



RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE DES IST EN FRANCE

Séminaire Santé sexuelle
Dr Bao-Chau PHUNG
SMIT Bichat Paris
24 septembre 2025

POURQUOI DÉPISTER LES IST ?

EPIDEMIOLOGIE GENERALE

- 1 million d'IST diagnostiquées **PAR JOUR** dans le monde
- En 2020, 374 millions d'IST diagnostiquées dont :
 - *Chlamydia trachomatis* : 129 millions
 - *Neisseria gonorrhoeae* : 82 millions
 - Syphilis : 7,1 millions
 - *Trichomonas vaginalis* : 156 millions

PROBLEME MONDIAL DE SANTE PUBLIQUE

POURQUOI DÉPISTER LES IST ?

Résurgence des IST :

- Baisse à la fin des années 80 et années 90 et hausse depuis les années 2000
- Cause identifiée : recul des moyens de prévention

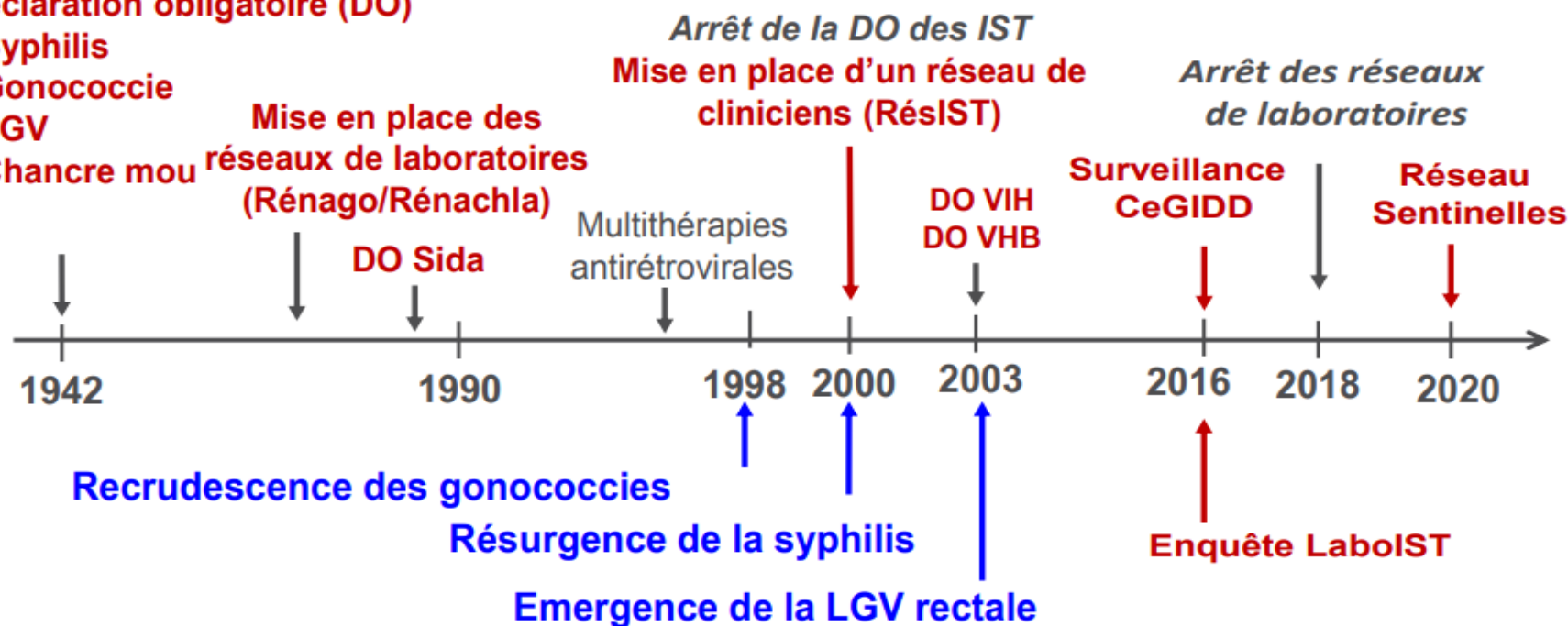
Conséquences

- A l'échelle individuelle, impact sur le pronostic fonctionnel et vital
 - Rétrécissement urétral, séquelles d'uvéite, herpès génital récidivant
 - Cirrhose et cancer, cancer du col de l'utérus/canal anal, VIH stade SIDA
 - Fertilité
 - Infections materno-fœtales avec syphilis, Chlamydia, herpès...
 - Antibiorésistance avec *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*...
- A l'échelle collective, croissance des épidémies :
 - Transmission interhumaine avec maintien des réservoirs
 - Certaines IST favorisent la transmission du VIH: **Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2022, 22% étaient co-infectées par une IST bactérienne (principalement syphilis, gonococcie ou infection à Chlamydia trachomatis).**
 - Coût de prise en charge

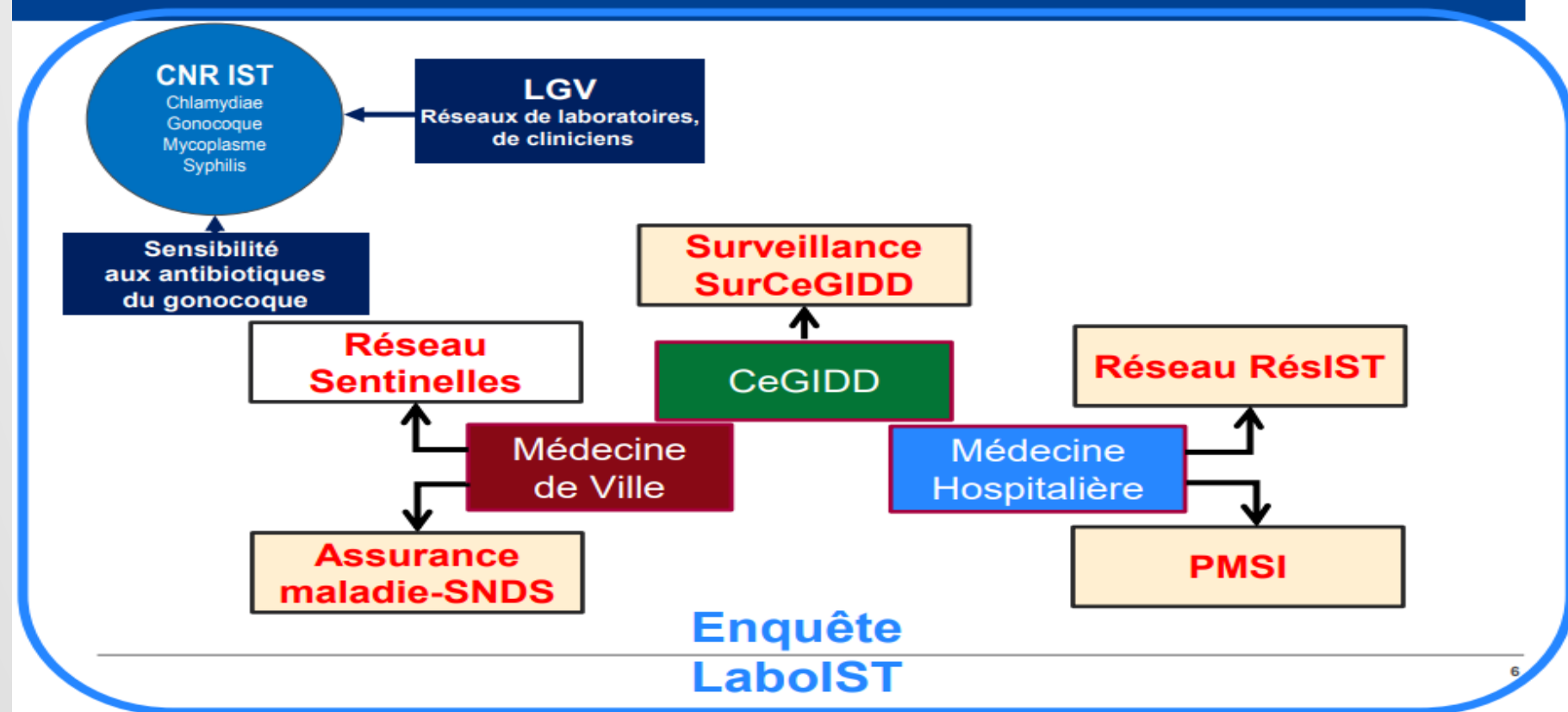
EVOLUTION DE LA SURVEILLANCE DES IST EN FRANCE

Déclaration obligatoire (DO)

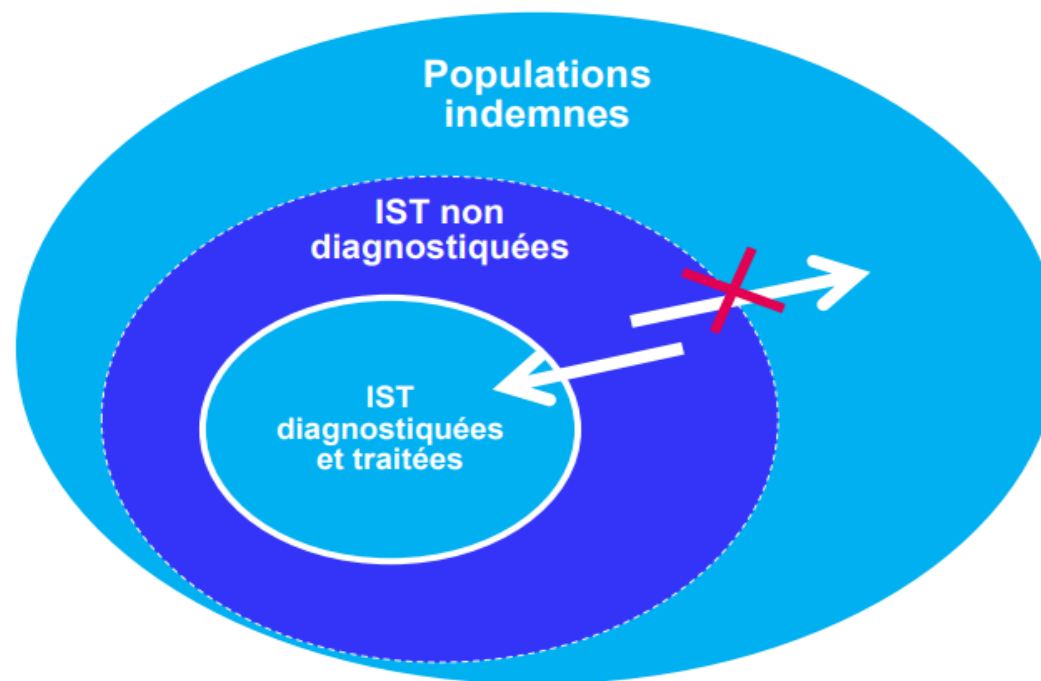
- Syphilis
- Gonococcie
- LGV
- Chancre mou



ENJEUX DE LA SURVEILLANCE DES IST : COUVRIR LES DIFFÉRENTS LIEUX DE DIAGNOSTIC



ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE : INTERROMPRE LA TRANSMISSION DES IST



LE DÉPISTAGE CONCERNE LES PERSONNES ASYMPTOMATIQUES

On dépiste:

- ✓ VIH
- ✓ VHB
- ✓ VHC
- ✓ Syphilis
- ✓ Chlamydia
- ✓ Gonocoque

On NE dépiste PAS

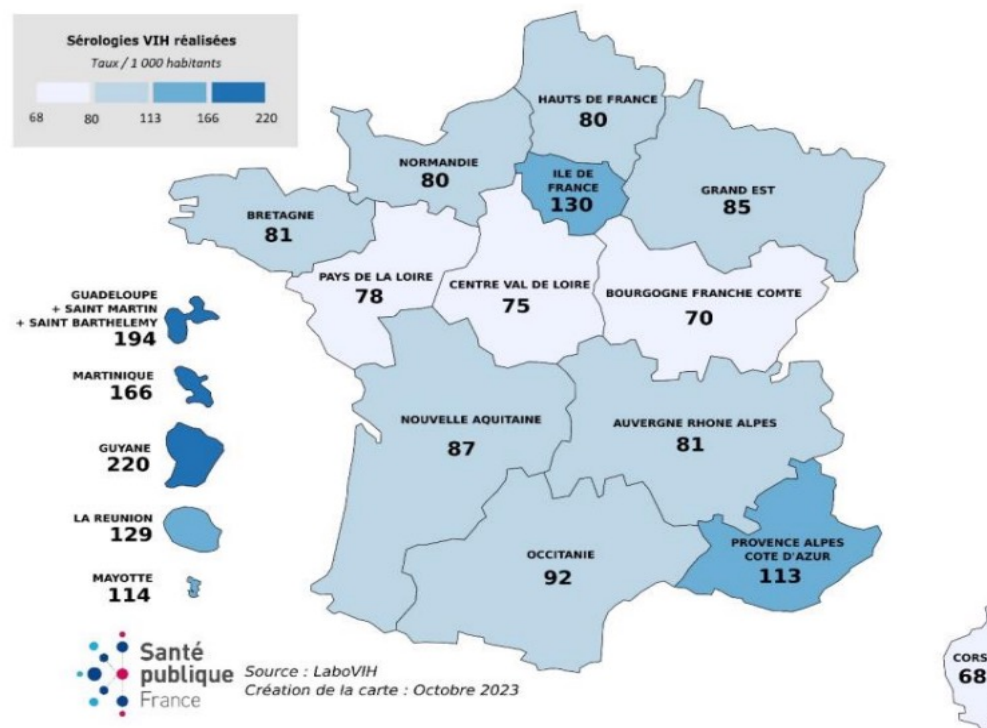
- ❖ L'herpès
- ❖ Les autres pathogènes responsables d'urétrite:
 - ❖ *mycoplasme genitalium*,
 - ❖ *trichomonas vaginalis*

HPV

VIH

VIH – DÉPISTAGE

- L'activité de dépistage France entière, qui est en 2022 de 96 sérologies pour 1 000 habitants, varie selon les régions.
- Des niveaux de dépistage plus élevés sont observés en Guyane, Guadeloupe, puis Martinique. Vient ensuite un 2ème groupe de régions que sont l'Ile-de-France, La Réunion, Mayotte et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA).
- Les autres régions ont des taux compris entre 68 et 92 sérologies VIH pour 1 000.

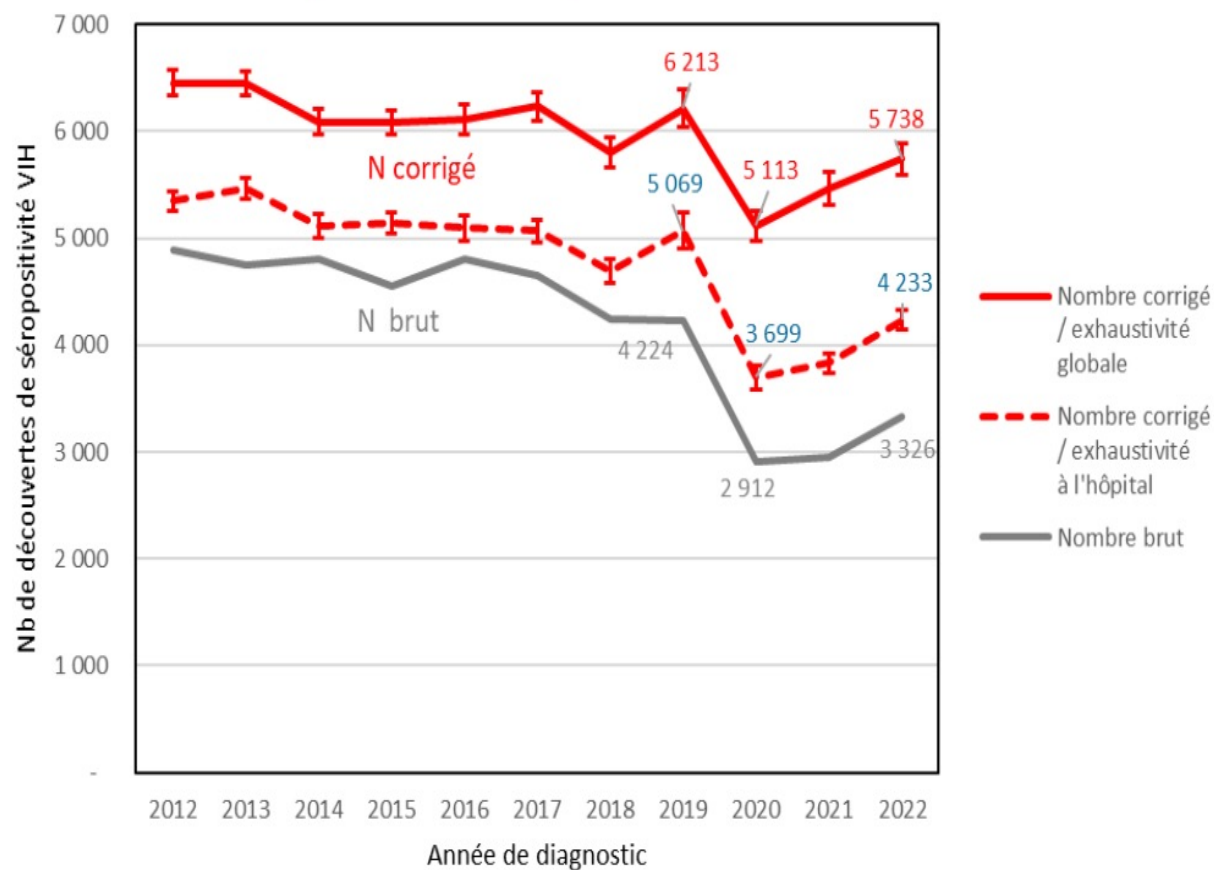


Source : Santé publique France, LaboVIH 2022, données corrigées

Taux de sérologies VIH réalisées par région du laboratoire (pour 1 000 habitants), France, 2022

VIH – DIAGNOSTICS

- L'augmentation observée entre 2020 et 2022 fait suite à la diminution importante en 2020 liée à l'épidémie de Covid-19
- Le nombre de découvertes en 2022 est significativement inférieur à celui de 2019
- Entre 2012 et 2022, le nombre de découvertes de séropositivité a diminué de 11% selon les estimations « hautes » et de 21% selon les estimations « basses »

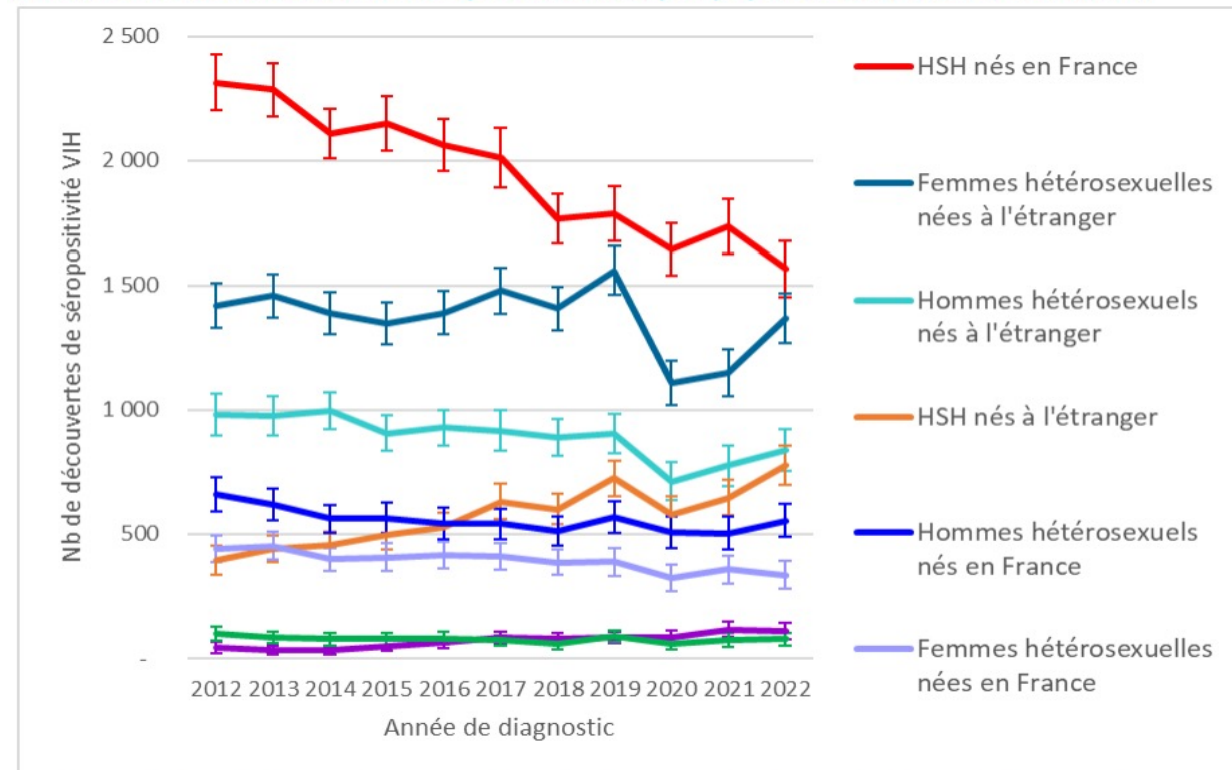


Nombre de découvertes de séropositivité VIH France, 2012-2022

VIH – CHIFFRES CLÉS

- Les principaux modes de contamination des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2022 étaient :
 - **les rapports hétérosexuels (54%) et les rapports sexuels entre hommes (41%)** chez des personnes cis.
 - Les découvertes étaient plus rarement liées à des rapports sexuels chez des personnes trans (2%) et à l'usage de drogues injectables (1%).
 - Les autres modes de contamination représentaient 2% des découvertes.
- Les hommes cis étaient contaminés majoritairement par rapports sexuels entre hommes (60%) et les femmes cis par rapports hétérosexuels (97%).
- **La majorité des personnes contaminées par rapports hétérosexuels étaient nées à l'étranger (71%)**
- **Parmi les HSH, 33% étaient nés à l'étranger**

