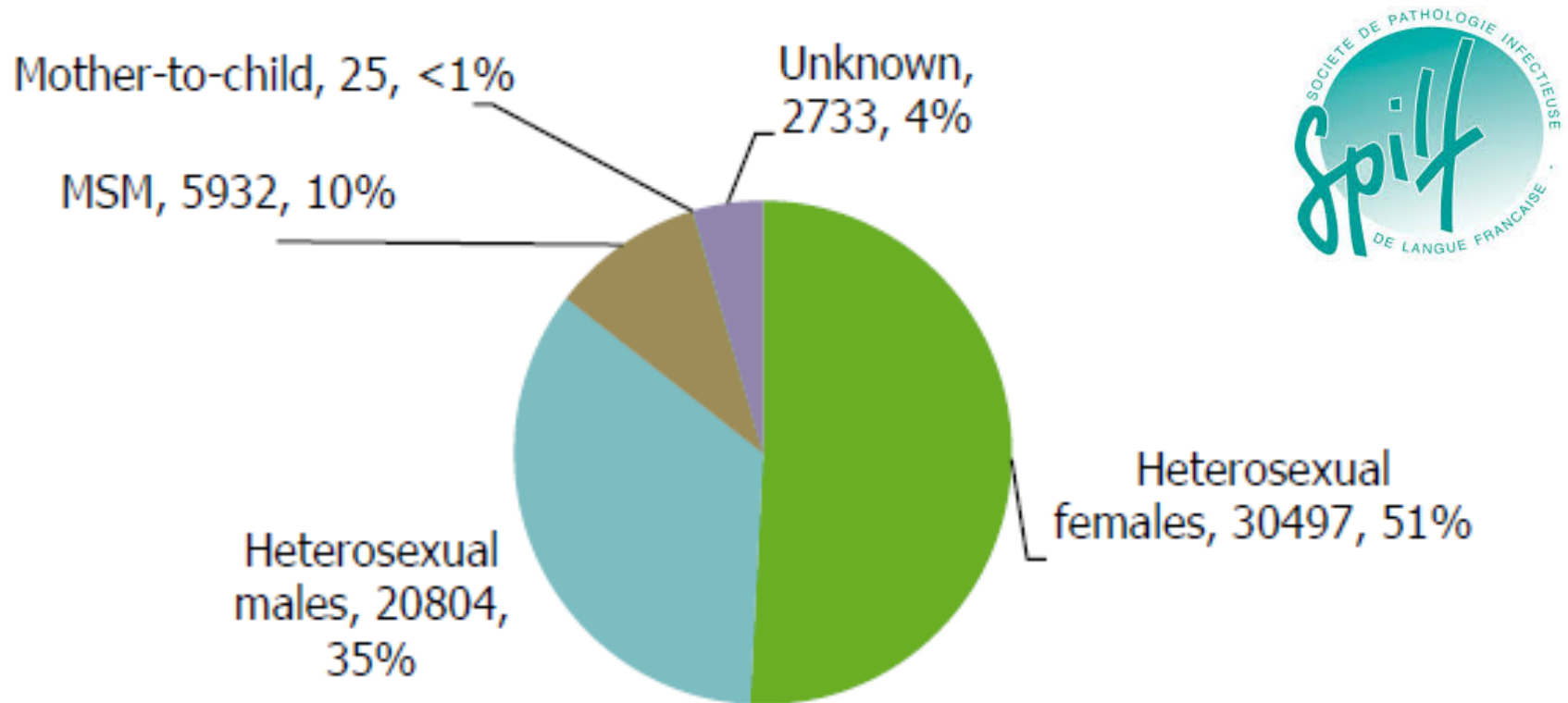
## Infections à chlamydia

Distribution des infections uro-génitales à *Chlamydia* par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2014

- ♀ : 15-24 ans (65 %)
- ♂ : 20-29 ans (61 %)



# Infections à *Chlamydia* selon les voies de transmission en Europe



# Infections à *Chlamydia* : Prédominance chez les jeunes femmes, quelle que soit la région



Infections à <i>Chlamydia</i>	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM*
Hommes 15-24 ans	<b>329</b> [301 - 357]	<b>1 867</b> [1 330 - 2 404]	<b>485</b> [253-718]
Hommes 25-59 ans	<b>167</b> [153 - 181]	<b>1 072</b> [795-1 349]	<b>248</b> [117-378]
Hommes 60 ans et plus	<b>6</b> [5,4 – 6,7]	<b>60</b> [44-76]	<b>13</b> [2- 24]
Femmes 15-24 ans	<b>1 357</b> [1 223 – 1 492]	<b>5 682</b> [4 155-7 208]	<b>1 761</b> [885-2637]
Femmes 25-59 ans	<b>233</b> [215 - 252]	<b>1 129</b> [802-1456]	<b>403</b> [204- 601]
Femmes 60 ans et plus	<b>4.9</b> [4.5 - 5.3]	<b>52</b> [40- 64]	<b>10</b> [5-15]
Total	<b>258</b> [238-277]	<b>1 481</b> [1 140-1823]	<b>407</b> [210- 603]

# Infections asymptomatiques à Ct

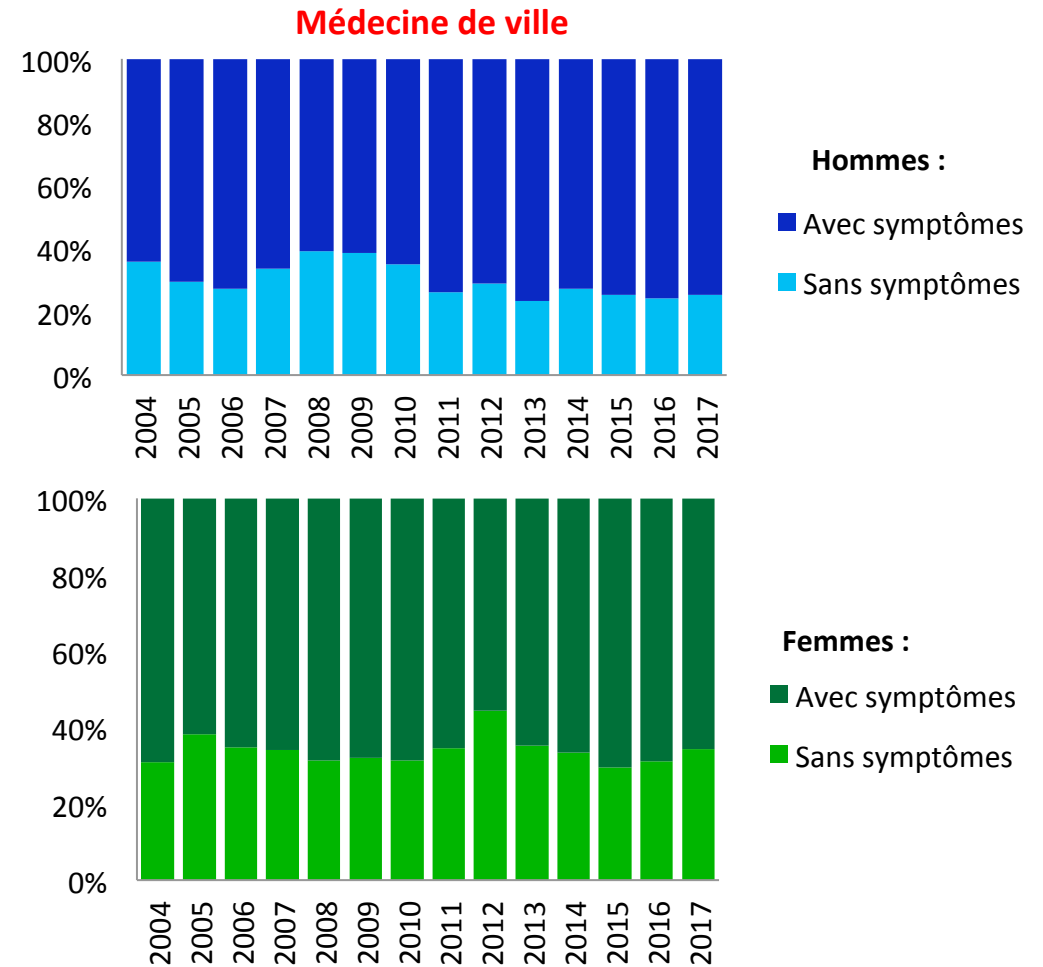
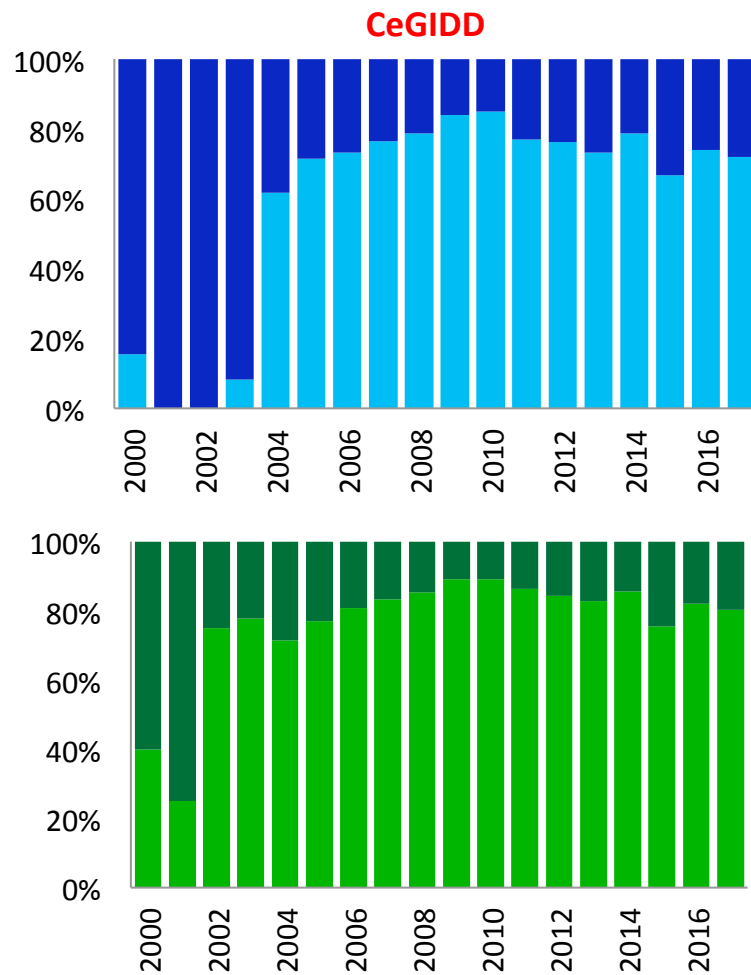
## Données de surveillance en France (RENACHLA)

