

Ce qu'il faut retenir

Les réseaux de cliniciens (RésIST) et de laboratoires (Rénago, Rénachla, LGV) permettent de suivre l'évolution des indicateurs des IST bactériennes. En 2011, les principaux constats sont les suivants :

- Le nombre de syphilis récentes est en augmentation ces trois dernières années. Cette augmentation est constatée en Ile-de-France et dans le reste de la métropole, chez les homo-bisexuels masculins (qui représentent 83 % des cas) consultant dans les structures spécialisées (Ciddist, CDAG).
- Le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter depuis 10 ans chez l'homme et la femme, quelle que soit la région et quelle que soit l'orientation sexuelle. Une partie de cette augmentation est liée à la montée en charge de la PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné chlamydia/gonocoque, notamment chez la femme.
- La baisse de la sensibilité des souches de gonocoque aux antibiotiques de première intention (céphalosporines à large spectre) est modérée mais justifie de rester vigilant. La culture avant antibiothérapie reste indispensable pour tester la sensibilité des souches aux antibiotiques.
- Le nombre d'infections urogénitales à *Chlamydia* continue d'augmenter depuis 2006 chez l'homme comme chez la femme. Ceci reflète une légère hausse de l'incidence mais surtout une augmentation des pratiques de dépistage, notamment dans les CDAG, qui se traduit par une augmentation plus marquée des infections asymptomatiques.
- Le nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales est relativement stable depuis 2008. La quasi-totalité des cas concerne des hommes homo-bisexuels.
- Il persiste un niveau élevé de co-infections VIH avec la LGV et la syphilis, et dans une moindre mesure avec la gonococcie.
- L'utilisation systématique des préservatifs reste insuffisante, notamment lors des fellations.

Key points

Networks of physicians (RésIST) and laboratories (Rénago, Rénachla, LGV) produce indicators showing the evolution of bacterial Sexually Transmitted Infections (STIs). In 2011, the main findings are:

- *The number of early syphilis is increasing in the last three years among homo-bisexual men.*
- *The number of gonococcal infections continues to rise for 10 years among both men and women, regardless of region or sexual orientation. Part of this increase is due to the scalability of the PCR since 2009 with combined chlamydia/gonorrhoea screening, especially for women.*
- *The decrease in susceptibility of gonococcal strains to first-line antibiotics (extended-spectrum cephalosporins) is moderate but justifies to keep great attention. Culture before antibiotic is essential to test the sensitivity of strains to antibiotics.*
- *The number of chlamydial urogenital infections continues to rise since 2006 among both men and women. This increase is more pronounced in asymptomatic individuals, reflecting an increase in screening practices.*
- *The number of rectal Lymphogranuloma Venereum (LGV) is relatively stable since 2008. Almost all cases involve homo-bisexual men.*
- *There is still a high level of HIV co-infection with LGV and syphilis, and to a lesser extent with gonorrhoea.*
- *The systematic use of condoms is still insufficient, especially during oral sex.*

Syphilis récentes

- Les cas de syphilis récente (moins d'un an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) sont surveillés à travers le réseau RésIST des cliniciens.
 - ✓ Le nombre de sites participants continue de progresser (113 sites en 2011, figure S1).
 - ✓ La grande majorité des patients consultent dans des structures spécialisées, centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist) et consultations de dépistage anonymes et gratuites (CDAG) : 72 % en 2011 (figure S2).
- Au cours des trois dernières années, le nombre de cas rapportés de syphilis récente chez les hommes augmente tandis que chez les femmes, ce nombre est relativement stable (figure S1).
 - ✓ Une augmentation du nombre de cas est constatée quelle que soit la région sur les sites pris dans leur globalité (figure S3). Depuis 2010, le nombre de cas franciliens représente environ un quart des cas (tableau S1).
 - ✓ Lorsqu'on considère l'évolution dans les seuls sites à participation constante ces trois dernières années, le nombre de cas rapportés augmente légèrement en Ile-de-France et nettement dans le reste de la métropole (figure S3).
- Les courbes de vente de benzathine benzylpénicilline (Extencilline®), indicateur indirect, évoluent par région dans le même sens que celles des cas de syphilis récente rapportés par le réseau RésIST : augmentation ces trois dernières années en Ile-de-France et dans les autres régions métropolitaines (figure S4).
- Les femmes ayant une syphilis récente (qui ne représentent que 6 % des cas rapportés en 2011) sont plus jeunes que les hommes : âge médian respectivement de 30 ans contre 37 ans en 2011 (figure S5 et tableau S1).
- Les homo-bisexuels masculins représentent plus de 80 % des cas rapportés par le réseau RésIST (tableau S1). La répartition selon l'orientation sexuelle (définie par le sexe des partenaires) reste stable entre 2010 et 2011, tandis que l'augmentation du nombre de cas de syphilis récente est observée chez les homo-bisexuels masculins, que ce soit dans les sites pris dans leur globalité ou dans les sites à participation constante au cours des trois dernières années (figure S6).
- Les motifs de consultation restent assez stables (figure S7) : l'existence de signes cliniques d'IST motive la moitié des consultations (54 % en 2011) et le dépistage systématique plus du cinquième (21 % en 2011). Toutefois, le suivi des personnes infectées par le VIH augmente légèrement (13 % en 2011 contre 9 % en 2010).
- Les co-infections syphilis récente et VIH représentent 38 % des cas rapportés en 2011 : 4 % de découvertes à l'occasion de la syphilis et 34 % de sérologies VIH + connues. Cette proportion de co-infections par le VIH est assez stable depuis 2003 (figure S8). Elle reste très différente selon l'orientation sexuelle : en 2011, ces co-infections concernent 45 % des hommes homo/bisexuels. Elles concernent 22 % des hommes hétérosexuels et 10 % des femmes mais les petits effectifs dans ces deux catégories expliquent d'importantes variations annuelles. L'augmentation modérée des co-infections entre 2010 et 2011 (+3 %) peut s'expliquer par la part croissante des patients consultant dans le cadre d'un suivi d'infection VIH. Parmi les patients VIH+ connus, 81 % reçoivent un traitement antirétroviral en 2011 contre 71 % en 2010.
- Les comportements sexuels sont globalement stables en ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels (tableau S2). On constate des évolutions concernant l'utilisation du préservatif :
 - ✓ La diminution de l'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales entre hommes, observée entre 2009 et 2010, ne se confirme pas en 2011.
 - ✓ L'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations vaginales diminue au cours des 3 dernières années, mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.
 - ✓ L'utilisation systématique du préservatif lors des fellations est toujours très rare (<2 %), alors que la fellation est un mode très efficace de contamination de la syphilis.