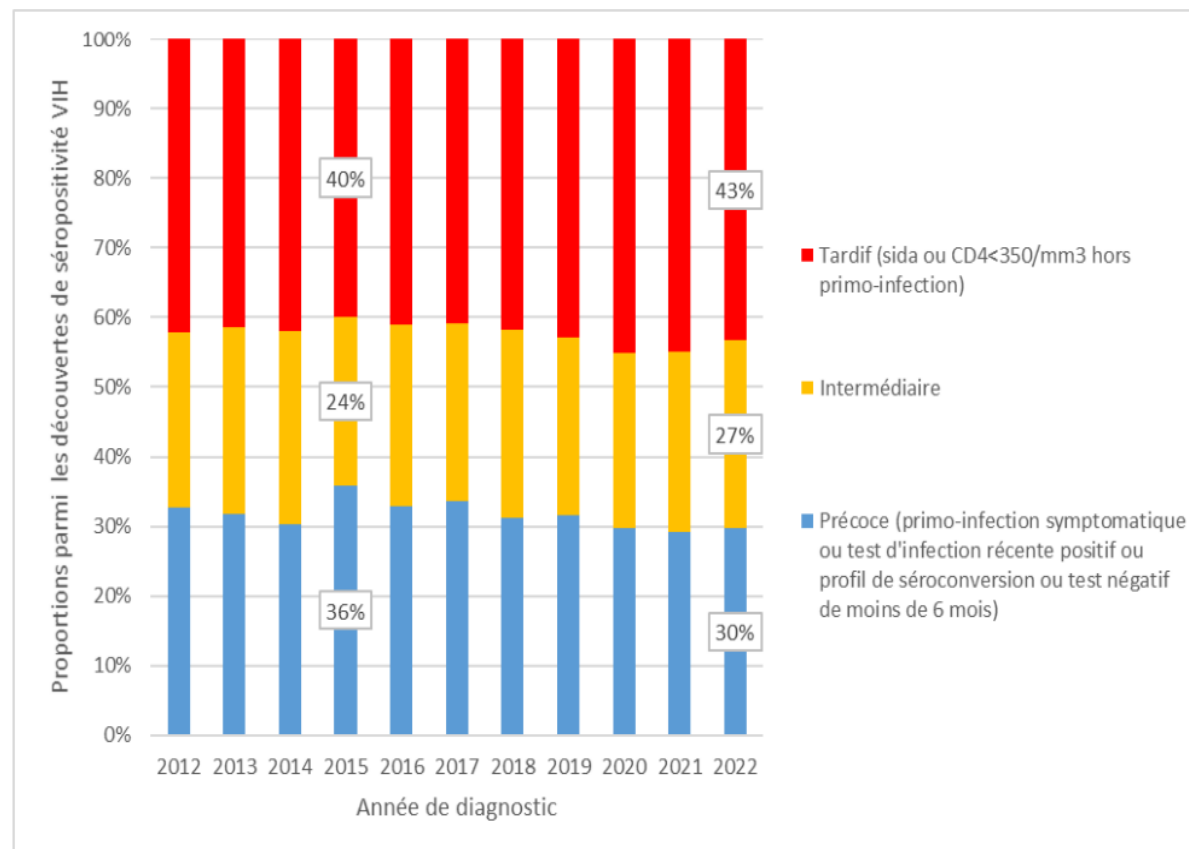
Nombre de découvertes de séropositivité VIH par population*, France, 2012-2022



* population définie par le genre, le mode de contamination probable et le lieu de naissance.

VIH – CHIFFRES CLÉS

- En 2022, 30% des découvertes de séropositivité chez les adultes étaient des diagnostics précoces
- **43% étaient des diagnostics tardifs**
- La part des diagnostics précoces est stable sur les dernières années. La part des diagnostics tardifs a retrouvé en 2022 le niveau de 2019 (43%)



Répartition des découvertes de séropositivité VIH selon le caractère précoce, intermédiaire ou tardif du diagnostic, France, 2012-2022

VIH

- LES OUTILS

Diversité des tests proposés:

- Elisa de 4^e génération,
- test rapide d'orientation diagnostique(TROD),
- autotest de dépistage de l'infection à VIH (ADVIH)

Diversité des acteurs:

- sur proposition d'un professionnel de santé
- CeGIDD
- associations (TROD)
- laboratoires d'analyses : labo sans ordonnance

RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE VIH

Dépistage proposé à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans « au moins une fois dans la vie » lors d'un recours aux soins, en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH

- Dépistage ciblé et régulier pour les populations les plus exposées,
 - les HSH multipartenaires
 - les UDI
 - les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes
- Systematiquement proposé dans différentes circonstances :
 - diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C,
 - diagnostic de tuberculose,
 - grossesse ou projet de grossesse,
 - viol,
 - prescription d'une contraception ou IVG,
 - incarcération.

CONTEXTE DE RÉÉVALUATION DE STRATÉGIE

- L'infection VIH: **une épidémie concentrée**
 - HSH: taux d'incidence 200 fois supérieur à population hétérosexuelle née en France métropolitaine
 - UDI: taux d'incidence 20 supérieur
 - Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes: taux 70 fois supérieur chez les femmes et 30 fois chez les hommes
- L'infection VIH: **une épidémie cachée**

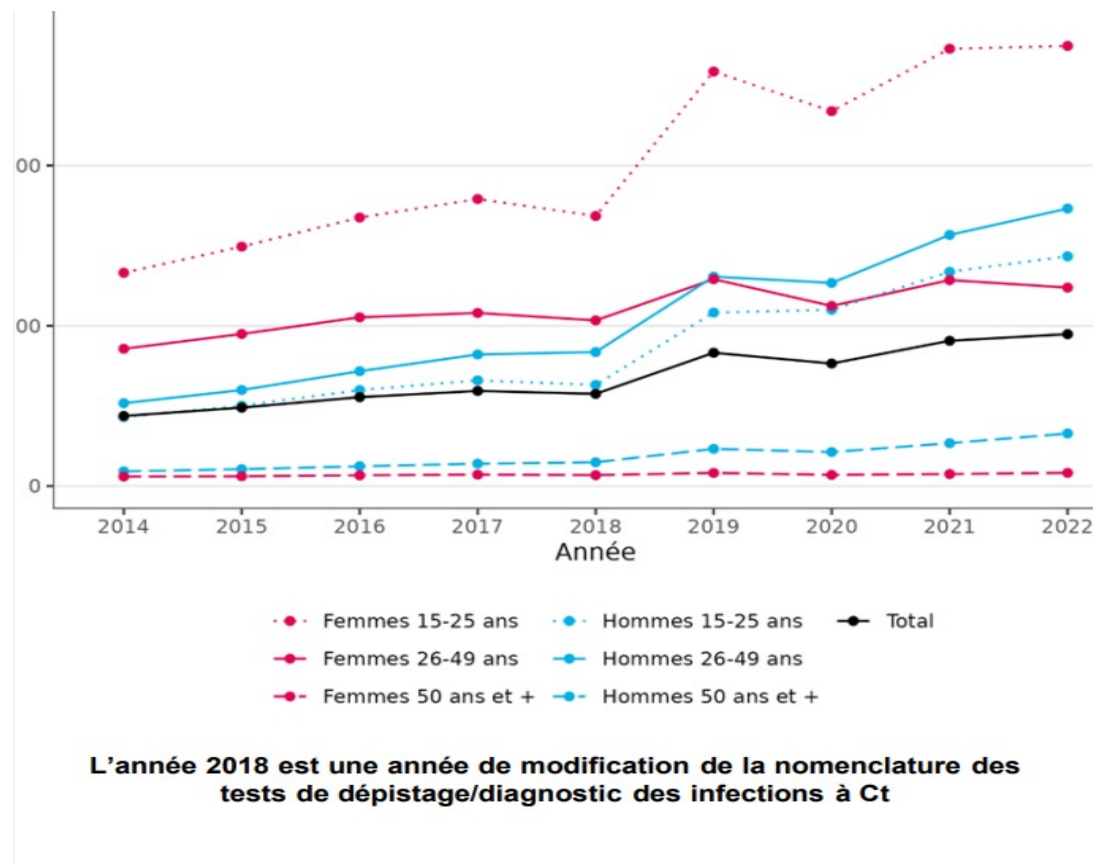
RÉÉVALUATION DE STRATÉGIE DE DÉPISTAGE VIH

- Dépistage proposé à l'ensemble de la population générale âgée de 15 à 70 ans « au moins une fois dans la vie » lors d'un recours aux soins, en dehors de toute notion d'exposition à un risque de contamination par le VIH
- dépistage ciblé et régulier pour les populations les plus exposées,
 - les HSH multipartenaires → tous les 3 mois
 - les UDI → tous les ans
 - les personnes multipartenaires originaires d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes → tous les ans
- systématiquement proposé dans différentes circonstances :
 - diagnostic d'une IST, d'une hépatite B ou C,
 - diagnostic de tuberculose,
 - grossesse ou projet de grossesse,
 - viol,
 - prescription d'une contraception ou IVG,
 - incarcération.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS

CHLAMYDIA -CHIFFRES CLÉS

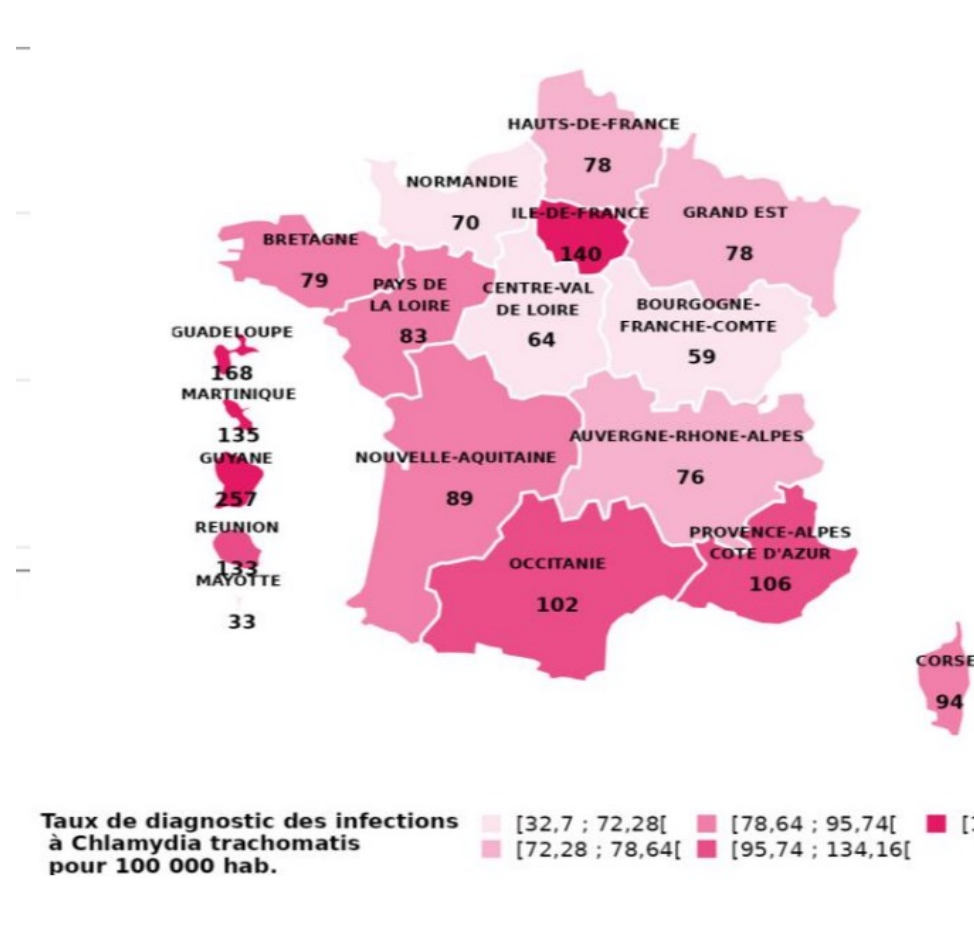
- En 2022, le nombre de personnes de >15 ans diagnostiquées pour une infection à Ct au moins une fois dans l'année en secteur privé a été estimé à environ 53 000. Ce nombre a plus que doublé entre 2014 et 2022.
- Le taux d'incidence des cas diagnostiqués pour une infection à Chlamydia trachomatis augmente depuis 2014 et est désormais plus élevé chez les hommes que chez les femmes, parmi lesquelles il se stabilise
- Comme les années précédentes, le **taux d'incidence en 2022 reste le plus élevé chez les jeunes femmes de 25 ans et moins** (275 pour 100 000)
- En CeGIDD :Le nombre d'infections à Ct diagnostiquées est d'environ 25 000 en 2022. le taux de positivité le plus élevé en est observé chez les HSH