**Entre 2013 et 2015, le nombre d'infections à Ct déclarées a augmenté de 10 %. Les femmes âgées de 15 à 24 ans représentent la majorité des cas diagnostiqués.**

- La proportion de patients asymptomatiques a diminué, passant de 58 % en 2013 à 46 % en 2015.
- La proportion de patients asymptomatiques variait selon les lieux de consultation (22 % en consultation de gynécologie hospitalière, contre 74 % en CDAG/CIDDIST).
- La diminution de la proportion de cas asymptomatiques pourrait suggérer une baisse de l'activité de dépistage.



# INFECTIONS A CHLAMYDIA : DEPISTAGE PLUS MARQUÉ EN CeGIDD QU'EN MÉDECINE DE VILLE



Source: Santé publique France, réseau Rénachla, 2000-2017

## Bactéries en cause IGH : agents d' IST

### *C. Trachomatis* et ses conséquences obstétricales +++

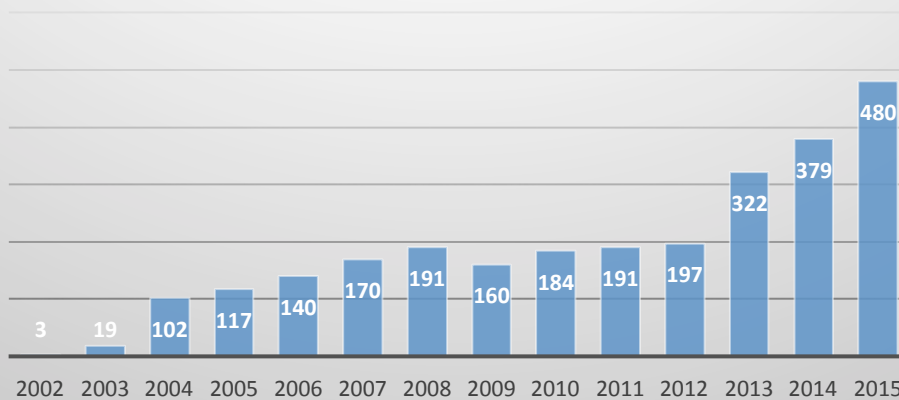
- Prévalence très variable suivant le contexte socio-économique
- **Principal agent infectieux associé aux IGH**, pourcentage difficile à apprécier
- Sur 1 000 patientes infectées à Ct :
  - . 170 feront une IGH
  - . 70 une salpingite
  - . 5 une infertilité tubaire
  - . 2 une GEU
- **Dernières recommandations HAS 2018...**

# Rectites à *C. trachomatis*

- **Rectites à Ct**
  - Génotype L = LGV
  - Génotype non-L (D à K)
- **Epidémiologie LGV**



Evolution du nombre de LGV  
France 2002-2015



## En 2015 :

- 470 cas déclarés de **LGV**,  
96 % de HSH, **71 % VIH+**
- 795 cas déclarés de rectites non-L,  
92 % de HSH, 29 % VIH+



# Mycoplasmes humains



- **18 espèces** : colonisation muqueuses respiratoires et génitales
- **5 espèces pathogènes** :

- *M. pneumoniae* → infections respiratoires

- *M. hominis*  
- *U. urealyticum*  
- *U. parvum*  
- *M. genitalium*

} infections uro-génitales  
Infections sexuellement transmissibles (Mg)

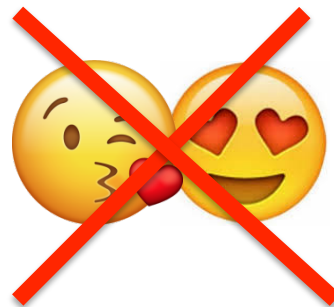
*U. parvum* + *U. urealyticum* = *Ureaplasma* spp.

Remerciements au Dr Pereyre

# *Ureaplasma* spp. and *M. hominis*

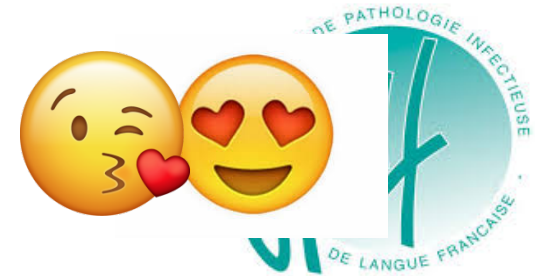


- **Commensaux des voies uro-génitales**
  - *Ureaplasma* spp. (30 %-50 %) > *M. hominis* (< 10 %)
  - Plus fréquent chez les femmes
    - *U. parvum* +++
  - Prévalence variable suivant différents paramètres
    - Âge, activité sexuelle, ethnie, grossesse, niveau socio-économique
- **Pathogènes opportunistes**
- **“Not STI agents”**



Remerciements au Pr BEBEAR

## « *M. genitalium*: An STI agent »



- **Transmission sexuelle établie**
  - Contacts hétérosexuels
  - Transmission probablement plus faible que pour *C. trachomatis*
- **Chez les HSH, infection rectale plus commune que l'infection urétrale**
  - HSH : positivité rectale : 42 % vs urétrale : 8 % (Slifirski, *Emerg. Infect. Dis.* 2017)
- **Transmission par sexe oral probablement faible**
  - Positivité oropharyngée de Mg est basse

# Epidémiologie Mg en France



- **Symptomatiques**
  - Urétrite : infection la plus symptomatique
    - 15-20 % des UNG
    - 20-25% des UNGNC
    - **2<sup>ème</sup> cause des UNG après *C. trachomatis***
    - 30 % des urétrites persistantes et/ou récurrentes
    - Personnes à haut risque sexuel les plus vulnérables, à cibler en priorité

# Epidémiologie Mg en France



- **Asymptomatiques**

- Données épidémiologiques variables suivant orientation sexuelle

	Prévalence (%)	Asymptomatique (%)
<b>Population générale</b>		
Le Roy <i>et al.</i> (JCM 2017)	5,9	
Pereyre <i>et al.</i> (CMI 2017)*	3,4	71
<b>Femmes VIH+</b>		
Cazanave <i>et al.</i> (STD ...)	3,8	75
<b>HSH - PrEP</b>		
Ducours <i>et al.</i> (MMI 2019)	13,5	+++
Berçot <i>et al.</i> (CROI 2019)	10,5	+++