Figure S1

Évolution annuelle des nombres de cas de syphilis récente et de sites participants selon le sexe, réseau RésIST, France, 2000-2011

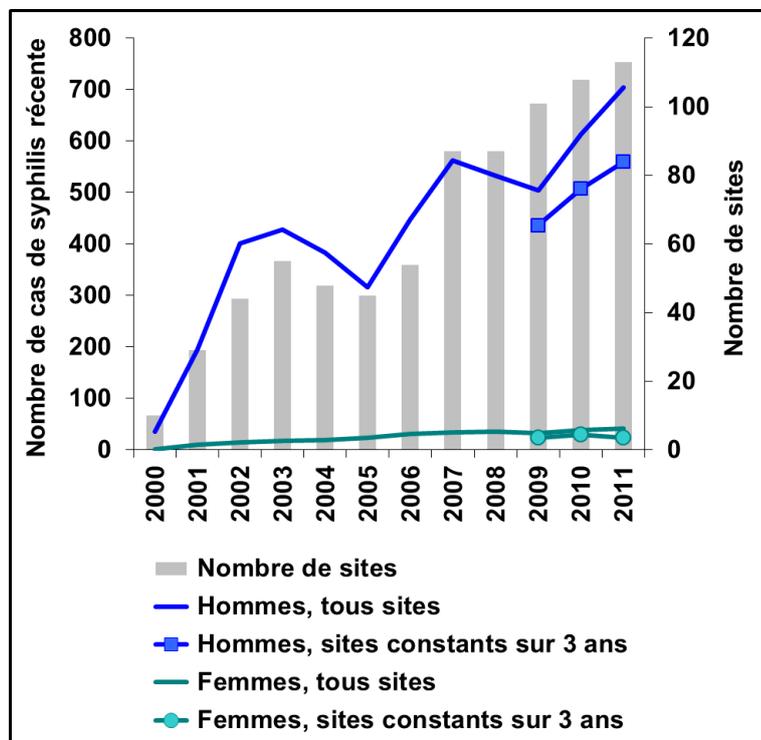


Figure S2

Évolution annuelle des lieux de consultation des cas de syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2011

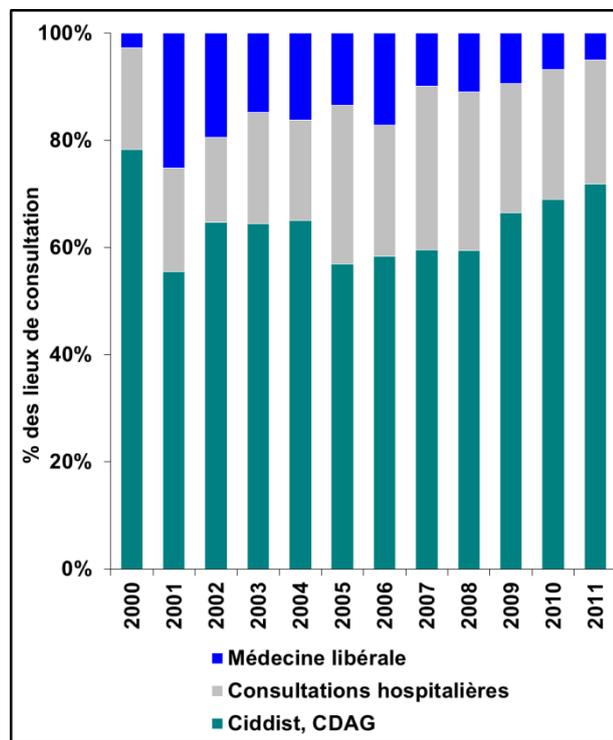


Figure S3

Évolution annuelle du nombre de cas de syphilis récente selon la région, réseau RésIST, France, 2000-2011

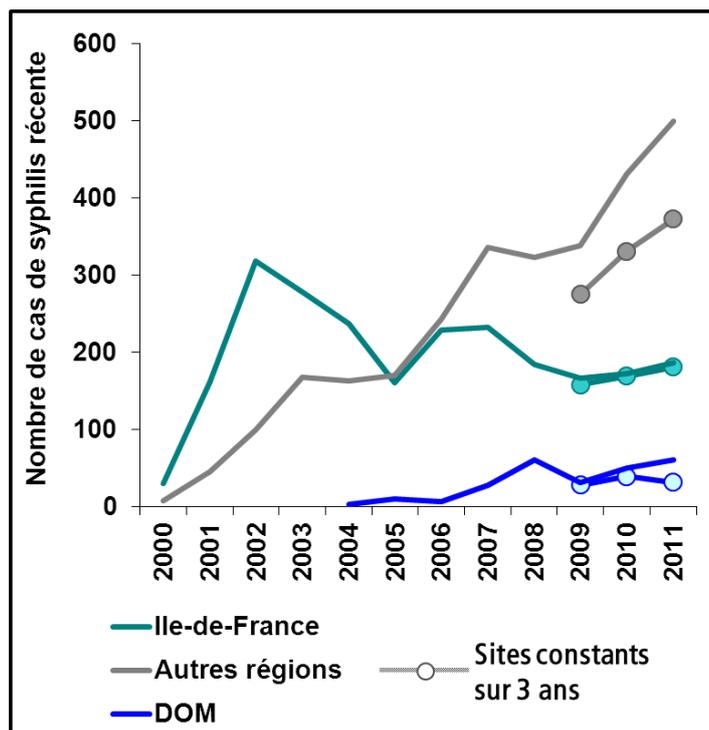


Figure S4

Évolution annuelle des ventes d'Extencilline® 2,4 M UI selon la région, France métropolitaine, 2001-2011 (Source : GERS)

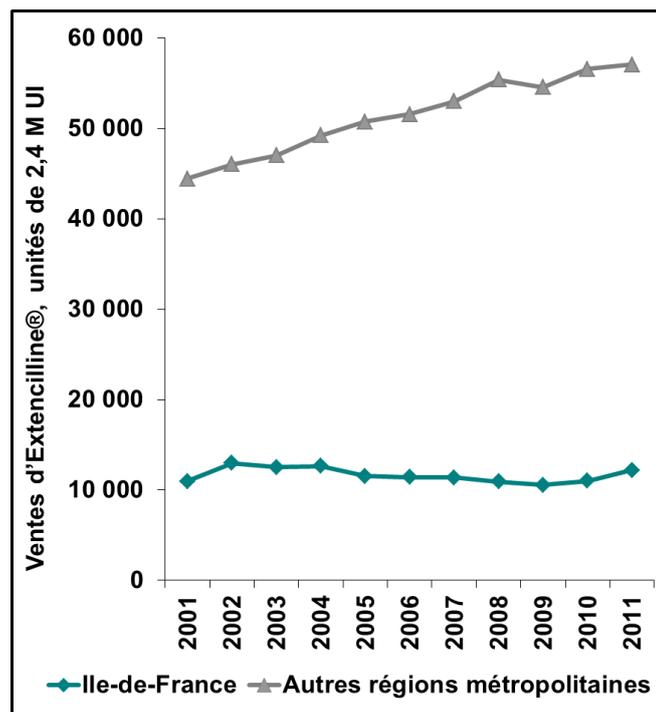


Figure S5

Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge selon le sexe, réseau RésIST, France, 2011