Evolution du taux d'incidence des diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis en secteur privé par sexe et âge, chez les 15 ans et plus (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2014-2022

INFECTIONS À CT DIAGNOSTIQUÉES

- Le taux d'incidence en 2022 est le plus élevé en Guyane (257 pour 100 000 habitants).
- Le taux est élevé également dans les autres DROM à l'exception de Mayotte (entre 133 et 168), en Ile-de-France (140), en PACA (106) et en Occitanie (102)
- **Les taux de positivité régionaux sont les plus élevés aux Antilles (15,9% en Guadeloupe, 12,0% en Martinique) et en Guyane (10,1%), alors qu'il est le plus faible en Corse (4,0%)**



Taux d'incidence des diagnostics d'infection à Chlamydia trachomatis en secteur privé, par région de domicile chez les 15 ans et plus (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 1 000 habitants), France, 2022

CHLAMYDIA TRACHOMATIS – LES OUTILS

- Germe intracellulaire obligatoire
- Diagnostic microbiologique
 - **Place prépondérance de la PCR: Test d'amplification des acides nucléiques TAAN** (real-time PCR, TMA, SDA), Les seuls remboursés
 - PCR 1^{er} jet (1^{er} jet = urines ayant stagné dans la vessie)
 - PCR auto- prélèvement vaginal (plus fiable que 1^{er} jet chez la femme)
 - PCR anal (selon indication)
 - PCR pharyngé (selon indication)
 - Développement de tests multiplex: duplex (CT/NG), triplex; multiplex➔ problèmes de coût, de cotation, de dépistages injustifiés
 - Test antigéniques: non recommandés, pas adaptés au dépistage
 - Culture cellulaire: peu sensible, fastidieux et pas adapté à tous les échantillons
- Sérologie (EIA, IF) très peu d'indication: infections génitales hautes, bilan d'infertilité

Acteurs:

- sur proposition d'un professionnel de santé, cabinets de médecine générale, gynécologie, sage-femme
- CeGIDD, CPEF, SSU et centres d'orthogénie
- laboratoires d'analyses : **labo IST sans ordonnance**

CHLAMYDIA TRACHOMATIS: STRATÉGIE RÉÉVALUÉE

Recommandation HAS 2018

- un dépistage opportuniste systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceinte
- dépistage opportuniste ciblé :
 - hommes sexuellement actifs avec FDR
 - femmes sexuellement actives avec FDR et > 25 ans
 - femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge

- **Les facteurs de risques** sont:
 - multi partenariat (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.

FRÉQUENCE ET SITES DE DÉPISTAGE DU *C.TRACHOMATIS*

Fréquence:

- ✓ Tous les ans si test négatif et rapports non protégés avec nouveau partenaire
- ✓ Test répété à 3-6 mois si test positif en cas de doute sur l'observance au traitement, ou traitement d'un couple: vérifier l'absence de recontamination
- ✓ Tous les 3 mois pour les HSH

Sites

La possibilité d'un remboursement des trois sites de prélèvement

- ano-rectal,
- pharyngé,
- génito-urinaire

selon les pratiques sexuelles et en particulier chez les HSH

TRAITEMENT DES INFECTIONS À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

- TOUTES les situations
- Infections urogénitales non compliquées chez l'homme et la femme non enceinte, orchi-épididymites et des prostatites, infections anorectales (hors LGV)
Chez l'homme et la femme non-enceinte, infections oropharyngées, conjonctivite



- **1ère intention** : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours (grade A) / 14 jours pour IGH
- **2ème intention** : azithromycine 1 g dose unique (grade A)
- **3ème intention** : Le choix de l'antibiothérapie relève d'un avis spécialisé (AE)

SAUF

Infections urogénitales non compliquées
et infections génitales hautes **chez la femme enceinte**



1ère intention :
1er trimestre : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 7 jours (grade A)
2ème et 3ème trimestres : azithromycine 1 g dose unique (grade B)
2ème intention : en cas CI à doxycycline et l'azithromycine, érythromycine 500 mg x 4 par jour pendant 7 jours (grade B)

Lymphogranulomatose vénérienne (sérotype L)



1ère intention : doxycycline 100 mg x 2 par jour pendant 21 jours (grade A)
2ème intention : azithromycine 1 g par semaine pendant 3 semaines

CONTRÔLE DE L'EFFICACITÉ

La réalisation d'un TAAN CT pour contrôler la guérison 4 semaines après la fin du traitement est recommandée uniquement dans les situations suivantes (grade A) :

- En cas de grossesse ;
- Si l'azithromycine est utilisée pour traiter une infection rectale ;
- Si le traitement de 1ère ligne n'est pas utilisé en cas de LGV ;
- Si le traitement de 1ère ligne n'est pas utilisé en cas de suspicion de LGV sans possibilité de réalisation du génotypage de CT ;
- Si les symptômes persistent.

TRAITEMENT DES PARTENAIRES

Le signalement au(x) partenaire(s) par le cas index doit être systématique (grade A).

La période sur laquelle identifier les partenaires à notifier est de 6 mois (AE).

Le partenaire doit faire l'objet d'une évaluation médicale et réaliser un TAAN CT. En cas de TAAN CT positif, il doit être traité (grade C).

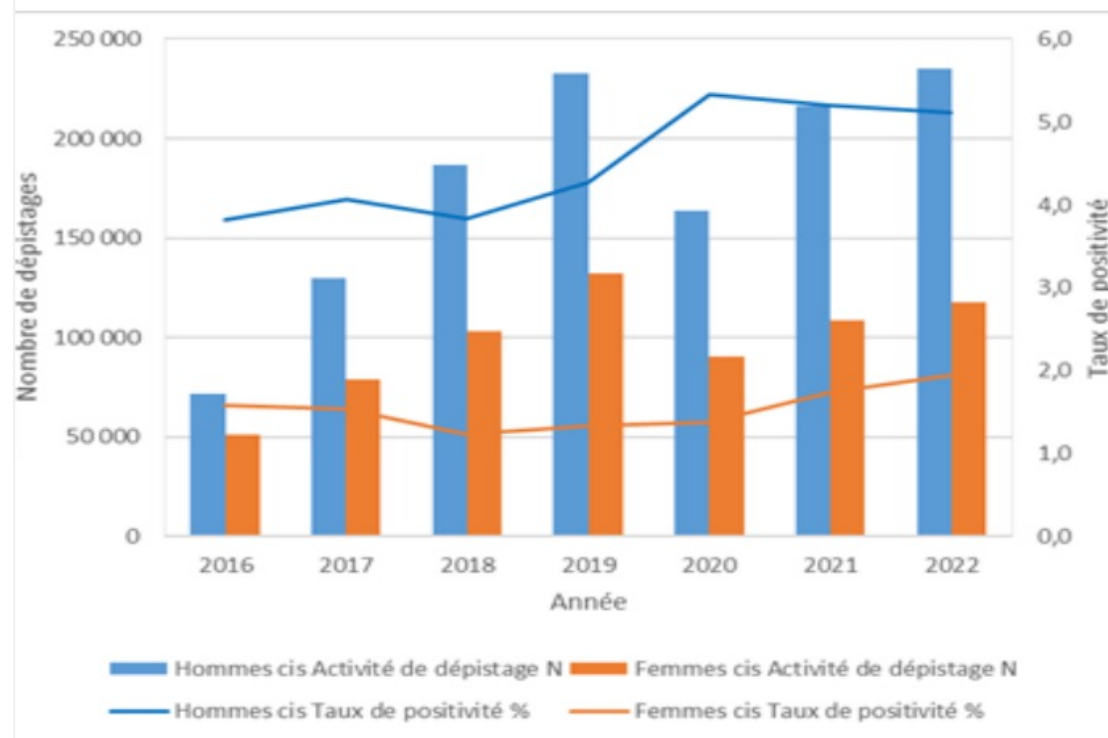
Si le dernier rapport sexuel potentiellement contaminant peut être daté et remonte à moins de 14 jours, un traitement est proposé (quel que soit le résultat du TAAN CT) (AE).

NEISSERIA GONORRHEAE

GONOCOQUE

-DIAGNOSTICS

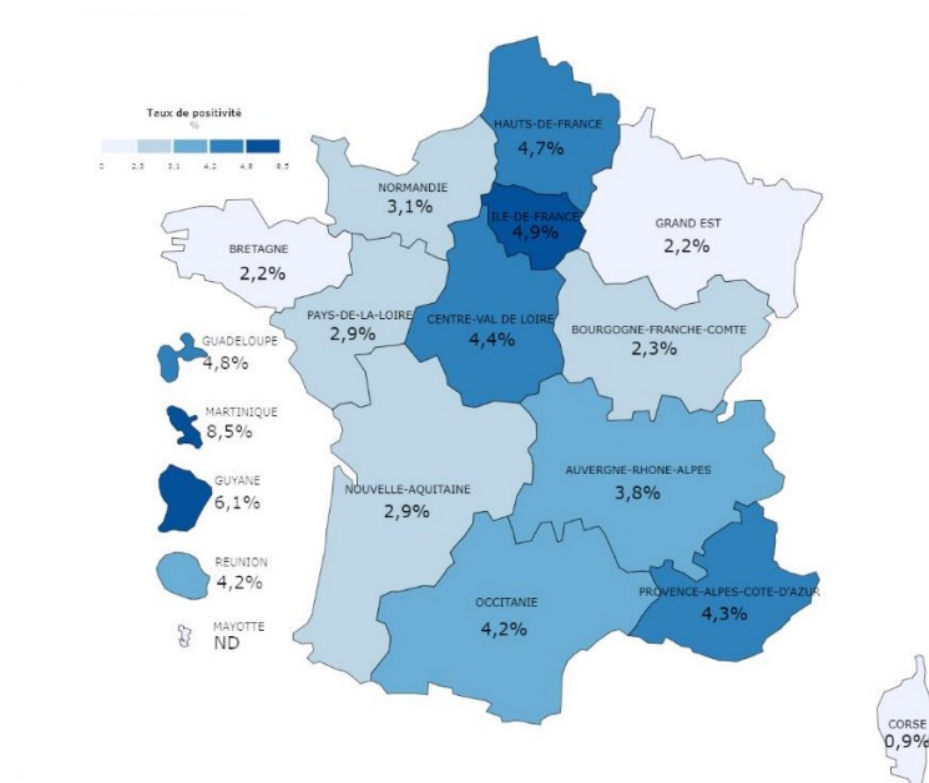
- Le nombre de gonococcies diagnostiquées en CeGIDD est d'environ 14 800 en 2022.
- Ce nombre est en augmentation continue dans les deux sexes depuis 2016 (en dehors d'une baisse en 2020), augmentation plus marquée chez les hommes cis que chez les femmes cis
- **Le taux de positivité des tests en CeGIDD, égal à 4,1% en 2021 vs 3,2% en 2019**
- **Parmi les personnes dont les pratiques sexuelles sont connues, le taux de positivité est près de 5 fois plus élevé chez les HSH (9,3%) que chez les hommes hétérosexuels (1,9%) et les femmes hétérosexuelles (1,7%).**



Evolution du nombre et du taux de positivité des dépistages des infections à gonocoque en CeGIDD, chez les hommes et femmes cis, France, 2016-2022

GONOCOQUE

Les taux de positivité sont les plus élevés en Martinique et en Guyane (respectivement 8,5% et 6,1%), en Ile-de-France (4,9%), en Guadeloupe (4,8%) et dans les Hauts-de-France (4,7%)