\* Incidences plus élevée dans les CeGIDD, Centre de planning et d'orthogénie, prison que services de gynéco-obs. et PMA

# Conséquences d'une infection non dépistées

- Conséquences sur la fertilité et l'issue de la grossesse encore débattues
- Pas d'association entre Mg et infertilité (à la différence de Ct)

REVIEW ARTICLE

418 • CID 2015:61 (1 August) • Lis et al

## *Mycoplasma genitalium* Infection and Female Reproductive Tract Disease: A Meta-analysis

Rebecca Lis, Ali Rowhani-Rahbar, and Lisa E. Manhart

Departments of Epidemiology and Global Health, Center for AIDS and STD, University of Washington School of Public Health, Seattle

# Epidémiologie VHB et VHC en France



RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

## Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C

Synthèse – avis des groupes de travail et de lecture  
Et recommandation de la HAS

mars 2011

# Epidémiologie VHB et VHC en France



- **VHB**

- Prévalence des Ac anti-HBc en population de France métropolitaine âgée de 18 à 80 estimée à 7,30 % (IC 95 % [6,48 ; 8,22])
- **Celle du portage de l'Ag HBs 0,65 %** (IC 95 % [0,45 ; 0,93]), soit 280821 personnes touchées dont seules 44,8 % connaissaient leur statut

- **VHC**

- **Prévalence des Ac anti-VHC à 0,84 %** (IC 95 % [0,65 ; 1,10]), soit 367 05 personnes ayant été en contact avec le VHC dont 57,4 % connaissaient leur statut
- L'ARN viral détecté chez 65 % des sujets anti-VHC positifs (IC 95 % [50 ; 78]) correspondant à 232196 sujets infectés par le VHC (soit 0,53 % IC 95 % [0,40 ; 0,70])



# Conséquences d'une hépatite virale chronique non dépistée

- **Contagiosité +++**
  - **VHB** : haute contagiosité rapports sexuels, baisers profonds...
  - **VHC** : n'est pas considérée comme une IST chez les hétérosexuels mais attention aux hétéro avec pénétrations anales !
    - Notion récente de portage ARN VHC au niveau rectal (CID) et sperme

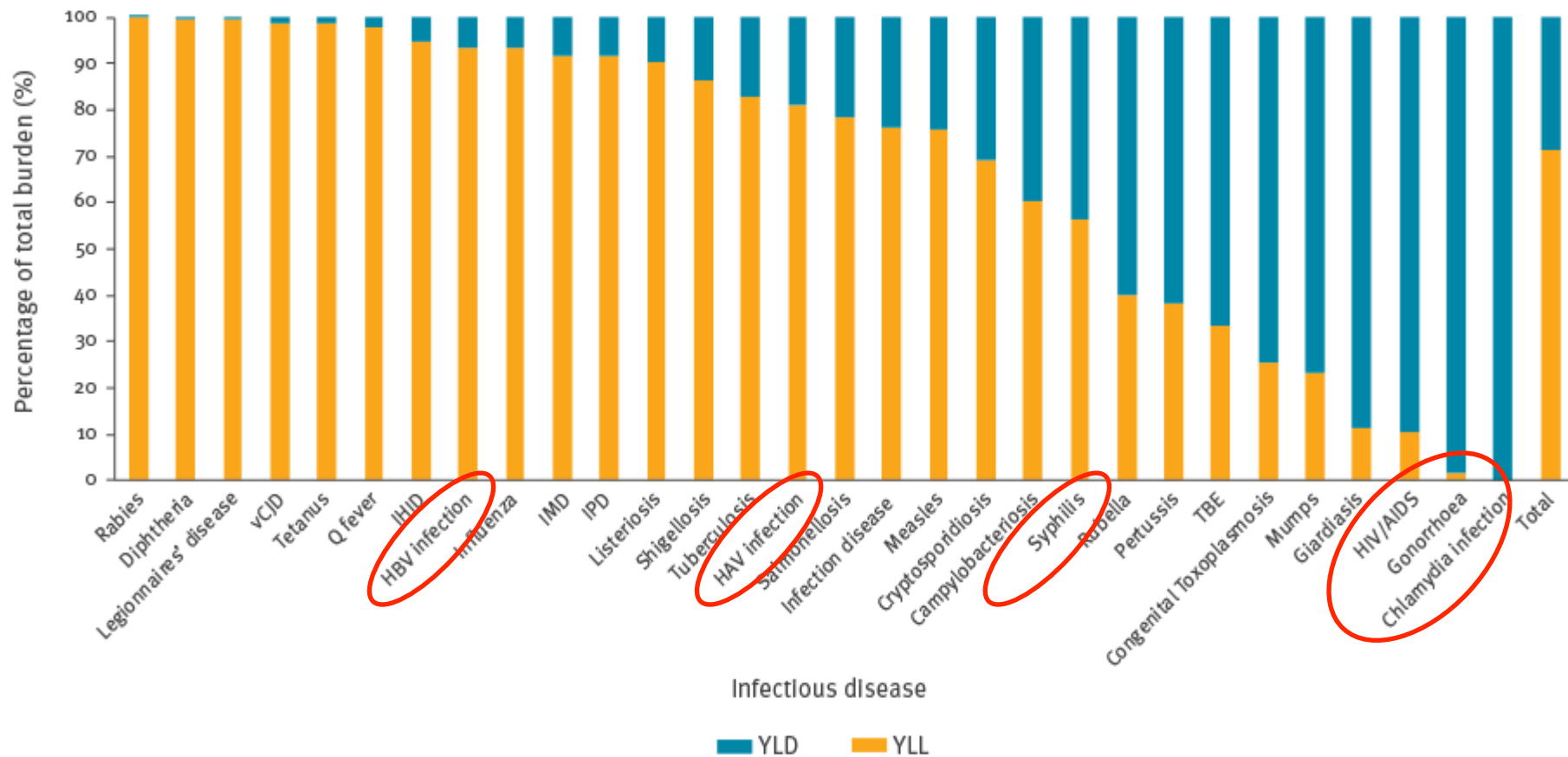
Shedding of Hepatitis C Virus Into the Rectum of HIV-infected Men Who Have Sex With Men

Andrew L. Foster,<sup>1</sup> Michael M. Gaisa,<sup>1</sup> Rosanne M. Hijdra,<sup>1</sup> Samuel S. Turner,<sup>1</sup> Tristan J. Morey,<sup>1</sup> Karen B. Jacobson,<sup>1</sup> and Daniel S. Fierer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Division of Infectious Diseases, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, New York

- **Fibrose hépatique, puis cirrhose, puis K !**
  - **VHB** : passage parfois directement au K sans cirrhose

## Disease burden: Relative contribution of YLL and YLD to the total burden of selected infectious diseases, EU/EEA countries, 2009–2013



Source : Cassini Alessandro, et al. Impact of infectious diseases on population health using incidence-based disability-adjusted life years (DALYs): results from the Burden of Communicable Diseases in Europe study, European Union and European Economic Area countries, 2009 to 2013. Euro Surveill. 2018;23(16):pii=17-00454.