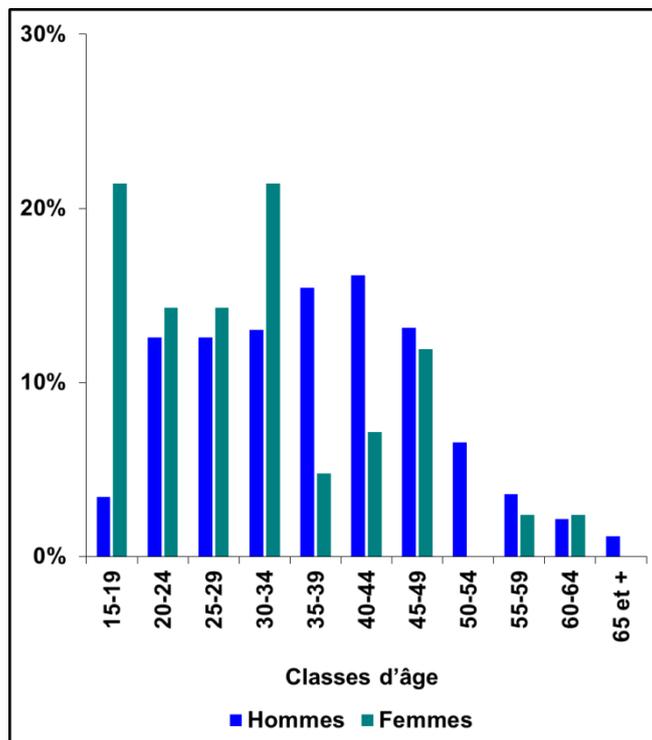


Figure S6

Évolution annuelle du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2011

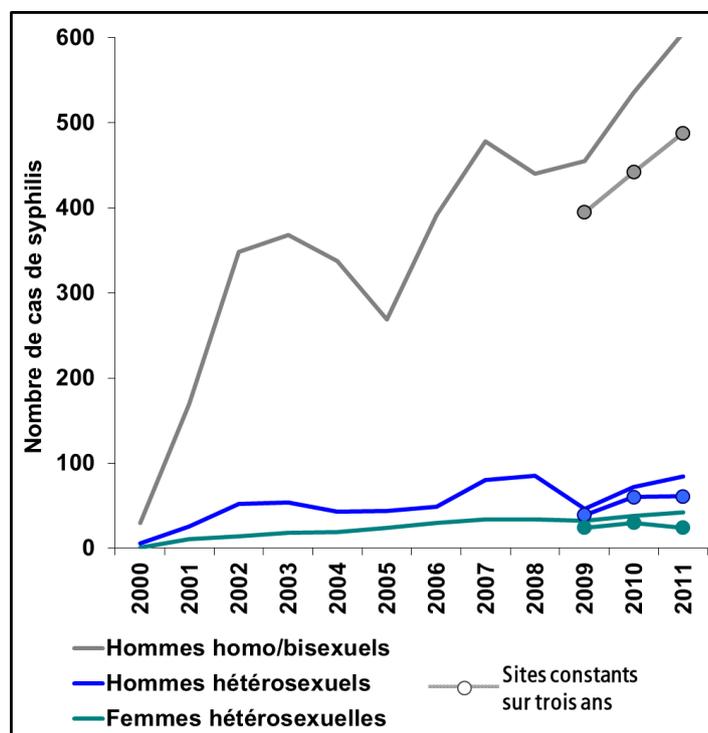


Figure S7

Évolution annuelle des motifs de consultation des cas de syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2010

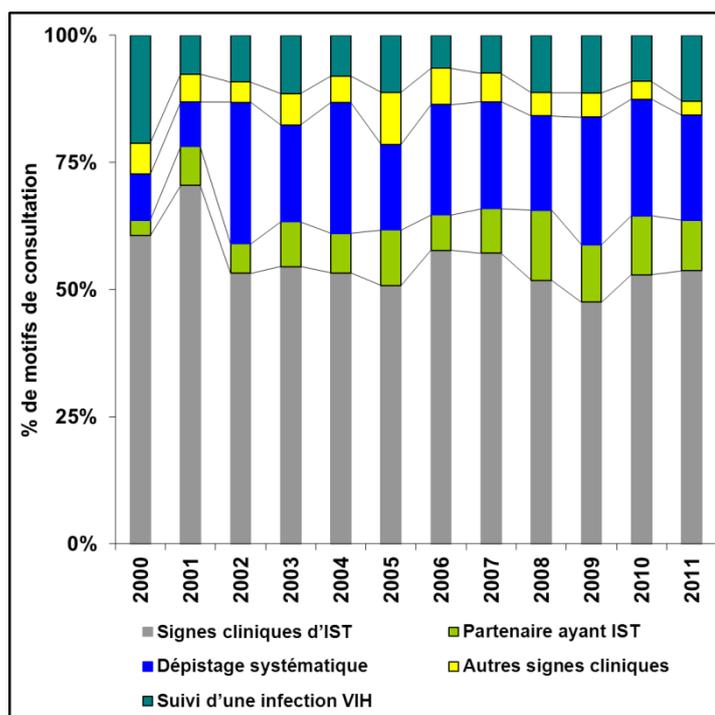


Figure S8

Fréquence annuelle de l'infection VIH en cas de syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2011

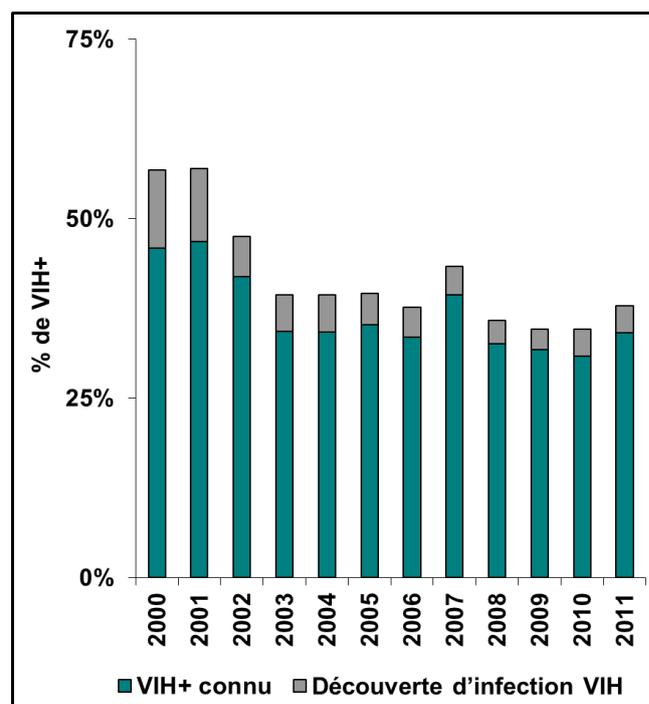


Tableau S1

Évolution des caractéristiques des patients ayant une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2011

	2000-2008 N=3 493	2009 N=536	2010 N=653	2011 N=747
Région (%)				
Ile-de-France	52,4	31,2	26,3	24,9
Autres régions métropolitaines	44,5	63,1	66,0	66,9
DOM	3,1	5,8	7,7	8,2
Stade de la syphilis (%)				
Primaire	24,7	19,6	21,5	23,0
Secondaire	41,0	39,0	40,4	38,8
Latente précoce	34,3	41,4	38,1	38,2
Orientation sexuelle (%)				
Hommes homo-bisexuels	81,9	85,4	82,9	82,8
Hommes hétérosexuels	12,7	8,6	11,2	11,5
Femmes bisexuelles	0,1	0,0	0,0	0,0
Femmes hétérosexuelles	5,3	6,0	5,9	5,7
Pays de naissance (%)				
France	81,2	85,2	85,9	85,6
Autres pays d'Europe	5,4	5,2	4,6	3,9
Pays des autres continents	13,4	9,6	9,5	10,5
Statut sérologique VIH (%)				
Positif connu	36,6	31,7	30,9	34,1
Découverte de sérologie VIH positive	4,9	2,8	3,8	3,7
Négatif	52,4	60,5	58,4	56,4
Statut inconnu	6,1	5,0	6,9	5,8
Age médian (ans)				
Hommes homo-bisexuels	36	35	37	36,5
Hommes hétérosexuels	38	42	36,5	39,5
Femmes bisexuelles	26,5	-	-	-
Femmes hétérosexuelles	33	28,5	26	29,5

Tableau S2

Évolution des comportements sexuels au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une syphilis, réseau RésIST, France, 2000-2011

	2000-2008	2009	2010	2011
Utilisation systématique du préservatif (%) [intervalle de confiance à 95%]				
Pénétration anale (entre hommes)	48,4 [46,2-50,7]	44,1 [38,9-49,5]	36,8 [32,2-41,7]	37,0 [32,6-41,6]
Pénétration vaginale (hommes)	27,1 [23,4-31,1]	35,9 [25,6-47,6]	29,2 [21,0-39,0]	27,8 [20,1-37,1]
Pénétration vaginale (femmes)	10,1 [5,7-16,7]	8,3 [1,5-28,5]	4,2 [0,2-23,1]	3,0 [0,2-17,6]
Fellation	2,6 [2,0-3,4]	1,7 [0,7-3,6]	1,4 [0,6-3,0]	1,5 [0,7-3,0]
Nombre médian de partenaires				
Homosexuels masculins	10	6	6	6
Hommes bisexuels	7	6	6	7
Hommes hétérosexuels	2	2	2	2
Femmes hétérosexuelles	1	1	1	1

Note : les informations sur les comportements ne sont disponibles que pour une partie des patients.