Taux de positivité (%) des dépistages des infections à gonocoque en CeGIDD, par région des CeGIDD, France, 2022

GONOCOQUE - DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE

Place prépondérante de la PCR: Tests d'Amplification des Acides Nucléiques (TAAN)

Examen direct

Rapide, sensible sur urétrite, peu sensible sur PV

Culture

Symptomatique, plus de 2 jours, antibiogramme

Dans les 2 sexes :

- PCR urine (1^{er} jet, urines ayant stagné dans la vessie)
- PCR anale et pharyngée
 - HSH si prise de risque
 - En situation d'échec

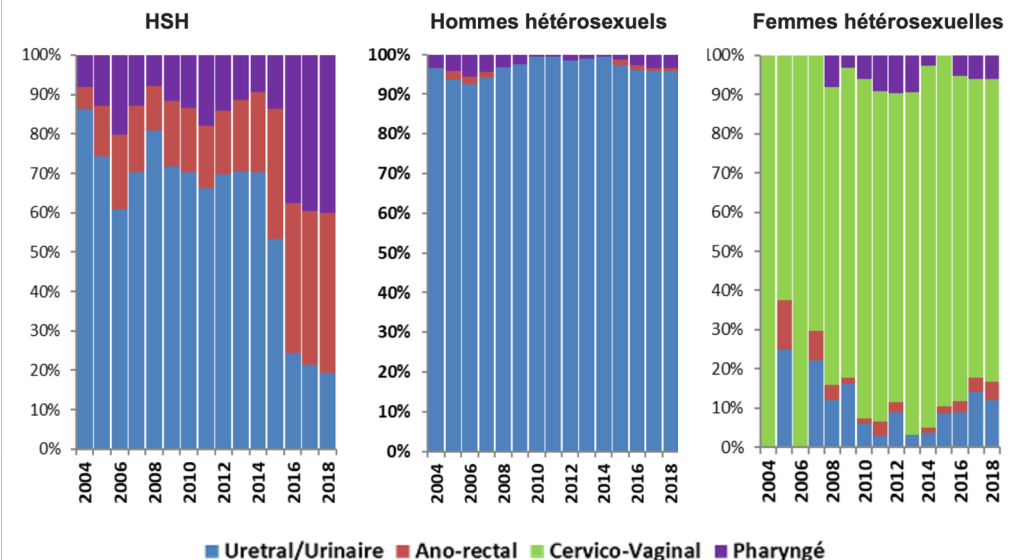
Chez la femme :

- PCR sur auto-prélèvement vaginal

Chez l'homme :

- PCR sur écoulement urétral si présent (**PLUS DE PRELEVEMENT URETRAL SYSTEMATIQUE**)

Figure 7. Evolution de la distribution des sites de prélèvement ayant conduit au diagnostic de gonococcie selon le sexe et l'orientation sexuelle, réseau RésIST France, 2004-2018



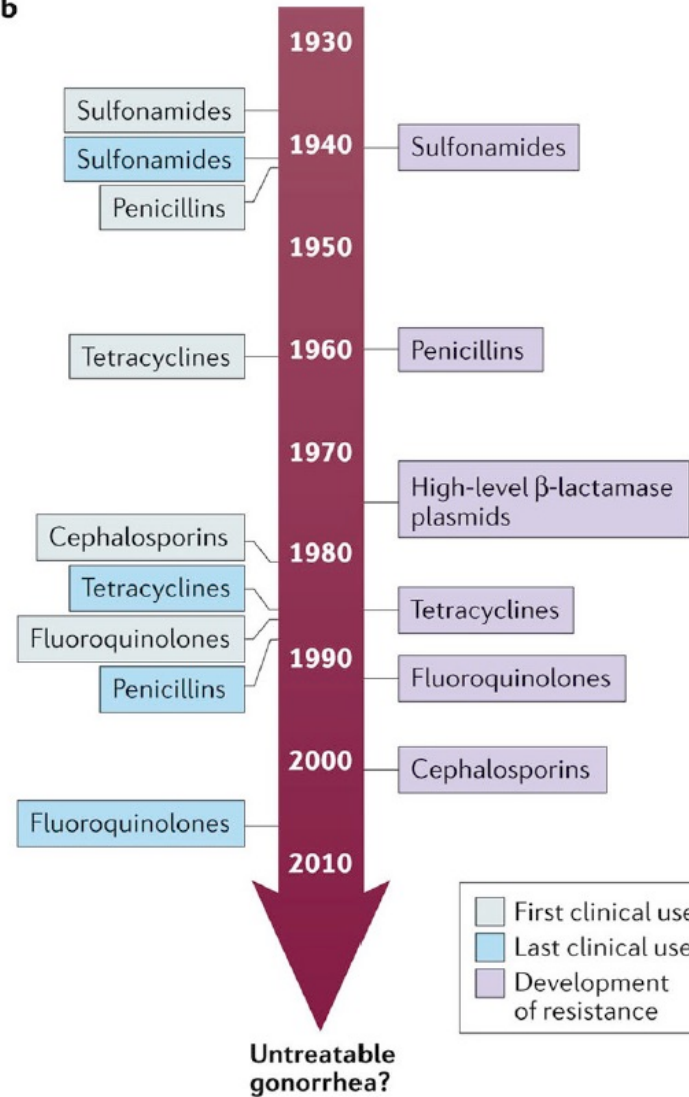
Source : Réseau RésIST, Santé publique France

N.GONORRHEAE: RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE

- Dépistage ciblé dans sous groupe de population avec FDR
 - Autres IST
 - ATCD d'IST
 - HSH
 - Personnes porteuses du VIH
 - Comportements à risque: plusieurs partenaires sexuels dans les 12 mois avec utilisation inadaptée du préservatif, partenaire sexuel d'une personne infectée par IST
- Dépistage de l'ensemble des individus ayant recours à CEGIDD, CPEF, centre de planification, centre d'orthogénie, centre de santé sexuelle
- Patients asymptomatiques TAAN
 - ✓ Homme 1^{er} jet d'urines
 - ✓ Femme: auto-prélèvement
 - ✓ Localisation anale et gorge: écouvillons

RESISTANCE ANTIBIOTIQUE

b



REGIONAL ANTIBIOTIC / EPIDEMIOLOGY

– C3G

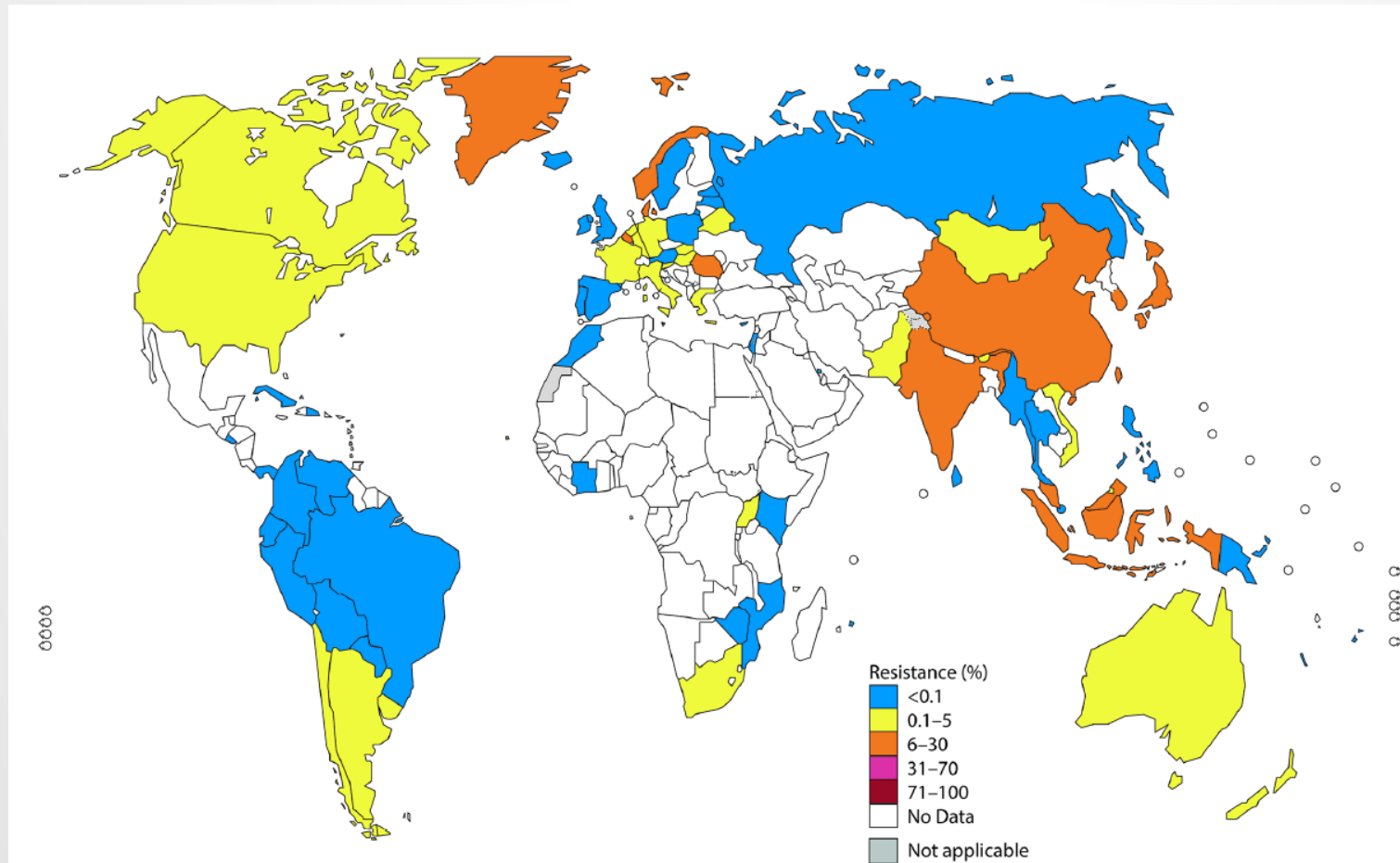


Fig 1. The percentage (%) of isolates with decreased susceptibility or resistance to extended-spectrum cephalosporin (ESC) (cefixime and/or ceftriaxone) according to the most recent World Health Organization (WHO) Gonococcal Antimicrobial Surveillance Programme (GASP) data (2014 for most countries, but for a few countries, only 2011–2013 data were available). Note: The areas in grey are disputed territories (e.g., Western Sahara, Jammu, and Kashmir), and no antimicrobial resistance (AMR) data are available from these regions.

TRAITEMENT

Le traitement des infections urétrales, cervicales et/ou rectales non compliquées et liées à *N. gonorrhoeae* repose sur de la **ceftriaxone** (grade A) en **monothérapie** et à la dose unique d'**1 g par voie intramusculaire** (grade B). Les études récentes sont rassurantes concernant l'efficacité de cette thérapeutique sur les localisations urogénitales et rectales.

Ce traitement doit être administré :

- Sans attendre le résultat de l'antibiogramme notamment si le sujet est symptomatique, en l'absence de facteur de risque de résistance à la ceftriaxone (sujet ayant effectué un séjour en Asie-pacifique) (grade AE). Une culture est souhaitable en parallèle.
- En cas de culture positive avec une souche dont la CMI est rendue sensible à la ceftriaxone (CMI inférieure ou égale à 0,125 mg/L) : l'antibiothérapie pourra être administrée de la même façon à la même posologie (grade A)
- Si la CMI de la souche à la ceftriaxone est $> 0,125$ mg/L (seuil de résistance retenue par le CASFM), ce qui reste rare en 2023 en dehors d'une contamination en Asie-Pacifique, il est recommandé de prendre un avis spécialisé auprès d'un médecin spécialisé dans les IST et d'envoyer la souche au CNR pour confirmation d'identification et de résistance de la souche (grade AE).