# GONOCOCCIES : 49 628 DIAGNOSTICS EN 2016

49 628 [43954 - 55302]  
diagnostics en 2016

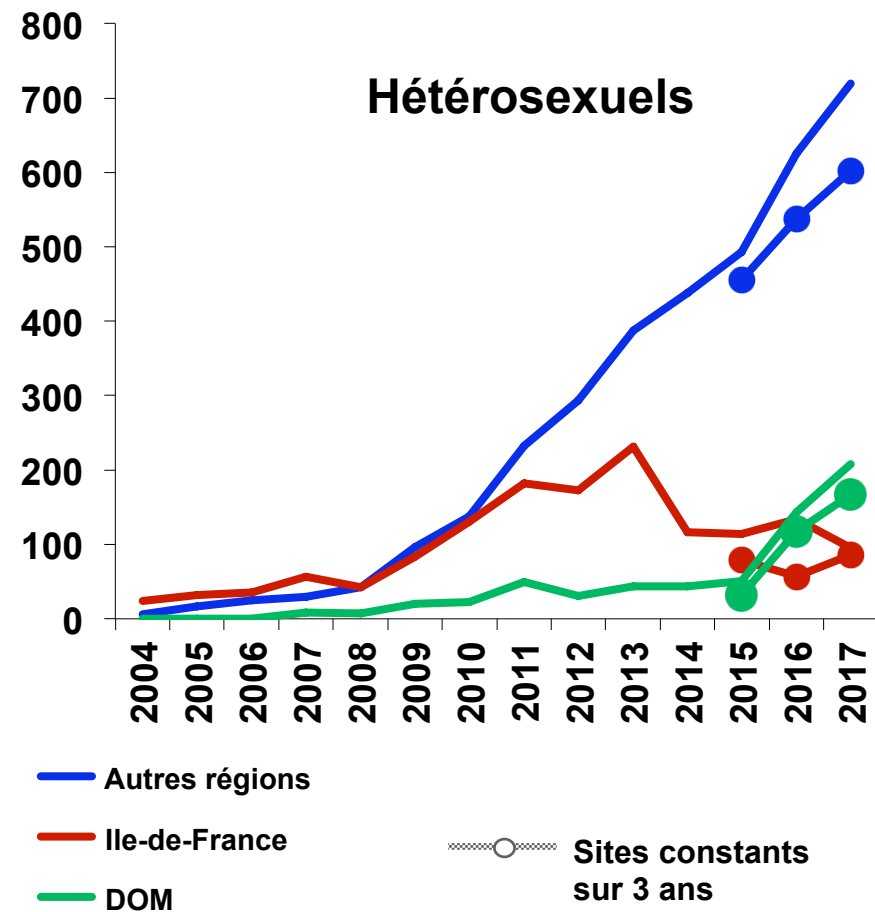
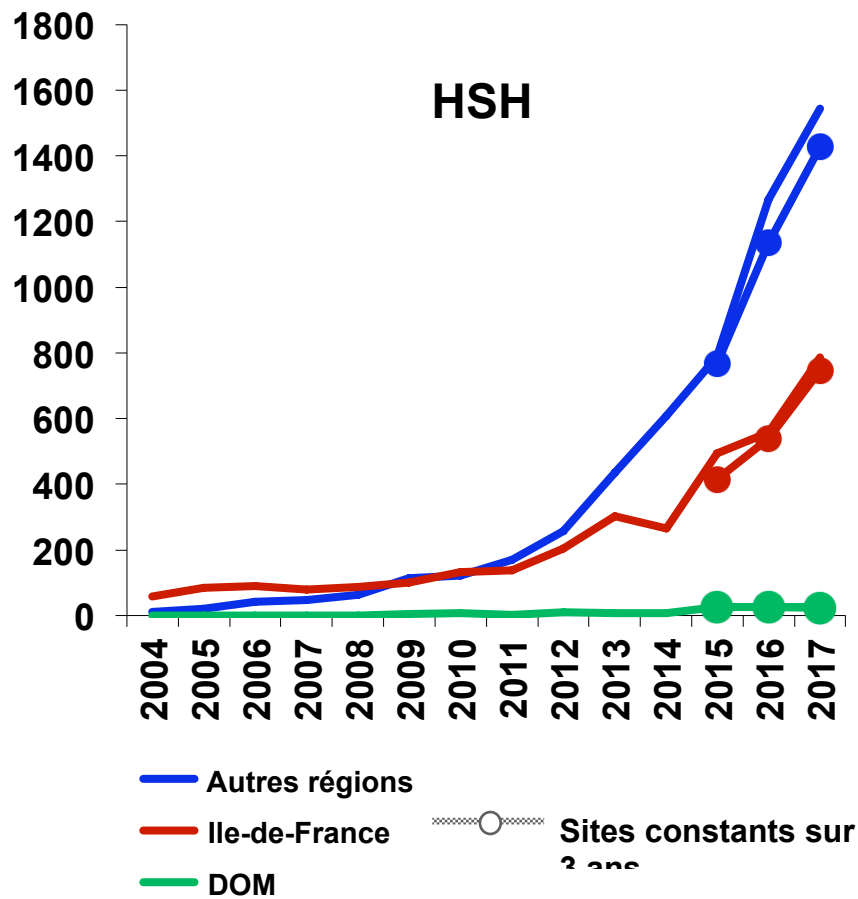
Diagnostics  
confirmés

Pas de confirmation  
biologique

Pas de recours au soins

Nombre  
d'infections  
non  
diagnostiquées?

# GONOCOCCIES : AUGMENTATION MARQUÉE CHEZ LES HSH EN MÉTROPOLE ET CHEZ LES HÉTÉROSEXUELS DANS LES DOM MALGRÉ DE PETITS EFFECTIFS