Gonococcies

- Les gonococcies sont surveillées à travers deux réseaux :
 - ✓ le réseau de laboratoires Rénago, dont les patients consultent majoritairement en médecine de ville (67 % en 2011, figure G2). Rénago permet une surveillance de la sensibilité des souches aux antibiotiques ;
 - ✓ le réseau des cliniciens RésIST, dont les patients consultent quasi exclusivement dans des structures spécialisées (99 % en 2011, figure G4) : Ciddist et CDAG. RésIST permet une surveillance des comportements sexuels des personnes infectées.
- Le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter en 2011 au sein des deux réseaux (figures G1 et G2), chez l'homme comme chez la femme.
 - ✓ Le nombre de recherches (tests effectués) et d'infections à gonocoque augmentent simultanément (réseau Rénago, figures G5 et G6).
 - ✓ Ces augmentations sont retrouvées dans les sites à participation constante ces trois dernières années (figures G1, G3, G5 et G6). Elles concernent à la fois l'Île-de-France et les autres régions (figures G13 et G14).
- L'augmentation des gonococcies rapportées par les deux réseaux s'explique en partie par une montée en charge progressive de la PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné chlamydia/gonocoque, notamment chez la femme (figures G7 et G8).
- On observe à la fois une augmentation des infections gonococciques symptomatiques et asymptomatiques à travers les deux réseaux. Chez l'homme, les infections symptomatiques restent très largement majoritaires (figures G9 et G11) tandis que chez la femme, les infections symptomatiques et asymptomatiques sont à des niveaux comparables (figures G10 et G12).
- En 2011, les femmes ayant une infection à gonocoque restent plus jeunes que les hommes : âge médian de 22 ans contre 27 ans pour les patients du réseau Rénago (figure G15), et 21 ans contre 27 ans pour les patients du réseau RésIST (figure G16). Les hommes homo/bisexuels restent plus âgés que les autres patients (réseau RésIST, tableau G1).
- L'augmentation des gonococcies est observée quelle que soit l'orientation sexuelle (réseau RésIST, figure G17). Les homo-bisexuels masculins représentent 42 % des cas rapportés par le réseau RésIST mais la proportion d'hétérosexuels augmente (51 % en 2010 et 58 % en 2011, tableau G1).
- Les co-infections gonocoque et VIH sont moins fréquentes depuis 2009 (8 %) que lors des années précédentes (environ 14 %, réseau RésIST, figure G18 et tableau G1). La fréquence des co-infections est très différente selon l'orientation sexuelle : en 2011, ces co-infections concernent 17 % des hommes homo/bisexuels, 1,3 % des hommes hétérosexuels et 0,6 % des femmes.
- Les comportements sexuels sont globalement stables en ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels et fluctuants en ce qui concerne l'utilisation systématique du préservatif (tableau S2). L'utilisation systématique du préservatif lors des fellations est toujours très rare (<2 %), alors que la fellation est un mode très efficace de contamination de la gonococcie.
- La culture avant antibiothérapie est indispensable pour tester la sensibilité des souches aux antibiotiques. La baisse de sensibilité des souches de gonocoque aux céphalosporines de troisième génération (C3G) est modérée mais justifie de rester vigilant (réseau Rénago, figure G19).
 - ✓ La sensibilité des souches de gonocoque aux C3G diminue et touche plus particulièrement les C3G orales (céfixime). En effet, la part des souches de sensibilité diminuée au céfixime (CMI >0,064 mg/L) a augmenté : 1,6% en 2008, 5,8% en 2009 et 2010, 7,2% en 2011, même si les souches de sensibilité très diminuée (CMI >0,125 mg/L) restent rares : 0,7% en 2011.
 - ✓ En 2010 et pour la 1^{ère} fois, 2 souches sur 1 399 étaient résistantes à la ceftriaxone (CMI >0,125 mg/L), traitement de 1^{ère} intention pour les gonococcies non compliquées. L'une des 2 souches était associée à un échec thérapeutique du céfixime chez un patient infecté en France. En 2011, aucune souche n'avait de sensibilité diminuée à la ceftriaxone.

Figure G1

Évolution annuelle du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2000-2011

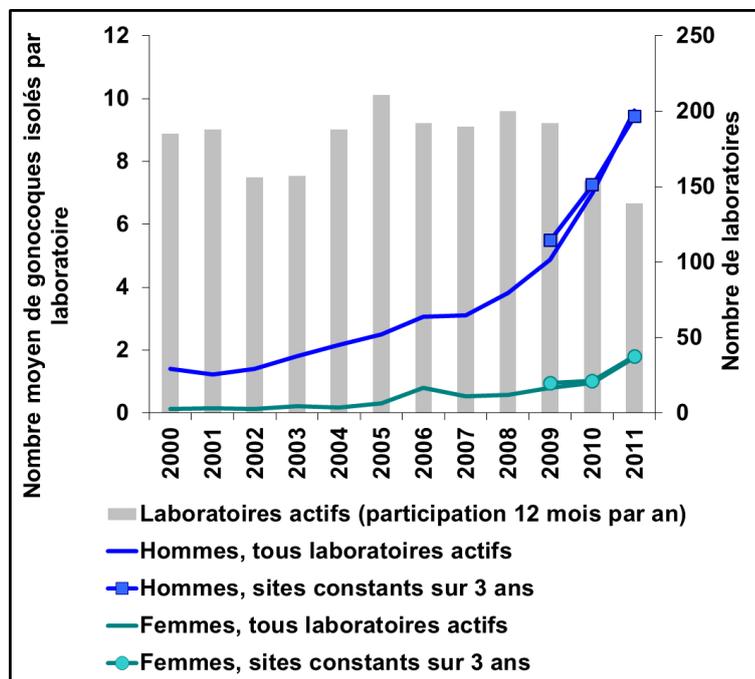


Figure G2

Évolution annuelle des lieux de consultation des cas de gonococcie, réseau des laboratoires Rénago, France, 2003-2011

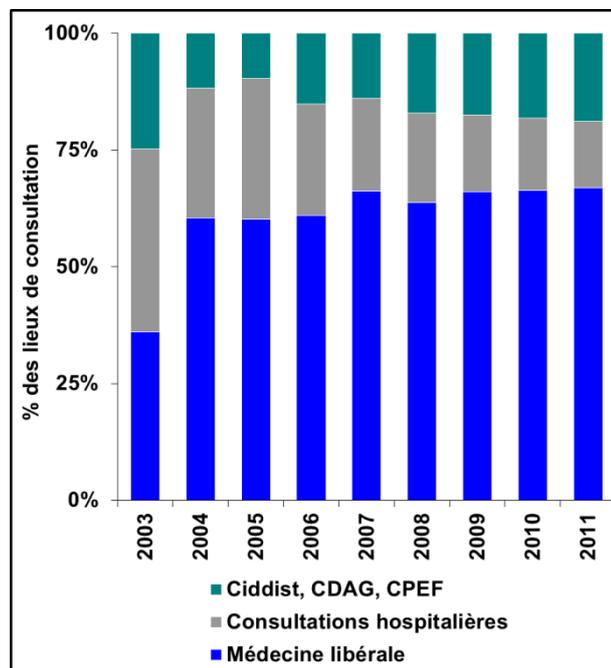


Figure G3

Évolution annuelle des nombres de cas de gonococcie et de sites participants selon le sexe, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2011