TRAITEMENT

En cas d'allergie confirmée à la ceftriaxone, un traitement probabiliste par gentamicine 240 mg en monothérapie par voie intramusculaire est proposé (grade C).

L'autre alternative est la ciprofloxacine 500 mg en dose unique per os si l'antibiogramme confirme la sensibilité du gonocoque à cet antibiotique (CMI < 0,06 mg/L) (grade C).

Dans un souci d'épargne antibiotique en raison d'une émergence de résistances des souches de gonocoques à l'azithromycine, ainsi que des souches de *Mycoplasma genitalium* et *Treponema pallidum*, l'azithromycine 2 g en dose unique per os (1 g, puis 6 heures plus tard de nouveau 1 g, pour limiter les troubles digestifs) n'est positionnée qu'en troisième ligne en France (grade AE).

Il faut également proposer au patient une consultation d'allergologie et, si l'allergie est confirmée, envisager une désensibilisation (grade AE).

TRAITEMENT

En cas de souche avec une CMI de la ceftriaxone $> 0,125$ mg/L et $\leq 0,5$ mg/L, la dose de ceftriaxone à administrer demeure inchangée mais le schéma dépend de la CMI d'azithromycine :

- CMI azithromycine ≤ 4 mg/L : proposition de ceftriaxone 1g IM DU + azithromycine 2 g PO DU hors AMM (ou ciprofloxacine si souche sensible ou gentamicine 240 mg IM + azithromycine 2 g PO DU)
- CMI azithromycine > 4 mg/L : proposition de ciprofloxacine 500 mg PO DU si souche sensible avec CMI $< 0,06$ mg/L. Dans les autres cas, avis spécialisé

TRAITEMENT

Dans le cas précis d'une contamination en Asie-Pacifique ou avec une personne ayant séjourné dans cette zone :

1. Il est recommandé, de demander une culture bactérienne pour antibiogramme (grade AE).
2. Dans l'attente des résultats, un traitement par ceftriaxone 1 gramme intramusculaire + azithromycine (hors AMM) 2 grammes per os, en une prise ou deux prises séparées de 6 h pour améliorer la tolérance, est recommandé (grade AE).
3. Un avis infectiologique est préconisé si la culture revient positive avec une CMI de la ceftriaxone $> 0,125$ mg/L (grade AE).

CONTRÔLE DE L'EFFICACITÉ

Si un test d'éradication par TAAN est envisagé, il doit être fait au moins 14 jours après la fin du traitement en raison du risque de faux positifs (possible persistance prolongée de traces d'acides nucléiques détectées par les TAAN).

Les situations qui justifient la réalisation d'un test d'éradication post traitement sont les suivantes (grade AE) :

- Traitement par une autre antibiothérapie que la ceftriaxone en première ligne (TAAN à partir de J14),
- Antibiogramme montrant une CMI > 0,125 mg/L pour la ceftriaxone ou infection acquise en zone avec une prévalence élevée de résistance à la ceftriaxone (Asie-Pacifique) (TAAN à partir de J14),
- Persistance de symptômes cliniques à 72 h du début du traitement en l'absence d'une co-infection non traitée → suspicion d'échec clinique avec souche résistante (culture préférée dès l'arrêt antibiotique, d'autant plus si celle-ci n'a pu être réalisée auparavant).

En cas de TAAN positif, une culture peut être demandée pour rechercher des résistances selon le contexte. Un avis infectiologique est souhaitable en parallèle.

En cas de poursuite des prises de risque sexuel chez le sujet traité, un test de recherche de réinfection asymptomatique est recommandé entre 3 et 6 mois (grade AE).

TRAITEMENT DES PARTENAIRES

- Un dépistage de *N. gonorrhoeae* doit être proposé à tous les cas contacts ciblés par la notification aux partenaires ([cf document HAS relatif à cette question](#) : dans les 2 semaines en cas d'urétrite symptomatique chez l'homme ou dans les 6 derniers mois).
- Un traitement antibiotique doit être proposé à tous les **cas contacts symptomatiques** puisqu'ils sont infectés jusqu'à preuve du contraire (*se référer à la question spécifique en fonction du site symptomatique*) (grade A).
- **Pour les cas asymptomatiques** (grade AE) :
 - ➔ Si le dernier rapport sexuel potentiellement contaminant peut être daté et remonte à moins de 14 jours : un traitement probabiliste doit être administré car le test peut être faussement négatif à ce stade.
 - ➔ Si le dernier rapport sexuel potentiellement contaminant ne peut être daté ou est ≥ 14 jours, deux attitudes sont possibles : d'une part le traitement probabiliste sans attendre le résultat si le partenaire est à risque de perte de vue, ou, d'autre part un traitement adapté au résultat de dépistage.

L'antibiothérapie de choix en première ligne est la ceftriaxone 1 g IM DU (grade A).

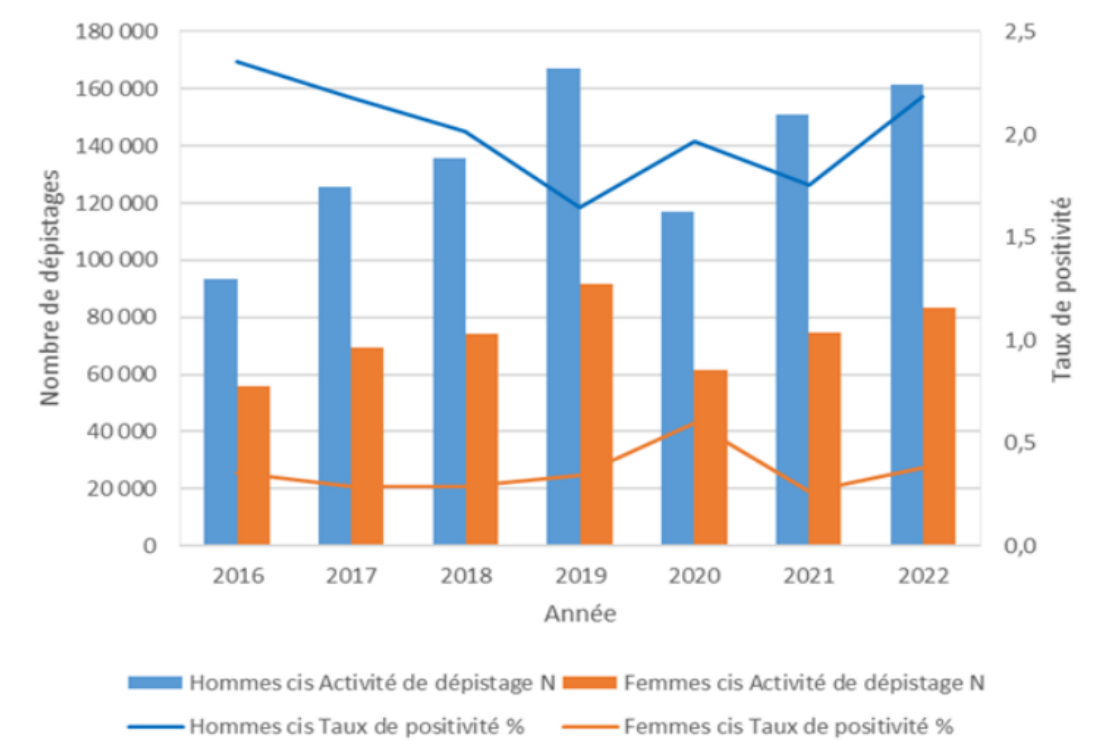
DÉPISTAGE CHLAMYDIA-GONOCOQUE

- Consensus pour dépister les 3 sites chez les HSH, quelque soit le statut VIH
 - Combien d'infections manquées avec PCR urine seule
 - Si 2 sites : anale et pharyngé manquent le moins d'infections: *JDP2017/ABS-2437; dépistage multisites de gonocoque et chlamydia trachomatis chez les HSH: 1 an d'expérience*
- Débat autour du dépistage systématique ou selon critères de risques: nombre de partenaires, RS anaux non protégés, ATCD IST
- Débat autour de la fréquence de dépistage
- Coût efficacité

LA SYPHILIS

SYPHILIS

- En 2022, le nombre de personnes de 15 ans et plus diagnostiquées pour une syphilis au moins une fois dans l'année en secteur privé a été estimé à environ 6 000, soit une augmentation de 27% par rapport à 2019
- Le taux d'incidence des cas diagnostiqués pour une syphilis est en augmentation depuis 2020, et de façon plus marquée en 2022, en particulier chez les hommes, les plus touchés par cette IST. Les hommes de 26 à 49 ans présentant les taux les plus élevés
- Le nombre de diagnostics de syphilis réalisés en CeGIDD a également augmenté entre 2021 et 2022.
- **Lorsque l'information sur le sexe des partenaires est disponible, le taux de positivité est 8 fois plus élevé chez les HSH que chez les hommes hétérosexuels et que chez les femmes hétérosexuelles.**

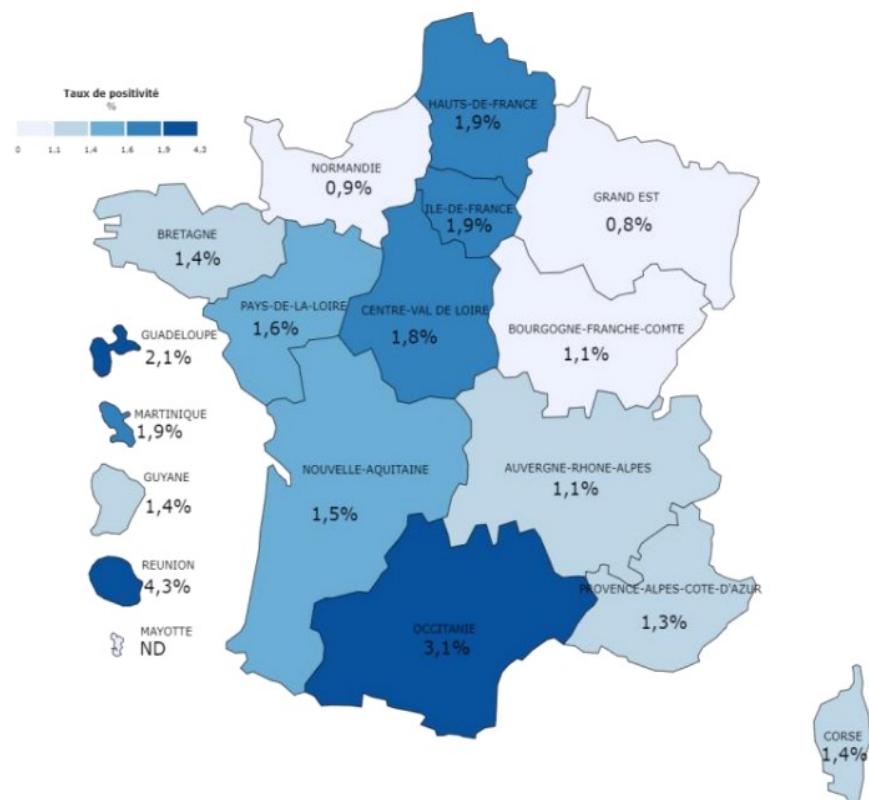


Evolution du nombre et du taux de positivité des dépistages de la syphilis en CeGIDD, chez les hommes et femmes cis, France, 2016-2022
 Source : Données des rapports d'activité et performance (RAP) des CeGIDD. Exploitation Santé publique France