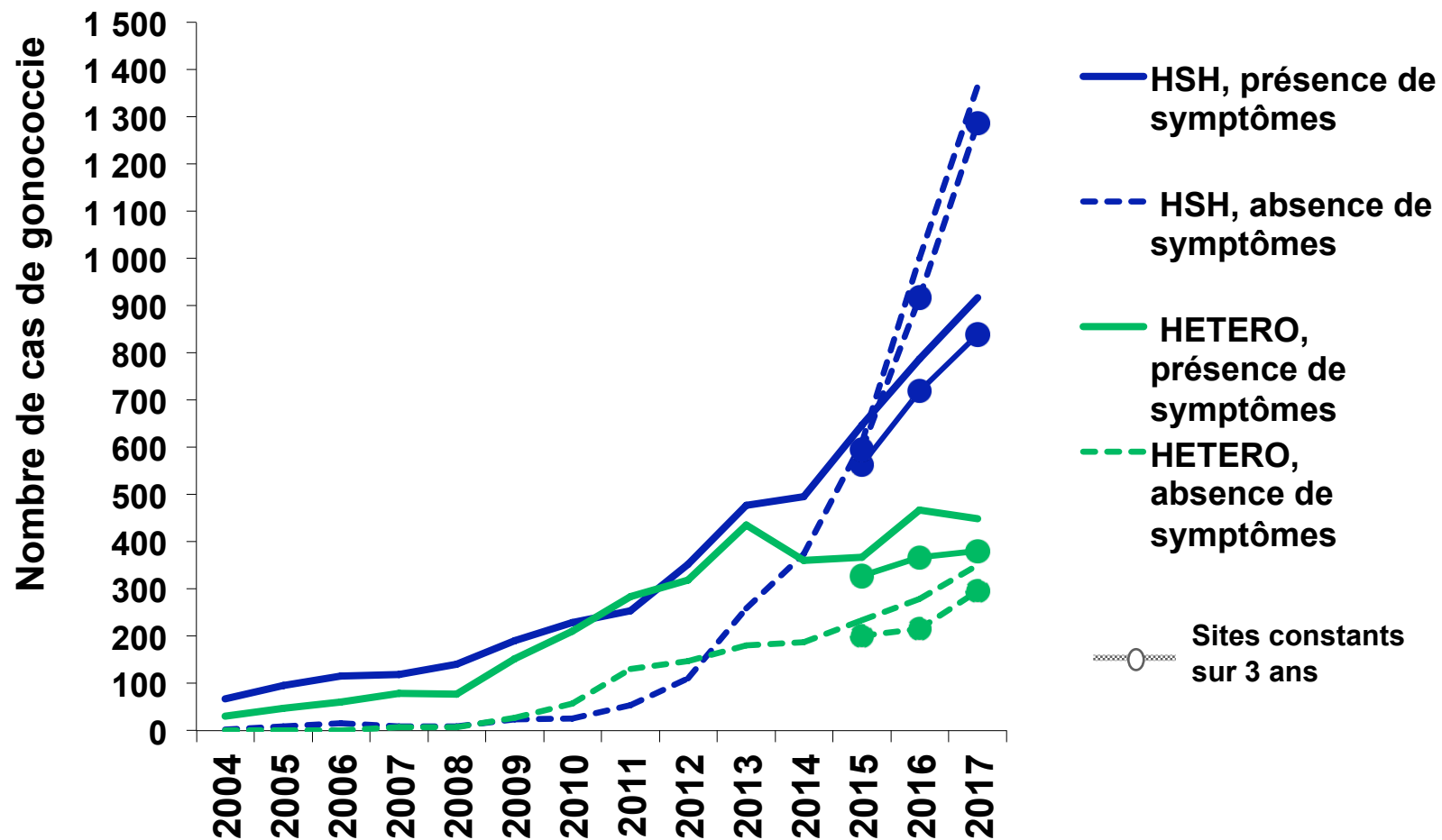
# GONOCOCCIES : PRÉDOMINANCE CHEZ LES JEUNES, QUELLE QUE SOIT LA RÉGION



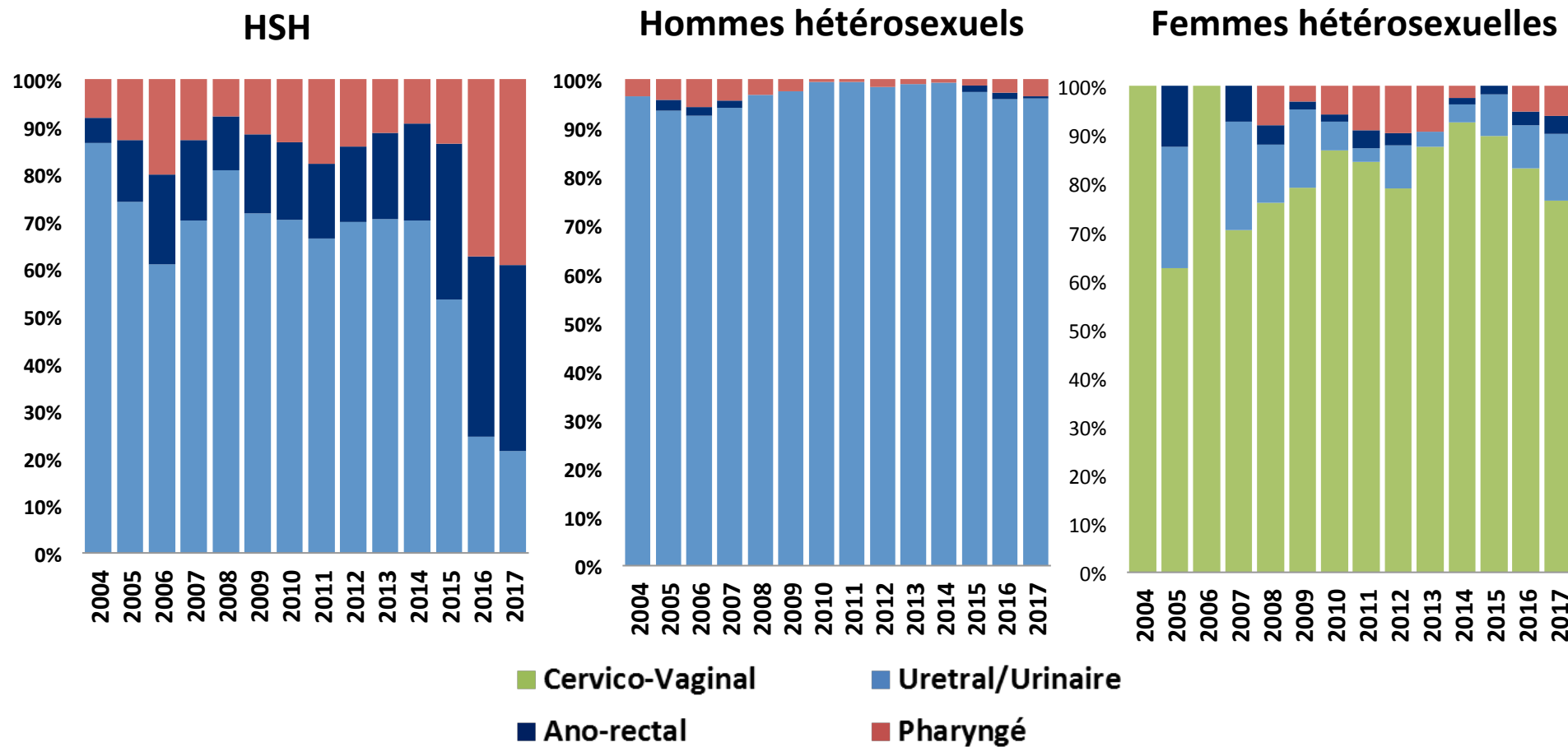
Gonococcies	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM*
Hommes 15-24 ans	<b>196</b> [159 - 233]	<b>277</b> [217- 337]	<b>385</b> [172- 599]
Hommes 25-59 ans	<b>87</b> [70 -104]	<b>184</b> [140-228]	<b>160</b> [70- 250]
Hommes 60 ans et plus	<b>3</b> [3.5 - 4.4]	<b>11</b> [8- 15]	<b>20</b> [5- 47]
Femmes 15-24 ans	<b>107</b> [93 - 122]	<b>180</b> [128- 232]	<b>500</b> [304- 696]
Femmes 25-59 ans	<b>25</b> [22 - 28]	<b>26</b> [21-32]	<b>194</b> [22- 366]
Femmes 60 ans et plus	<b>1.4</b> [1.07 - 1.76]	<b>2</b> [1- 3]	<b>10</b> [8-12]
Total	<b>71</b> [61-82]	<b>151</b> [117-186]	<b>194</b> [76- 312]

29

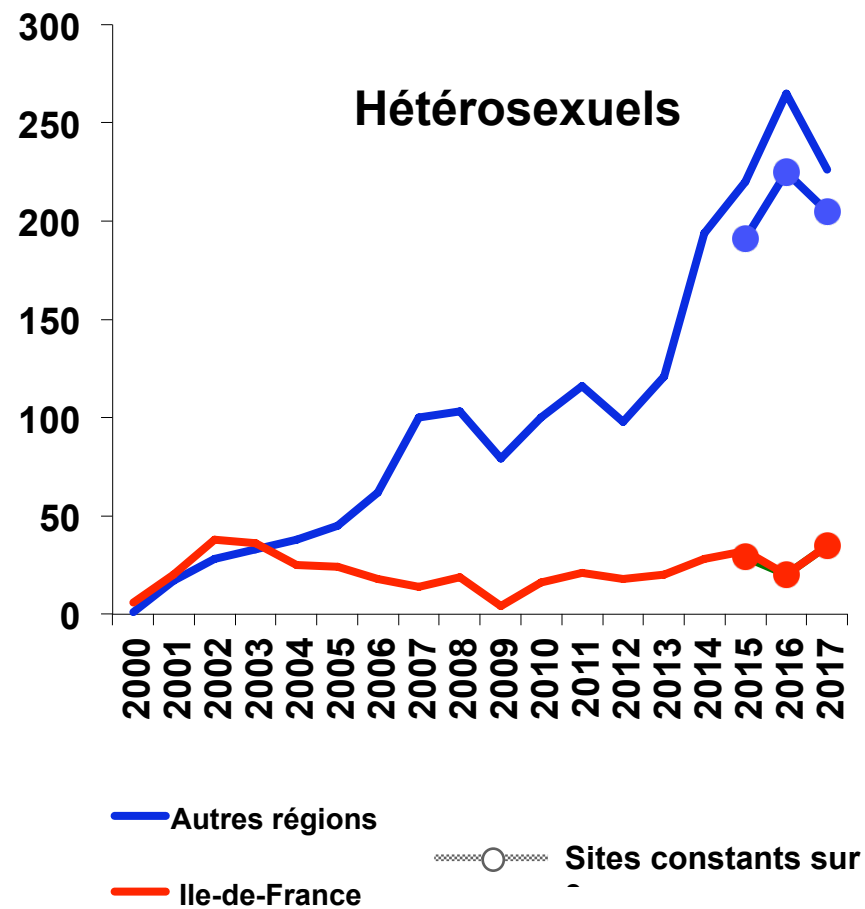
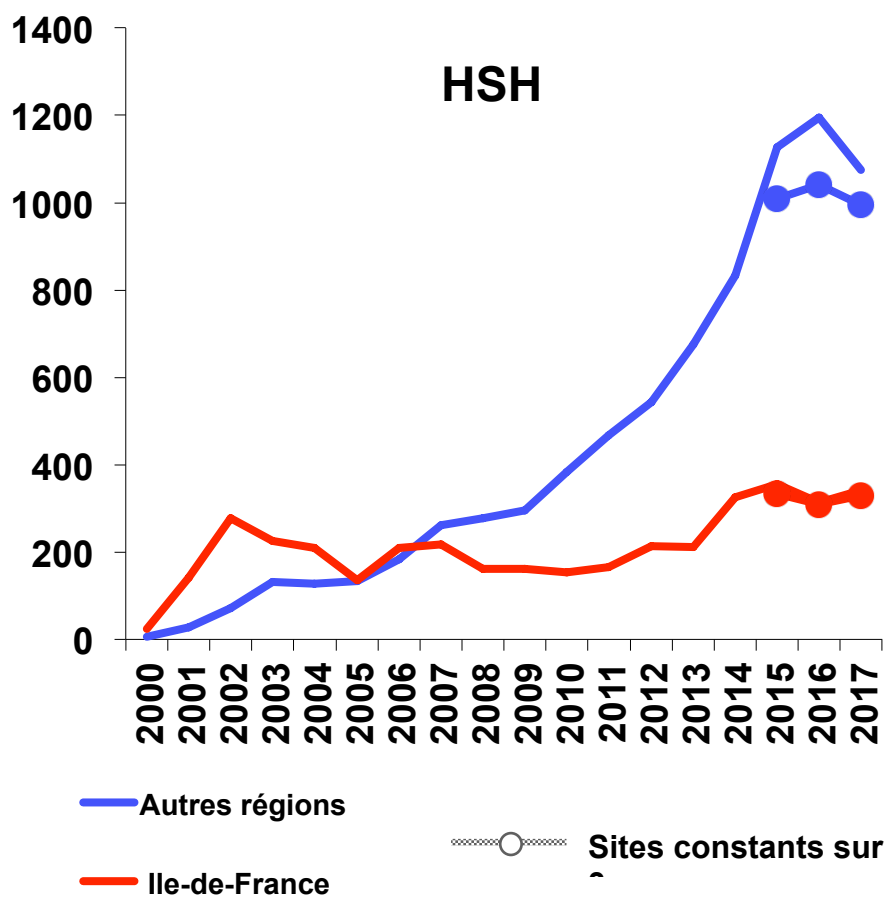
# GONOCOCCIES : AUGMENTATION PLUS MARQUÉE DES ASYMPTOMATIQUES CHEZ LES HSH ENTRE 2015-2017