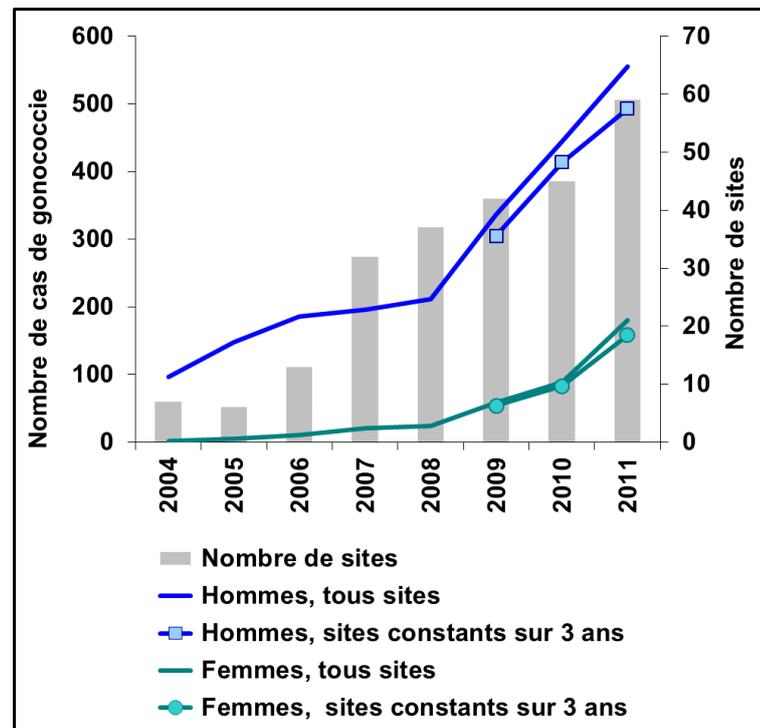


Figure G4

Évolution annuelle des lieux de consultation des cas de gonococcie, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2011

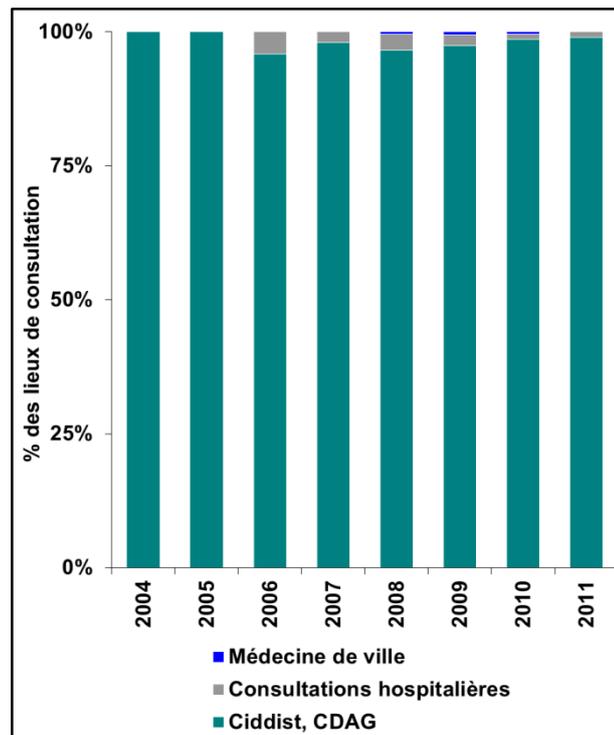


Figure G5

Évolution annuelle du nombre moyen de recherches et de gonocoques isolés par laboratoire actif chez les hommes, réseau Rénago, France, 2000-2011

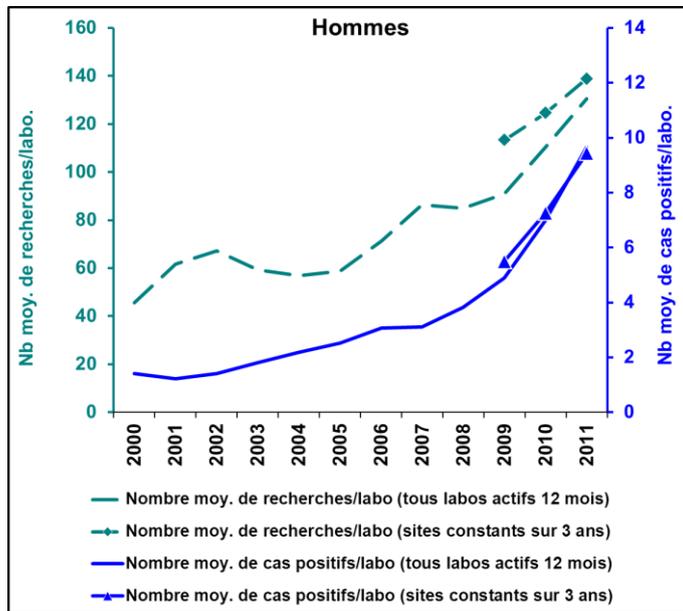


Figure G6

Évolution annuelle du nombre moyen de recherches et de gonocoques isolés par laboratoire actif chez les femmes, réseau Rénago, France, 2000-2011

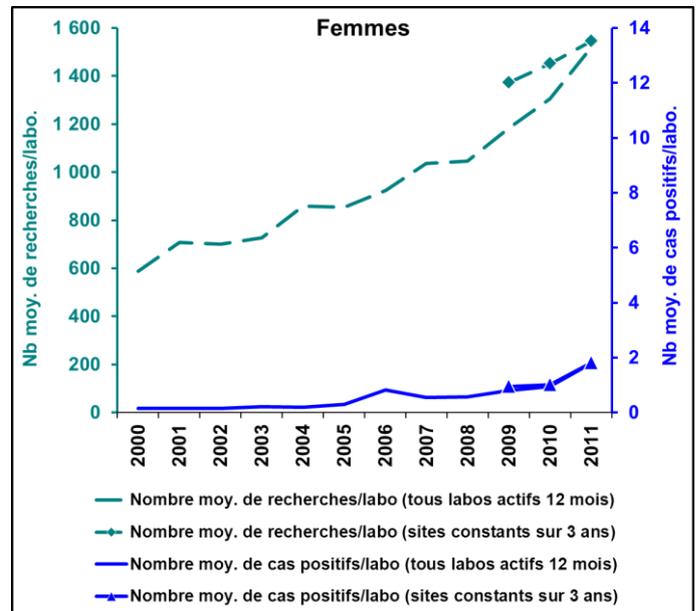


Figure G7

Évolution annuelle du nombre de cas de gonococcie par culture et par culture + PCR selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2000-2011