SYPHILIS

En 2022, les taux de positivité des dépistages de syphilis en CeGIDD sont les plus élevés à La Réunion (4,3%) et en Occitanie (3,1%)

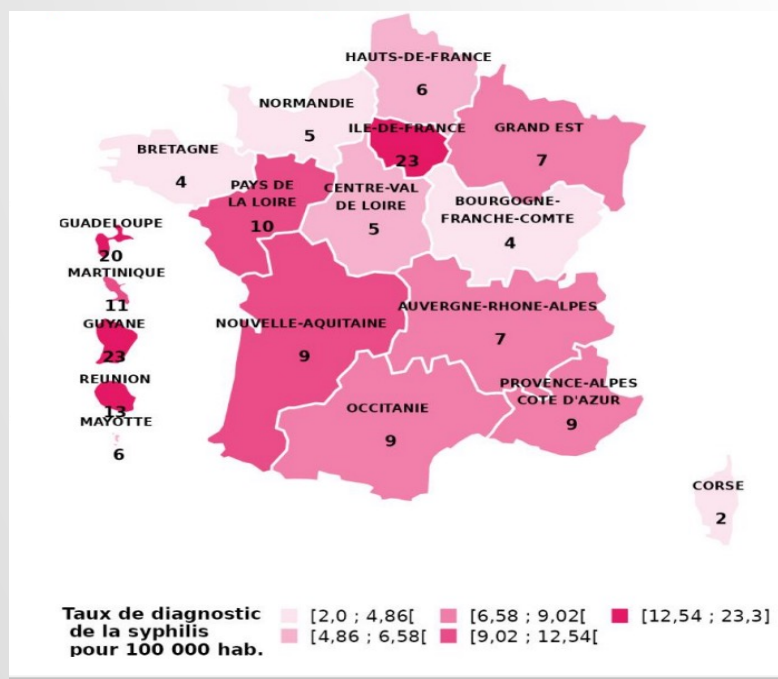
Le taux d'incidence en 2022 est élevé dans les DROM à l'exception de Mayotte, notamment en Guyane et en Guadeloupe (respectivement 23 et 20 pour 100 000). En métropole, les taux les plus élevés sont observés en Ile-de-France (23 pour 100 000), puis en Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine et Occitanie



Taux de positivité des diagnostics de syphilis en CeGIDD, par région des CeGIDD, chez les 15 ans et plus, France, 2022

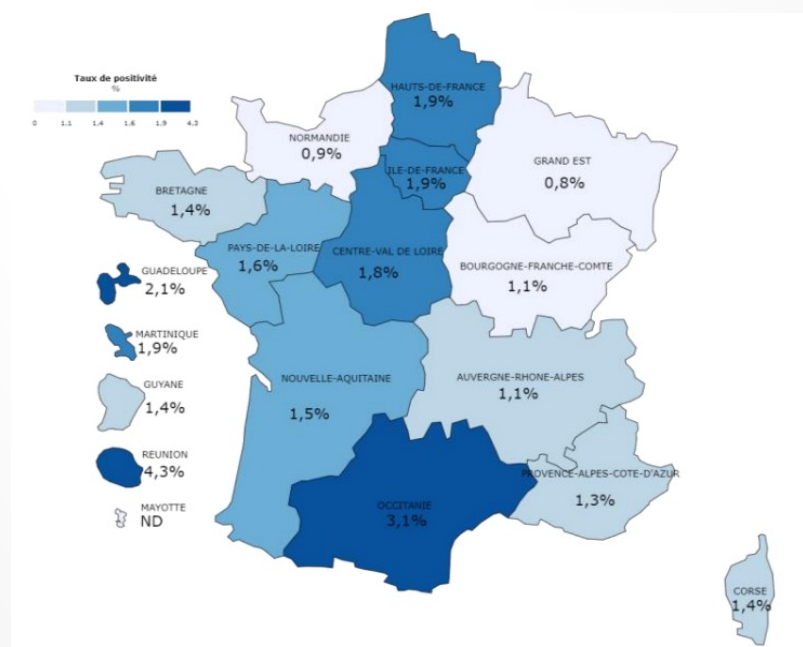
SYPHILIS

Le taux d'incidence en 2022 est élevé dans les drom à l'exception de mayotte, notamment en Guyane et en Guadeloupe (respectivement 23 et 20 pour 100 000). en métropole, les taux les plus élevés sont observés en ile-de-france (23 pour 100 000), puis en pays de la loire, nouvelle-aquitaine et occitanie



Taux d'incidence des diagnostics de syphilis en secteur privé, par région de domicile chez les 15 ans et plus (personnes diagnostiquées au moins une fois dans l'année pour 100 000 habitants)

En 2022, les taux de positivité des dépistages de syphilis en cegidd sont les plus élevés à la réunion (4,3%) et en occitanie (3,1%)



Taux de positivité des diagnostics de syphilis en CeGIDD, par région des CeGIDD, chez les 15 ans et plus, France, 2022

UNE NOUVELLE STRATÉGIE DE DÉPISTAGE

Sérologie avec nouveaux tests tréponémiques IgG automatisables reproductibles (EIA)

Réaction négative

Syphilis précoce possible
Répéter la sérologie

Réaction positive

Faire un test non tréponémique (VDRL, RPR sur le sérum pur et dilué au $\frac{1}{4}$ et faire un titrage précis si la réaction est positive

Réaction négative

Si suspicion de séroconversion:
refaire TNT

Réaction négative

Cicatrice sérologique
Faux positif du TT

Réaction positive

Syphilis précoce

Réaction positive

Syphilis

Suivi thérapeutique
TNT titrage

CNR Syphilis

TROD SYPHILIS EST AUTORISÉ PAR ARRÊTÉ DU 13 MAI 2024

22 mai 2024

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 15 sur 132

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Arrêté du 13 mai 2024 fixant les conditions de réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2), des infections par les virus de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB) et par la bactérie *Treponema pallidum* (syphilis), en milieu médico-social ou associatif et autres centres et établissements autorisés

NOR : TSSP2412892A

La ministre du travail, de la santé et des solidarités,

PLACE DU TROD SYPHILIS ?

- Intérêt dans « l'aller vers »
- Situation de syphilis secondaire
 - Éruption cutanée: syphilis "la grande simulatrice"
 - 100 % sensibilité
 - Aide au diagnostic et à la prise en charge immédiate
- Toujours faire une sérologie
- Attention: **TROD peut rester positif en cas d'antécédent de syphilis**

SYPHILIS RECOMMANDATIONS DE DÉPISTAGE

- **Population cible:**
 - HSH ayant des rapports non protégés, y comprise fellations (données épidémiologiques)
 - Si diagnostic d'une autre IST (données épidémiologiques)
- Travailleurs du sexe
- Personnes fréquentant des TDS
- Rapports non protégés fellations comprises avec plusieurs partenaires par an
- Migrants provenant de pays d'endémie
- Lors d'une incarcération
- Après un viol

FRÉQUENCE DE DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS CHEZ LES HSH

- HAS: au moins un test par an
- Au même rythme que les dépistages VIH?
- Chez les patients VIH+: tous les 6 mois
- Chez les patients sous PrEP: tous les 3 mois
- Importance de garder les derniers tests pour les patients pour l'interprétation

TRAITEMENT

Table 1 Treatment of syphilis in adults

Early syphilis (Primary, Secondary and Early latent, i.e. acquired <1 year previously)
First-line therapy option:
Benzathine penicillin G (BPG) 2.4 million units intramuscularly (IM) (one injection of 2.4 million units or 1.2 million units in each buttock) on day 1
Second-line therapy option:
Procaine penicillin 600 000 units IM daily for 10–14 days, i.e. if BPG is not available
Bleeding disorders:
- Ceftriaxone 1g intravenously (IV) daily for 10 days - Doxycycline 200 mg daily (either 100 mg twice daily or as a single 200 mg dose) orally for 14 days
Penicillin allergy or parenteral treatment refused:
Doxycycline 200 mg daily (either 100 mg twice daily or as a single 200 mg dose) orally for 14 days
Late latent (i.e. acquired ≥ 1 year previously or of unknown duration), cardiovascular and gummatous syphilis
First-line therapy option:
BPG 2.4 million units IM (one injection 2.4 million units single dose or 1.2 million units in each buttock) weekly on day 1, 8 and 15
Second-line therapy option:
Procaine penicillin 600 000 units IM daily during 17–21 days, i.e. if BPG is not available
Penicillin allergy or parenteral treatment refused:
- Some specialists recommend penicillin desensitization as the evidence base for the use of non-penicillin regimens is weak. - Doxycycline 200 mg daily (either 100 mg twice daily or as a single 200 mg dose) orally during 21–28 days.

Neurosyphilis, ocular and auricular syphilis

First-line therapy option:

- Benzyl penicillin 18–24 million units IV daily, as 3–4 million units every 4 hours for 10–14 day

Second-line therapy option:

- If hospitalization and IV benzyl penicillin is impossible
- Ceftriaxone 1–2 g IV daily for 10–14 days
- Procaine penicillin 1.2–2.4 million units IM daily AND probenecid 500 mg four times daily, both for 10–14 days

Penicillin allergy:

- Desensitization to penicillin followed by the first-line regimen

Pregnancy

First-line option for treatment of early syphilis (i.e. acquired <1 year previously):

- BPG 2.4 million units IM single dose (or 1.2 million units in each buttock)

Second-line therapy option:

- Procaine penicillin 600 000 units IM daily for 10–14 days, i.e. if BPG is not available

Penicillin allergy.

- Desensitization to penicillin followed by the first-line regimen

HIV-infected patients

Treatment of syphilis in patients with concomitant HIV infection

- Treatment should be given as for non-HIV-infected patients.

TRAITEMENT DES PARTENAIRES

AE	Traitement systématique des femmes enceintes ayant eu un rapport sexuel avec un patient atteint de syphilis
AE	Partenaire ayant eu un rapport < 3 mois avant le traitement de la syphilis chez le cas index, 2 possibilités – Traitement immédiat du partenaire – OU surveillance clinique et sérologique rapprochée : J0, S6, M3 +/- M6
AE	Partenaire ayant eu un rapport > 3 mois avant le traitement de la syphilis chez le cas index : surveillance clinique et sérologique à J0, M3 et M6
AE	Traitement des partenaires à sérologie négative = traitement de la syphilis latente précoce

HÉPATITE B ET HÉPATITE C

HÉPATITE B ET HÉPATITE C– LES OUTILS

- Tests sériques immuno-enzymatiques (EIA)
- ARN
- Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

HÉPATITE B: RECOMMANDATIONS

- Proposer un dépistage des marqueurs du VHB avant de vacciner les personnes les plus exposées au risque d'hépatite B.
- Dépistage Ag Hbs obligatoire chez les femmes enceintes et lors de don de sang
- Le dépistage concerne essentiellement
 - les personnes ayant des comportements sexuels à risque,
 - les partenaires de sujets porteurs chroniques,
 - les sujets provenant de zones de forte endémie
 - les usagers de drogues par voie intraveineuse ou nasale

STRATÉGIES DE DÉPISTAGE DE HÉPATITE B

1. Trois marqueurs Ac anti-HBc + Ag HBs + Ac anti-HBs d'emblée

- Répond aux objectifs de dépistage
- Coût total le plus élevé

2. Stratégie Ac anti-HBc + Ac anti-HBs

- Même efficacité que 3 marqueurs
- Coût total moins élevé
- Manque infection B aigüe: Ac anti-HBc -, Ag HBs+, Ac anti-HBs-

3. Stratégie Ag HBs + Ac anti-HBs

- coût total le moins élevé des trois stratégies
- efficacité est aussi moins élevée

HÉPATITE C : RECOMMANDATIONS

- personnes ayant reçu des produits sanguins stables avant 1988 ou des produits sanguins labiles avant 1992 ou une greffe de tissu, de cellules ou d'organe avant 1992 ;
- patients hémodialysés ;
- personnes ayant utilisé une drogue par voie intraveineuse ou per nasale (partage du matériel de préparation et d'injection, partage de paille) ;
- enfants nés de mère séropositive pour le VHC ;
- partenaires sexuels des personnes atteintes d'hépatite chronique C ;
- membres de l'entourage familial des personnes atteintes d'hépatite chronique C (partage d'objets pouvant être souillés par du sang) ;
- personnes incarcérées ou l'ayant été (partage d'objets coupants, pratiques addictives) ;
- personnes ayant eu un tatouage ou un piercing, de la mésothérapie ou de l'acupuncture réalisés en l'absence de matériel à usage unique ou personnel ;
- personnes originaires ou ayant reçu des soins dans les pays à forte prévalence du VHC
- patients ayant un taux d'ALAT supérieur à la normale sans cause connue ;
- patients séropositifs pour le VIH ou porteurs du VHB.