# GONOCOCCIES: AUGMENTATION DEPUIS 2015 DES PRÉLÈVEMENTS EXTRA-GÉNITAUX POSITIFS MARQUÉE CHEZ LES HSH

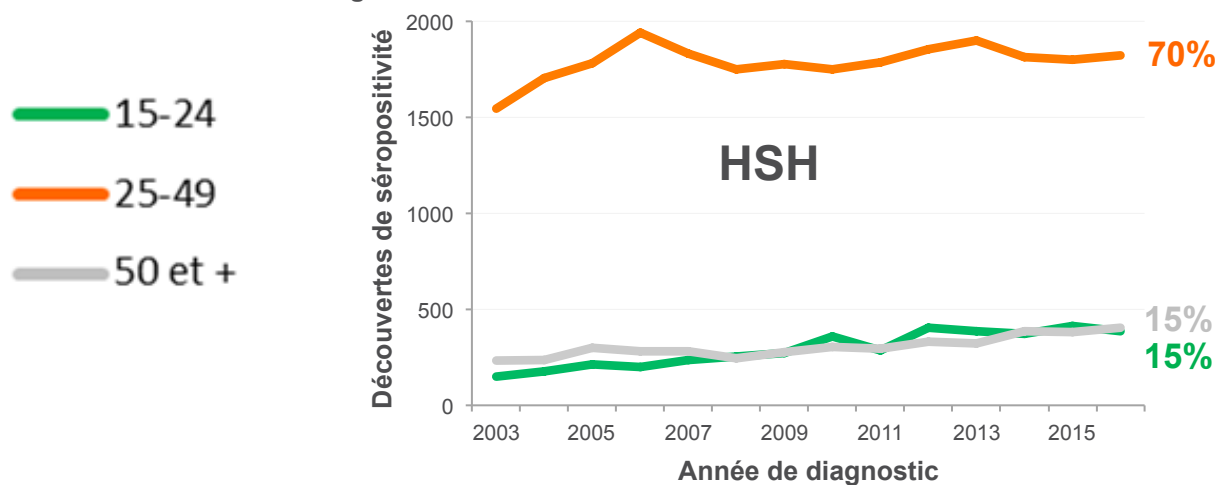
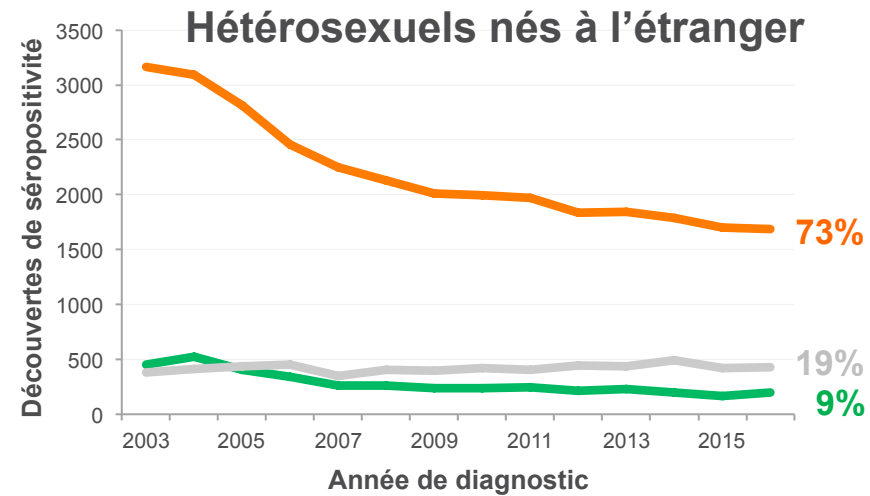
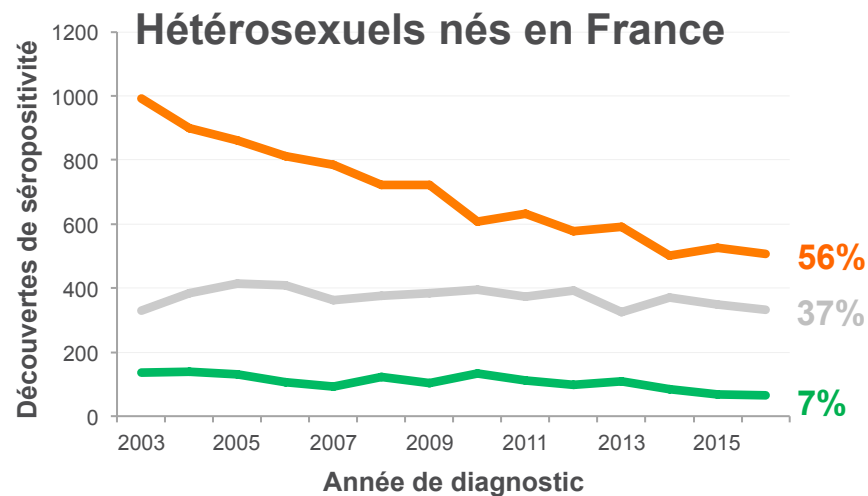


# SYPHILIS RÉCENTES : PAS D'AUGMENTATION EN 2017, QUELLES QUE SOIENT LA RÉGION ET L'ORIENTATION SEXUELLE





# VIH: LES SENIORS REPRÉSENTENT PLUS D'UN TIERS DES HÉTÉROSEXUELS NÉS EN FRANCE, LEUR NOMBRE EST STABLE



Échelles différentes pour les 3 figures

**Y a-t-il des recommandations internationales disponibles de dépistage chez les hétérosexuels ? Si oui, pour quelle(s) IST ?**

# Recommandations internationales

→ Beaucoup de recommandations thérapeutiques mais peu de recommandations de dépistage

OFFICIAL JOURNAL OF  
*Association for Genito-Urinary  
Medicine (AGUM)*  
*International Union against Sexually  
Transmitted Infections (IUSTI)*

## European STD Guidelines

Approved by the European Branch of the  
International Union against Sexually Transmitted  
Infections and the European Office of the  
World Health Organization

## Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015

**2016 European Guideline on the management of non-gonococcal urethritis**

Patrick J Horner(1, 2), Karla Blee(2), Lars Falk(3,4), Willem van der Meijden(5), Harald  
Moi, (6)

# Recommandations Mg australiennes

*australian*  
**STI MANAGEMENT**  
**GUIDELINES**  
FOR USE IN PRIMARY CARE



Juillet 2018



## Mycoplasma genitalium

M. genitalium | M. gen |

### Overview

- Our understanding of M. genitalium is rapidly evolving and so some recommendations are practical and likely to change as more evidence emerges
- Established cause of urethritis, cervicitis and PID and associated with preterm delivery and miscarriage(1, 2)
- Azithromycin (macrolide) resistance is common, particularly in MSM(3)
- More laboratories now offer testing and some tests report macrolide resistance
- Asymptomatic anorectal infection in MSM is common but the significance is unknown and asymptomatic screening is not currently recommended.