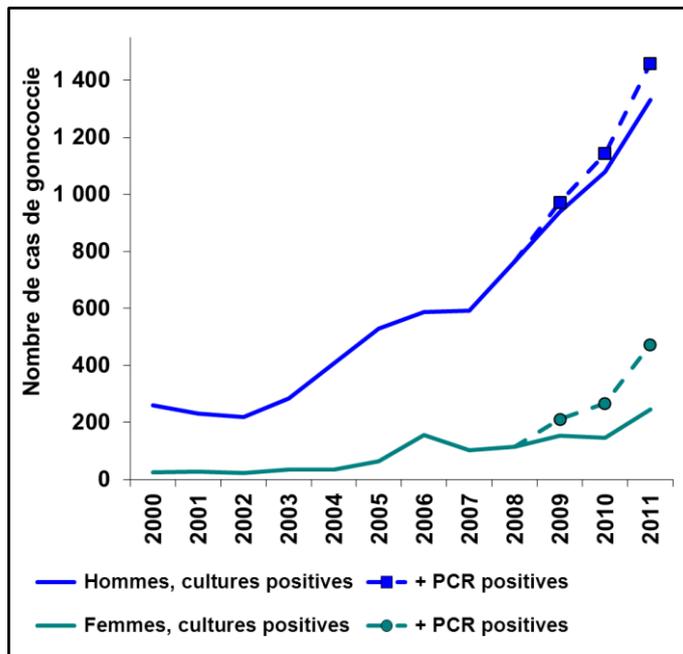


Figure G8

Évolution annuelle du nombre de cas de gonococcie par culture et par culture + PCR selon le sexe, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2011

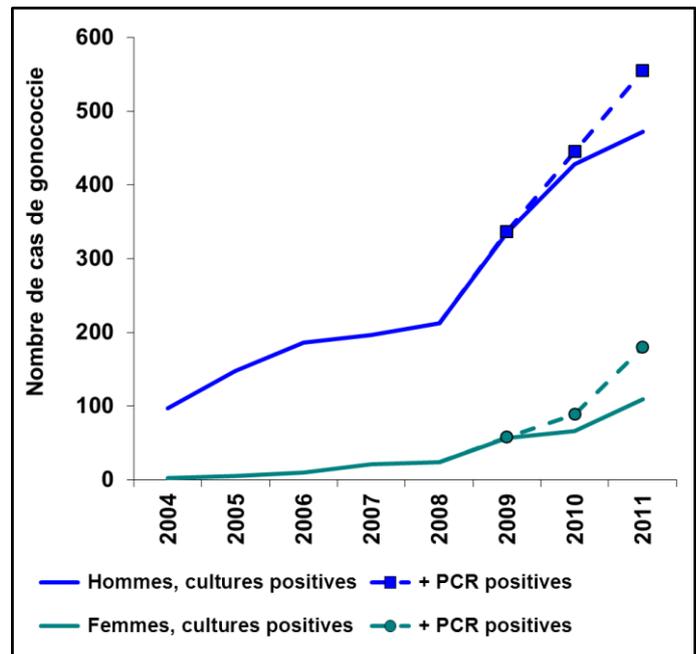


Figure G9

Évolution annuelle du nombre de cas de gonococcie selon la présence de symptômes chez les hommes, réseau des laboratoires Rénago, France, 2004-2011

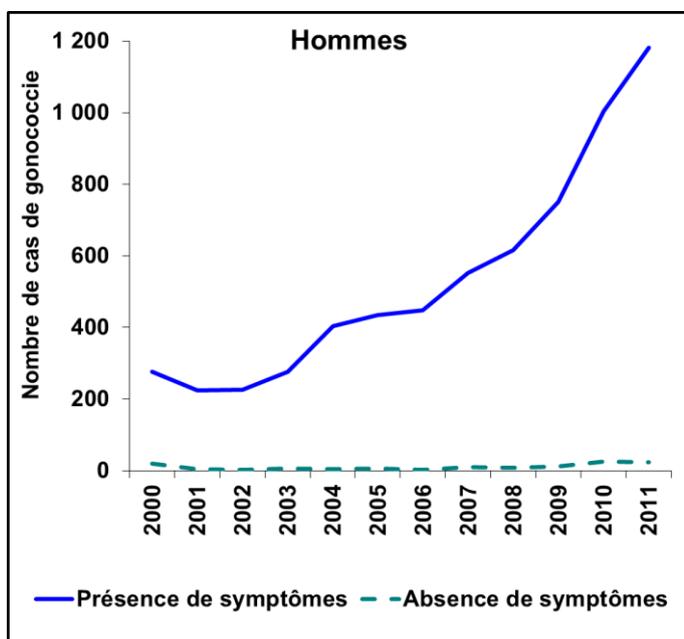


Figure G10

Évolution annuelle du nombre de cas de gonococcie selon la présence de symptômes chez les femmes, réseau des laboratoires Rénago, France, 2004-2011

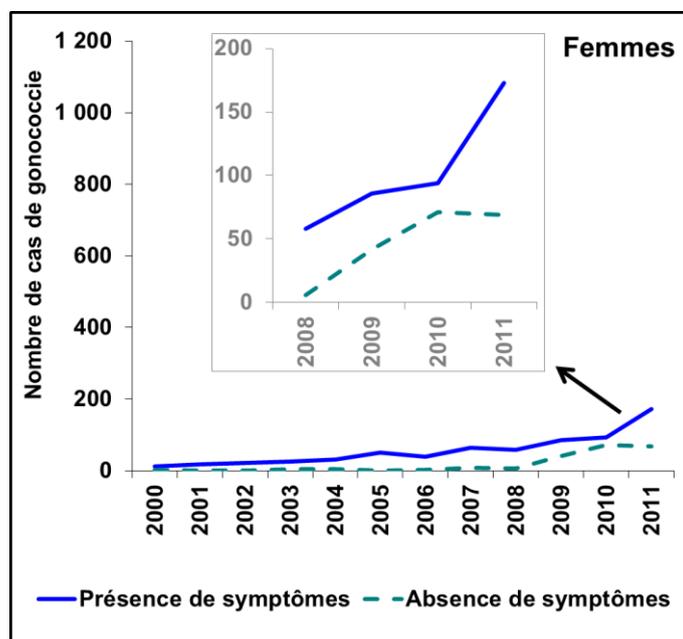


Figure G11

Évolution annuelle du nombre de cas de gonococcie selon la présence de symptômes chez les hommes, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2011

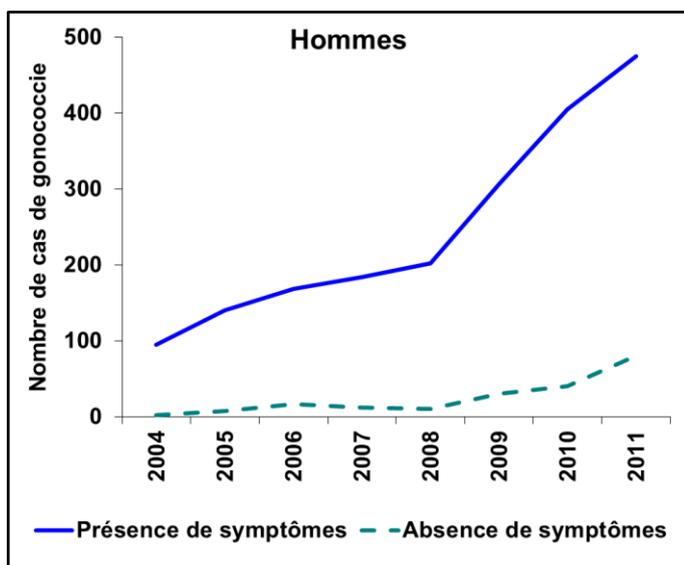


Figure G12

Évolution annuelle du nombre de cas de gonococcie selon la présence de symptômes chez les femmes, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2011