FRÉQUENCE DE DÉPISTAGE HÉPATITE C

- renouveler de façon régulière dans certaines populations et dans certaines circonstances:
 - les usagers de drogues par voie intraveineuse, par sniff ou fumant du crack
 - les HSH
- Rythme au moins annuel

NOUVELLES RECOMMANDATIONS VHC ET VHB

- Les progrès majeurs et récents dans le traitement des infections liées aux virus de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) justifient un renforcement du dépistage et de la prise en charge.
- Poursuite et renforcement des stratégies de dépistage ciblées en fonction des facteurs de risque.
- Dépistage systématique des trois virus, VHB, VHC et VIH, chez les hommes de 18 à 60 ans qui n'ont jamais eu de dépistage de ces virus.
- Dépistage du VHC associé à celui du VHB et du VIH systématique chez les femmes lors d'une grossesse et lors de la première consultation prénatale.
- L'introduction des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) devrait faciliter le dépistage en dehors des structures de soins.

AFEF 2014

MYCOPLASMA GENITALIUM

- TAAN uniquement
- 3ème cause d'urétrite
- Haute prévalence chez les PrEpeurs
- **PAS** de dépistage systématique
- Problème de résistance aux antibiotiques
 - Tétracyclines: Inefficaces, Taux éradication : 30-40%
 - AZITHROMYCINE: 43% de Résistance
 - Moxifloxacin 400 mg /j 7-10 j : 17.8% de Résistance
 - 11% de R combine altérant significativement la réponse clinique
 - imputabilité traitements itératifs, Résistances en augmentation

QUAND DÉPISTER *MYCOPLASMA GENITALIUM* ?

- Symptômes
 - Urétrite ♂
 - Cervicite muco-purulente
 - Leucorrhées chez ♀ à risque d'IST
 - Métrorragies ou saignements post-coïtaux
 - Infection génitale haute ♀ (PID)
 - Orchi-épididymite chez ♂ < 50 ans

QUAND DÉPISTER *MYCOPLASMA GENITALIUM* ?

- Ne pas rechercher systématiquement *M. genitalium* parallèlement aux autres agents responsables d'infections sexuellement transmissibles dans le cadre du dépistage de patient asymptomatiques.
- Si un patient asymptomatique est néanmoins dépisté positif à *M. genitalium* : ne pas traiter et ne pas tester le/la/les partenaire(s) après s'être assuré qu'ils sont exempts de symptômes.
- Réserver la recherche de ce pathogène aux situations symptomatiques et chez les partenaires de patients symptomatiques.
- Dans la mesure du possible, y associer celle de sa sensibilité aux macrolides (azithromycine). Privilégier la doxycycline (200 mg/j – 7 jours) à l'azithromycine dans le traitement présomptif des symptômes d'urétrite, de cervicite, d'infection génitale haute et d'ano-rectite.
- La confirmation de l'éradication bactérienne n'est plus requise. Un test d'éradication ne sera effectué qu'en cas de persistance des symptômes à plus de 3 semaines de la fin du traitement (2024)

TRAITEMENT

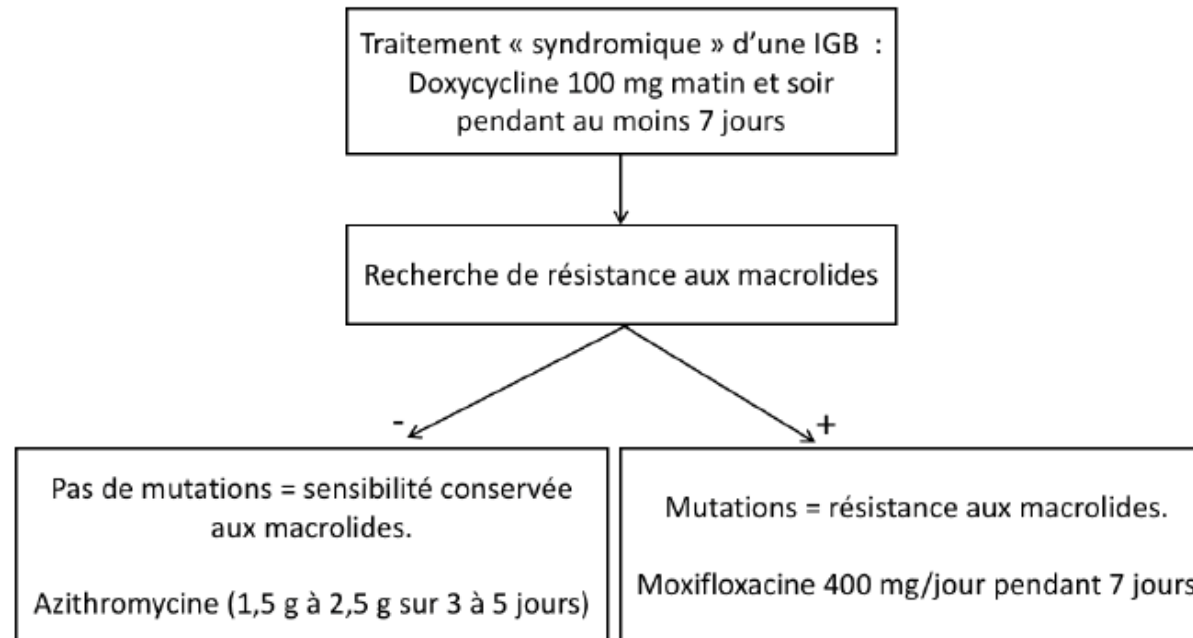


Figure 1. Concept de traitement séquentiel guidé par la résistance (TSGR) d'une infection non compliquée à Mg, d'après Durukan et al.⁸

TRAITEMENT

En l'absence de mutation de résistance aux macrolides :

- Azithromycine ~~1~~ g J1 puis 500 mg par j pendant 2 j (soit 2 g sur 3 j) 2 grammes

En cas de mutation de résistance identifiée aux macrolides (ou échec d'une première ligne de traitement bien conduite par macrolides) :

- Moxifloxacin 400 mg/j pendant 7 j

En cas de mutation de résistance aux macrolides et aux FQ (ou échec de deux lignes de traitement bien conduites par macrolides puis FQ) :

- Doxycycline 100 mg x 2/j pendant 14 j (40 % de guérison)
- Doxycycline 100 mg x 2/j pendant 7 j, puis pristinamycine 1 g x 4/j pendant 10 j (75 % de guérison)
- Avis spécialisé recommandé
- ALTERNATIVE minocycline 100 mg x 2/j pendant 14 j (70 % de guérison)

TRICHOMONAS VAGINALIS TV

- TV est un protozoaire flagellé, mobile, extracellulaire, anaérobie, strictement humain
- sa transmission est exclusivement sexuelle d'un individu à l'autre
- 156 millions de cas/an en 2016, avec une prévalence estimée à 5,3% en 2016 chez la femme et 0,6% chez l'homme.
- En France la prévalence estimée en 2017 était de 1,4% chez l'homme, 1,8% chez la femme, 1,7% tous sexes confondus

QUAND DÉPISTER *TRICHOMONAS VAGINALIS*?

Une recherche de TV doit être envisagée dans les situations suivantes :

- Signes de vulvo-vaginite ou leucorrhées chez la femme.
 - Signes d'urétrite et/ou écoulement chez l'homme en seconde intention si recherche de gonocoque et chlamydia négative.
 - Infection à TV chez le ou la partenaire.
-
- **Compte tenu de la faible prévalence de l'infection à TV en France, un dépistage systématique n'est pas recommandé**

DIAGNOSTIC TV

- Écouvillonnage par auto-prélèvement vaginal ou prélèvement vaginal lors de l'examen gynécologique au spéculum. Prélèvement avec écouvillonensemencé sur milieu de transport (type Eswab).
- Écouvillonnage de l'écoulement urétral ou prélèvement du 1er jet urinaire. Prélèvements avec écouvillonensemencé sur milieu de transport (type Eswab).
- Le diagnostic est fait à l'examen direct à l'état frais après étalement entre lame et lamelle par la mise en évidence des formes végétatives ou trophozoïtes. La sensibilité de cet examen est opérateur-dépendante, estimée entre 38 et 65%, la spécificité est élevée à 99,6%
- La culture in vitro est fastidieuse et est exceptionnellement réalisée
- Plus récemment, des méthodes PCR ont été développées, accessibles en laboratoire avec une détection simultanée des autres IST : non remboursé

PROPOSITION DE DÉPISTAGE DES IST PAR POPULATION

*adaptée des recommandations de la Société Française de
Dermatologie et de la HAS (2016)*

PROPOSITION DE DÉPISTAGE DES IST PAR POPULATION

ADAPTÉE DES RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE 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 multipartenariat)
 - 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
- TAAN pour CT par auto-prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 25 ans et dans le 1^{er} 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

PROPOSITION DE DÉPISTAGE DES IST PAR POPULATION

ADAPTÉE DES RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE LA HAS

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

PROPOSITION DE DÉPISTAGE DES IST PAR POPULATION

ADAPTÉE DES RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE LA HAS

HSH et personnes transgenres à risque élevé

- Sérologies VIH et VHC au minimum **tous les trois mois**
- Dépistage de la syphilis **au moins une fois par an**
- Recherche de gonocoques et Chlamydia trachomatis par prélèvement urinaire, anal et pharyngé (du fait de la fréquence élevée du portage asymptomatique) **tous les trois mois**
- Sérologies VHB et VHA suivies d'une vaccination en cas de sérologies négatives.

UDI

- Sérologies VIH et VHC tous les ans (ARN VHC si sérologie positive)
- Sérologie VHB suivie d'une vaccination en cas de sérologie négative

Personnes vivant avec le VIH

- En fonction des comportements et pratiques à risque

MESSAGES À RETENIR / NOUVEAUTÉS

- Chlamydia trachomatis:
 - 1ère intention : doxycycline 100 mg x 2 par jour
 - Pas de contrôle de guérison sauf exception
 - Signalement des partenaires à 6 mois
- Neisseria gonorrhoeae
 - Traitement : Ceftriaxone **1G** monothérapie
 - Mesure de CMI Ceftriaxone si possible
 - Exception : contamination en Asie Pacifique, traitement guidé par antibiogramme si possible sinon Ceftriaxone 1G + Azithromycine 2G
- Mycoplasma genitalium
 - **Traitement syndromique Doxycycline 7 jours puis fonction de résistance aux macrolides azithromycine ou Moxifloxacin**
 - Recherche de résistance aux macrolides systématique
 - Pas de confirmation de l'éradication si bonne évolution clinique