# Recommandations Mg anglaises

**BASHH**

Décembre 2018



## Summary of Recommendations

Section	Recommendation	Grading
4.1	Test for <i>M. genitalium</i> infection in all males with non-gonococcal urethritis	1B
4.1	Test for <i>M. genitalium</i> infection in all individuals with signs and symptoms suggestive of pelvic inflammatory disease	1B
4.2	Test current sexual partners of persons infected with <i>M. genitalium</i>	1D
5.2	First void urine is the specimen of choice in males	1C
5.2	Vaginal swabs (clinician- or self-taken) are the specimen of choice in females	1C
5.2	All <i>M. genitalium</i> positive specimens should be tested for macrolide resistance mediating mutations	1B

Dépistage de la gonococcie	USPTF, Etats Unis	INSPO, Canada	CDC, Etats Unis	RAGCP, Australie	PHE, Royaume Uni	BASHH, Royaume uni	NWS Health, Australie	ASHIV, Australie	ASHA, Australie
Femme < 20 ans + FRD				■					
Femme < 25 ans	■	■							
Homme < 25 ans									
Femme ≥ 25 ans + FDR	■								
<30 ans ?				■					
FDR (comportement)		■	■						
Migrants (Endémie)		■		■	■		■		■
Forte prévalence				■	■		■	■	
Autres IST, antécédent						■			
Travailleurs du sexe		■				■	■		■
Grossesse, IVG ,		■							■
Incarcération									■

**Tableau 2**      **Sensibilité et spécificité des indications de dépistage selon l'étude montréalaise dans les milieux cliniques**

<b>Critères de dépistage</b>	<b>Sensibilité</b>	<b>Spécificité</b>
< 25 ans et antécédents ITS	16,7 %	89,3 %
IVG actuelle ou antérieure	50,0 %	61,9 %
> 5 partenaires/12mois	70,0 %	77,8 %
HARSAH	90,0 %	55,3 %
UDI/UD	41,7 %	84,3 %
Partenaires hors Canada	66,7 %	82,8 %
Travailleurs (ses) du sexe	18,2 %	98,4 %
Au moins un facteur de risque	100 %	5,5 %

Infection gonococcique. Rapport sur la mise à jour des indications de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang INSPQ, 2104







**Quelles recommandations existent déjà en France pour le dépistage des hétérosexuels ?**

## DÉPISTAGE DES AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

PRINCIPAUX PATHOGÈNES RECHERCHÉS	<i>Chlamydia trachomatis</i>	VHB (hépatite B)
QUI DÉPISTER ?	<p>Préférentiellement dans les lieux visités par les personnes ayant des comportements sexuels à risque (CDAG, CIDDIST, CPEF...) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 30 ans ;</li> <li>&gt; femmes de plus de 25 ans et hommes de plus de 30 ans multipartenaires ou ayant un nouveau partenaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Personnes multipartenaires.</li> <li>&gt; Migrants originaires de zones de moyenne ou forte endémie.</li> <li>&gt; Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.</li> <li>&gt; Usagers de drogues par voie intraveineuse.</li> <li>&gt; Femmes pendant la grossesse.</li> <li>&gt; Personnes détenues.</li> <li>&gt; Personnes en situation de précarité.</li> <li>&gt; Personnes avec IST récente.</li> <li>&gt; Personnes infectées par le VIH ou le VHC.</li> <li>&gt; Partenaires sexuels et entourage proche d'une personne infectée par le VHB.</li> </ul>
EXAMENS À DEMANDER	<p><b>Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) sur prélèvement local :</b></p> <p>1<sup>er</sup> jet d'urines (hommes), auto-prélèvement vulvo-vaginal ou sur col si pose d'un speculum (femmes).</p>	<p>Selon la situation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ag HBs ;</li> <li>&gt; Ac anti-HBs ;</li> <li>&gt; Ac anti-HBc (totaux ou IgM).</li> </ul>
RECOMMANDATIONS LÉGISLATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Recommandations ANAES 2003.</li> <li>&gt; Avis sur les actes HAS 2010.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Dépistage obligatoire de l'AgHBs au cours du 4<sup>e</sup> examen prénatal de la grossesse (6<sup>e</sup> mois de grossesse) pour la prévention de la transmission au nouveau-né.</li> <li>&gt; Déclaration obligatoire anonymisée des hépatites B aiguës symptomatiques auprès de l'InVS [<a href="http://www.invs.sante.fr">www.invs.sante.fr</a>].</li> <li>&gt; Une vaccination contre le VHB doit être proposée aux personnes exposées au risque de transmission et n'ayant pas de marqueurs sérologiques d'hépatite B (voir <a href="#">calendrier vaccinal</a>).</li> <li>&gt; Recommandations diagnostiques ANAES 2001.</li> <li>&gt; Recommandations de dépistage HAS 2011 (en cours).</li> </ul>

Le dépistage de l'infection par le VIH ne peut être conçu comme une intervention isolée de santé publique et doit être intégré dans une approche préventive globale incluant l'ensemble des infections sexuellement transmissibles (dont l'hépatite B pour les populations exposées au risque).

<i>Treponema pallidum</i> (syphilis)	Gonocoque	HPV (papillomavirus humain)
<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.</li> <li>&gt; Femmes pendant la grossesse.</li> <li>&gt; Personnes détenues.</li> <li>&gt; Personnes en situation de prostitution.</li> <li>&gt; Personnes ayant des rapports non protégés avec des personnes en situation de prostitution.</li> <li>&gt; Migrants en provenance d'un pays d'endémie.</li> <li>&gt; Personnes multipartenaires.</li> <li>&gt; Personnes avec IST récente.</li> <li>&gt; Après un viol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.</li> <li>&gt; Personnes multipartenaires.</li> <li>&gt; Personnes ayant un partenaire sexuel avec une IST.</li> <li>&gt; Personnes avec IST récente.</li> </ul>	<p>Femmes de 25 à 65 ans.</p>
<p><b>Test tréponémique (TPHA, TPPA, Elisa) + test non tréponémique (VDRL, RPR).</b></p>	<p><b>En cas de symptômes (situation diagnostique) :</b> la culture à partir d'un prélèvement local au laboratoire est l'examen de référence.</p> <p><b>En l'absence de symptôme (dépistage) :</b> TAAN* sur prélèvement local (révision de la nomenclature envisagée).</p> <p>Le test combiné gonocoque-chlamydia est proposé par la HAS sur : 1<sup>er</sup> jet d'urines chez l'homme, auto-prélèvement vaginal, prélèvement pharyngé ou anal selon les pratiques sexuelles.</p>	<p>Frottis cervico-utérin de dépistage du cancer du col à renouveler tous les trois ans après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle.</p>
<p>Recommandations HAS : dépistage de la syphilis mai 2007.</p> <p>Dépistage obligatoire lors du 1<sup>er</sup> examen prénatal. Le dépistage est à répéter au 3<sup>e</sup> trimestre en cas de prise de risque lors d'un rapport sexuel par la femme ou le partenaire.</p>	<p><b>Propositions HAS :</b> dépistage du gonocoque décembre 2010.</p>	<p>Vaccination contre certains HPV :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; des jeunes filles de 14 ans ;</li> <li>&gt; en rattrapage pour les femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapport sexuel ou, au plus tard, dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle (voir <a href="#">calendrier vaccinal</a>).</li> </ul> <p>La vaccination contre les HPV ne se substitue pas au frottis cervico-utérin de dépistage mais vient renforcer les mesures de prévention.</p>

# Recommandations françaises Ct

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

2018

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE



## Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*

Septembre 2018

« Un dépistage systematique opportuniste des ♀ sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les ♀ enceintes »

# Recommandations françaises Ct

## - un dépistage opportuniste ciblé :

- ▶ des hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge,
- ▶ des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque,
- ▶ des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Les facteurs de risque sont : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, *Mycoplasma genitalium*), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol.

# Recommandations CNR IST

## Rectites à Ct

Au vu de l'épidémiologie de la LGV, génotypage LGV chez les **hommes avec rectite symptomatique** ou **hommes asymptomatiques uniquement VIH+**

# Recommandations françaises Mg

Communiqué commun GRIDIST et SFD

2018



- Ne pas rechercher systématiquement *M. genitalium* parallèlement aux autres agents responsables d'infections sexuellement transmissibles dans le cadre du dépistage de patients asymptomatiques





HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

**RAPPORT D'ORIENTATION**

Dépistage et prise en charge de l'infection à  
*Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et  
propositions

# Dépistage et prise en charge de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae* : état des lieux et propositions, France 2010

- **Scénario 1 : dépistage ciblé dans les sous-groupes de population présentant des facteurs de risque**
  - Les personnes dépistées ou diagnostiquées pour une autre IST.
  - Les personnes ayant des antécédents d'IST, dont le gonocoque.
  - Les HSH.
  - Les personnes porteuses du VIH.
  - Les hommes et les femmes ayant des comportements sexuels à risque :
    - personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et ayant une utilisation inadaptée des préservatifs ;
    - partenaire sexuel d'une personne infectée par le gonocoque ou par une autre IST.