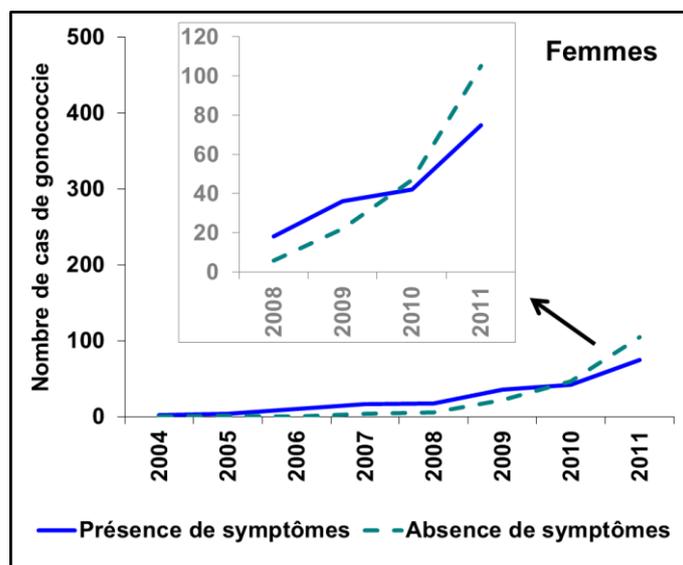


Figure G13

Évolution du nombre de gonocoques isolés par laboratoire actif selon la région, réseau des laboratoires Rénago, France, 2000-2011

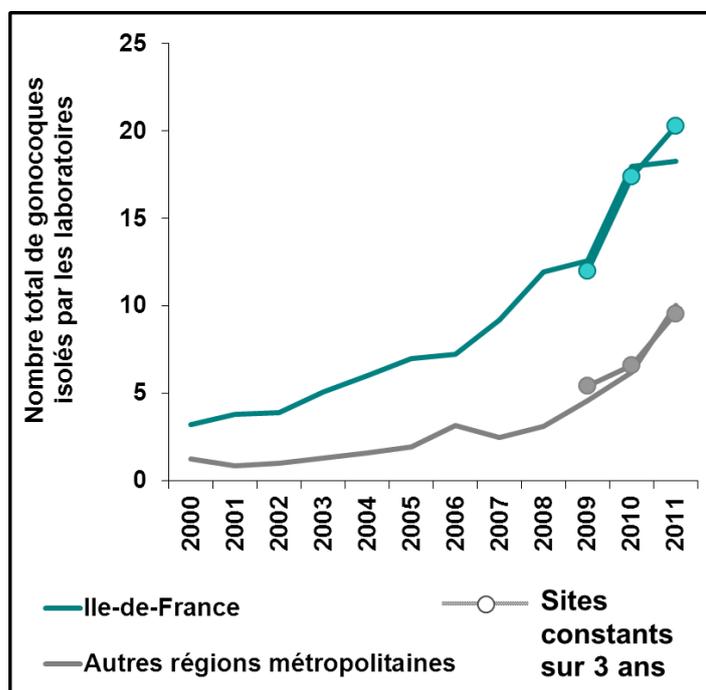


Figure G14

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon la région, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2011

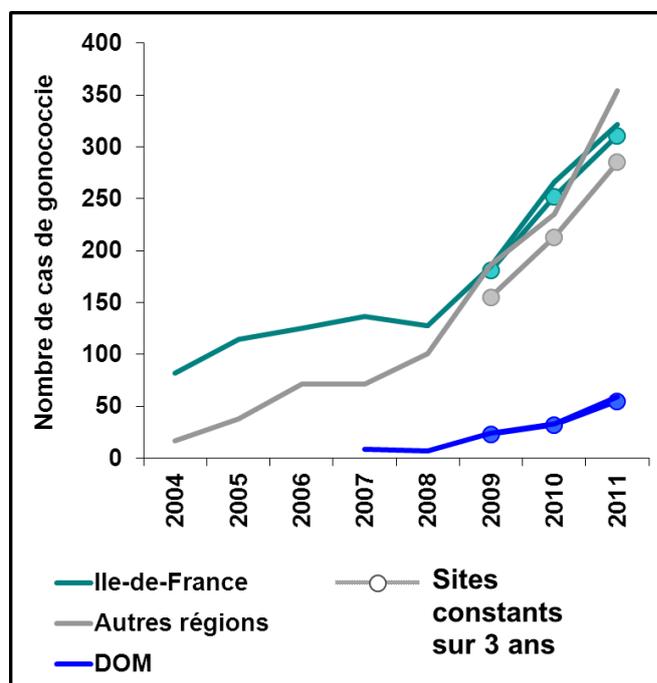


Figure G15

Distribution des infections à gonocoque par classe d'âge selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2011

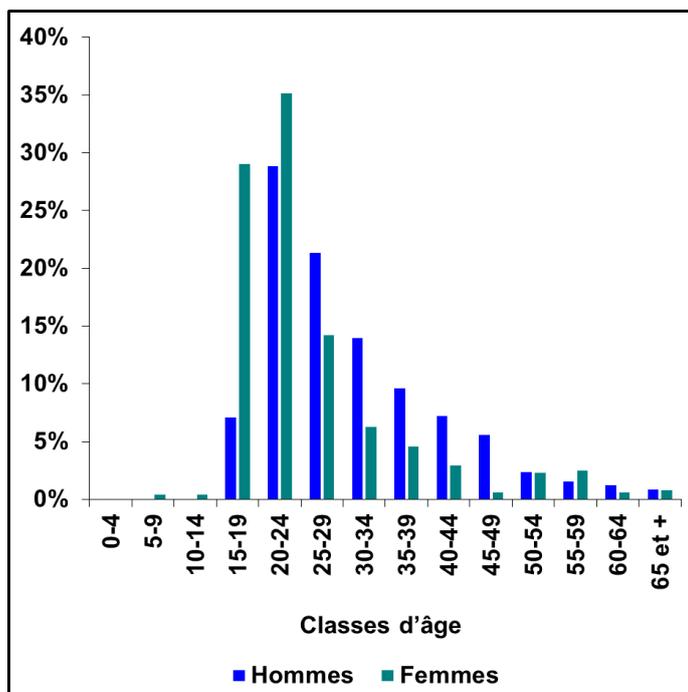


Figure G16

Distribution des infections à gonocoque par classe d'âge selon le sexe, réseau des cliniciens RésIST, France, 2011