Cette stratégie correspond à un dépistage ciblé des individus présentant des facteurs de risque, et concerne tous les professionnels de santé et les structures de soins.

- **Scénario 2 : dépistage de l'ensemble des individus ayant recours aux soins dans les CDAG-CIDDIST, les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), les centres d'orthogénie et les centres de santé sexuelle.**

Cette stratégie correspond à un dépistage ciblé dans des environnements particuliers.



Recommandations en santé publique

**Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France**

# Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France

**Le dépistage de la syphilis est recommandé chez les hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes**

**Par prudence, un dépistage peut également être proposé :**

- chez les travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés;
- chez les clients des travailleurs du sexe et ayant des rapports non protégés ;
- lors du **diagnostic ou en cas d'antécédent d'IST** (gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH );
- chez les personnes ayant des rapports non protégés avec **plusieurs partenaires par an** ;
- chez les **migrants en provenance de pays d'endémie** (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud) ;
- lors d'une **incarcération** ;
- après un **viol**.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUATION ÉCONOMIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE

## Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France

---

# Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France, France 2018

## Dépistage régulier dans les populations clés:

- tous les trois mois chez les HSH ;
- tous les ans chez les UDI ;
- tous les ans chez les personnes originaires de zones de forte prévalence, notamment d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

## En dehors des populations clés:

- au moins une fois au cours de la vie entre 15 et 70 ans chez les personnes ignorant leur séropositivité
- en fonction de l'incidence de l'infection à VIH et de la prévalence de l'infection non diagnostiquée plus élevées dans certaines régions (IDF, PACA, DFA)
- chez les hommes, qui ont un moindre recours au système de soins que les femmes

## Systematiquement dans un certain nombre de circonstances:

- en cas de diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C, de grossesse et de viol
- projet de grossesse, de prescription d'une contraception, d'IVG
- d'incarcération ou de diagnostic de tuberculose
- démarche individuelle et volontaire de recours au dépistage

# PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS  
Sous la direction du Pr Philippe Morlat  
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

Prévention et dépistage  
(avril 2018)

# Proposition de stratégie de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) par population

*Adapté des recommandations de la Société Française de Dermatologie (16) et de la HAS*

## Population générale

- **Dépistage conjoint VIH-VHB-VHC au moins une fois au cours de la vie**
- **Dépistage VIH à chaque changement d'orientation** de vie (dont multi-partenariat)
- **Dépistage VIH lors de tout recours aux soins** en l'absence de dépistage antérieur
- **Dépistage VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc)** en l'absence d'antécédent de vaccination
- **Dépistage VHC (Ac anti-VHC)** s'il n'a jamais été réalisé
  
- **Dépistage *Chlamydia trachomatis* (TAAN)** par auto-prélèvement vaginal chez **les femmes de 15 à 25 ans** et dans le 1er jet urinaire chez **les hommes de 15 à 30 ans, tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire ;**
- l'utilisation d'une **PCR mixte permet également le dépistage de l'infection à gonocoque dans cette population**
  
- **Frottis cervical** : après deux frottis normaux à un an d'intervalle, prescrire un frottis tous les trois ans entre 25 et 65 ans



# Proposition de stratégie de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) par population

*Adapté des recommandations de la Société Française de Dermatologie (16) et de la HAS*

## Personnes migrantes

- **Recommandations pour la population générale**
- **Dépistage coordonné** au minimum une fois par an en cas de prise de risque

## Travailleurs/ses du sexe

- **Recommandations pour la population générale**
- **Dépistage de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B** (en l'absence de vaccination) une fois par an, plus fréquemment en cas de prise de risque

## Quelques remarques

# Quid du dépistage à domicile ?

- Cf Chlamyweb (dépistage de Ct)
- Cf travaux « MémoDépistages » (CROI 2019, plénière 28/03)
- **Autre(s) piste(s) intéressante(s) de dépistage des asymptomatiques chez les publics difficiles d'accès**
  - Niveaux d'acceptabilité élevés  $\approx 85\%$  (peut-être moindre que chez les HSH)
  - Auto-prélèvements même performance que par un praticien
  - Moindre coût

# Hétéro certes mais pratiques ≠

- **Femmes**

- Rapports bucco-génitaux et dépistage(s) pharyngé(s)
- Rapports anaux, parfois négligés...

- **Hommes**

- Possibilités de portages anaux asymptote IST (« sextoys »...)

- **Femmes et hommes**

- Sexe en groupe, libertinage...

# Stratégie dépistage VHB

- **3 marqueurs sérologiques (AgHBs, Ac anti-HBs et Ac anti-HBc) vs 1 et 2 marqueur(s)...**
  - Préférer les 3 marqueurs

# **Stratégie dépistage syphilis**

- **Femmes enceintes et zone de forte endémie syphilitique**
  - La Réunion : ajout d'un dépistage à 28 SA

**Quels sont les critères internationaux validés pour définir une stratégie de dépistage efficiente ?**

# Critères d'un programme de dépistage: systématique/opportuniste/ciblé



1. Menace grave pour la santé publique (fréquence, gravité, complication...)
2. Traitement efficace
3. Diagnostic et traitement appropriés
4. Diagnostic précoce (phase de latence ou au début de la phase clinique)
5. Examen de dépistage efficace
6. Tests acceptables pour la population
7. Connaître l'histoire naturelle de la maladie
8. Critères préétablis pour identifier les populations cible du dépistage
9. Coût non disproportionné (par rapport au coût global des soins médicaux)
10. Pérennité du dépistage



**Tableau 1 - ITSS à rechercher selon les facteurs de risque décelés (à titre indicatif)**

FACTEURS DE RISQUE	ITSS À RECHERCHER					
	Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i>	Infection gonococcique	Syphilis	Infection par le VIH	Hépatite B <sup>1</sup>	Hépatite C
<i>La personne qui a eu des relations sexuelles non protégées avec une personne appartenant à l'un ou l'autre des groupes 2 à 7 ou au groupe 11 devrait se soumettre aux mêmes analyses que si elle faisait partie de ce groupe. Cela ne s'applique généralement pas pour l'hépatite C, dont la transmission sexuelle est faible.</i>						
<b>Critères sociodémographiques et facteurs liés aux comportements sexuels</b>						
1. Personne de moins de 25 ans sexuellement active sans autre facteur de risque	✓					
2. Personne ayant eu plus de deux partenaires sexuels au cours des deux derniers mois ou plus de cinq partenaires au cours de la dernière année ou un partenaire anonyme au cours de la dernière année	✓	✓	✓	✓	✓	
3. Personne ayant eu une relation sexuelle avec un partenaire originaire d'une région où les ITS ou le VIH sont endémiques	✓	✓	✓	✓	✓	
4. Personne originaire d'une région où le VIH est endémique				✓	✓	
5. Homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	✓	✓	✓	✓	✓	
6. Travailleur ou travailleuse du sexe	✓	✓	✓	✓	✓	
7. Jeune de la rue	✓	✓	✓	✓	✓	
<b>Antécédents médicaux</b>						
8. ITSS antérieure						

# Proposition de stratégie de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) par population \*

Adapté des recommandations de la Société Française de Dermatologie (16) et de la HAS (17, 18, 19)



## Faut-il proposer autre chose en 2019 ou ré ajuster à la vue de toutes ces données ?

### Population générale\*

- Dépistage conjoint VIH-VHB-VHC au moins une fois au cours de la vie
- Dépistage VIH à chaque changement d'orientation de vie (dont multi-partenariat)
- Dépistage VIH lors de tout recours aux soins en l'absence de dépistage antérieur
- Dépistage VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) en l'absence d'antécédent de vaccination (Prescrire une recherche d'infection par le virus delta en cas d'Ag HBs positif)
- Dépistage VHC (Ac anti-VHC) s'il n'a jamais été réalisé
- Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour *Chlamydia trachomatis* par auto-prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 25 ans et dans le 1<sup>er</sup> jet urinaire chez les hommes de 15 à 30 ans, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire ; l'utilisation d'une PCR mixte permet également le dépistage de l'infection à gonocoque dans cette population
- Frottis cervical : après deux frottis normaux à un an d'intervalle, prescrire un frottis tous les trois ans entre 25 et 65 ans et en l'absence de signes ou symptômes

### Personnes migrantes

- En complément des recommandations pour la population générale, renouveler la proposition de dépistage coordonné au minimum une fois par an en cas de prise de risque

### Travailleurs/ses du sexe

- En complément des recommandations pour la population générale, renouveler tous les ans le dépistage de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (en l'absence de vaccination), voire plus fréquemment en cas de prise de risque

**Quelles sont vos questions, remarques  
et suggestions ?**