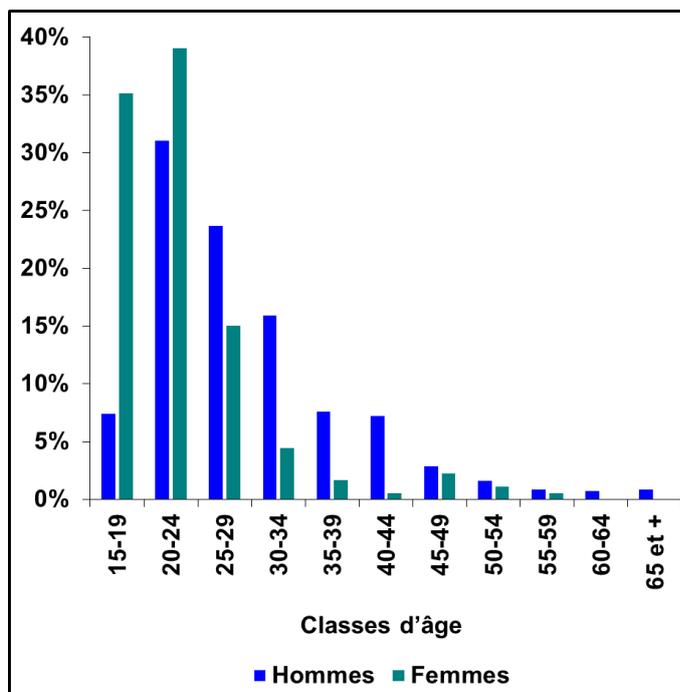


Figure G17

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2004-2011

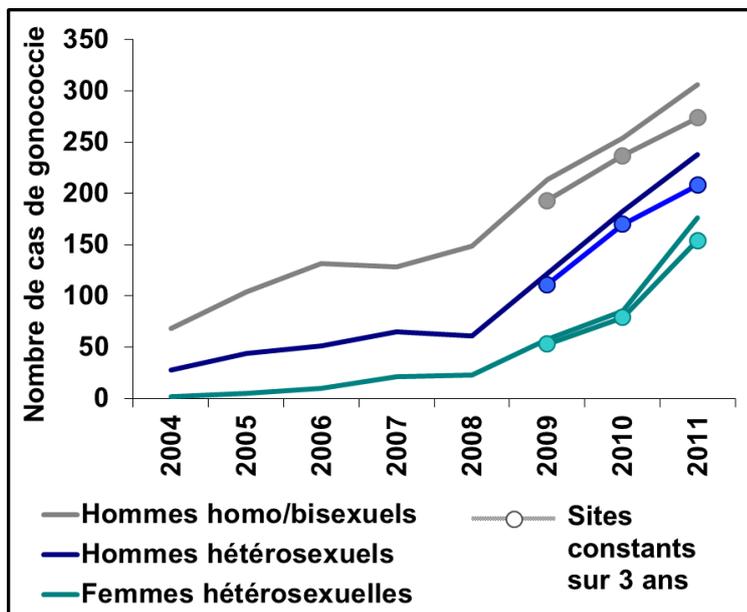


Figure G18

Fréquence de l'infection VIH en cas de gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2011

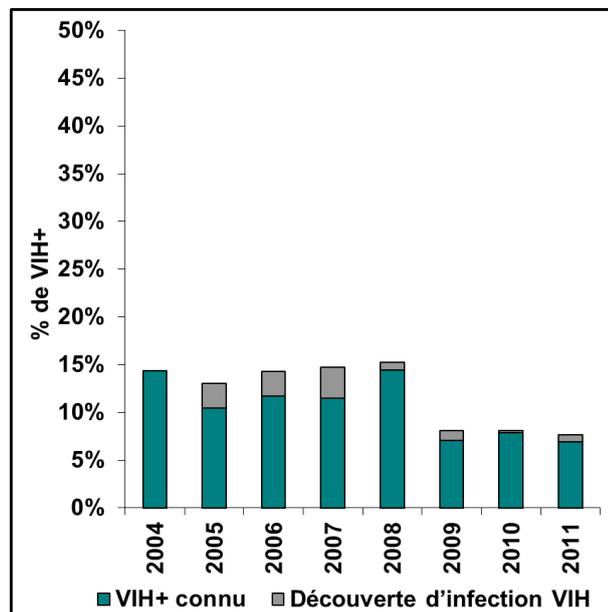
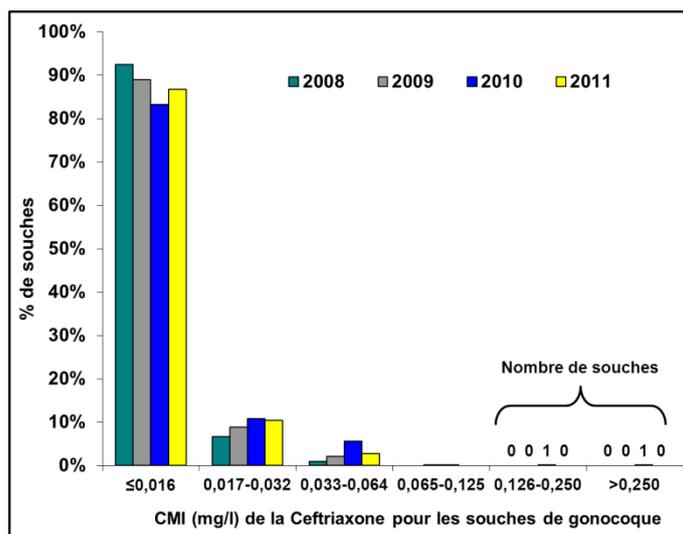
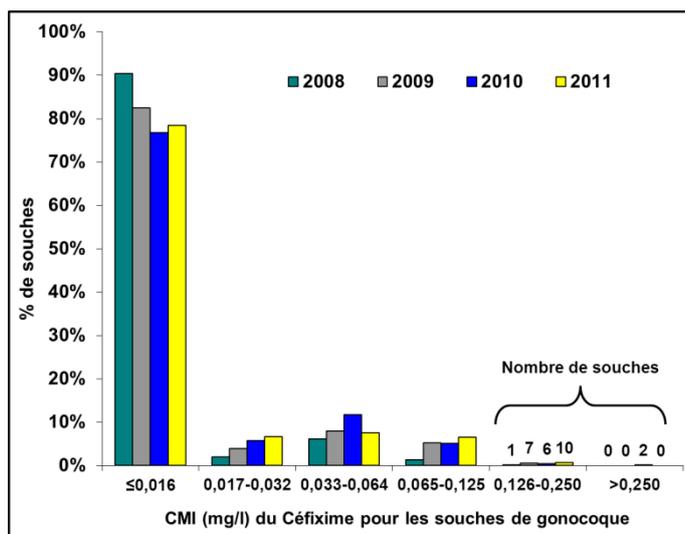


Figure G19

Évolution de la sensibilité des souches de gonocoque aux céphalosporines à large spectre (au céfexime à gauche, à la ceftriaxone à droite), réseau Rénago, France, 2008-2011 (Source : CNR des gonocoques)



Note : Des concentrations minimales inhibitrices (CMI) supérieures à 0,125 mg/l correspondent à des valeurs critiques des souches de gonocoque de sensibilité diminuée aux céphalosporines à large spectre (C3G). Le nombre de souches avec CMI > 0,125 mg/l est indiqué. La ceftriaxone injectable (500 mg en IM) est le traitement de première intention des gonococcies urogénitales non compliquées.

Tableau G1

Évolution des caractéristiques des patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2011

	2004-2008 N= 901	2009 N= 395	2010 N= 534	2011 N= 735
Région (%)				
Ile-de-France	65,1	46,8	49,8	43,8
Autres régions métropolitaines	33,1	47,1	44,0	48,2
DOM	1,8	6,1	6,2	8,0
Type de pratiques sexuelles (%)				
Hommes homo-bisexuels	65,1	54,3	48,3	42,3
Hommes hétérosexuels	27,9	31,0	34,8	32,9
Femmes bisexuelles	0,1	0,0	0,8	0,5
Femmes hétérosexuelles	6,9	14,7	16,1	24,3
Pays de naissance (%)				
France	70,7	76,5	77,2	76,7
Autres pays d'Europe	6,1	6,4	5,6	5,4
Pays des autres continents	23,2	17,1	17,2	17,9
Statut sérologique VIH (%)				
Positif connu	12,4	7,1	7,9	6,9
Découverte de sérologie VIH positive	2,0	1,0	0,2	0,7
Négatif	71,9	80,3	78,8	83,1
Statut inconnu	13,7	11,6	13,1	9,3
Age médian (ans)				
Hommes homo-bisexuels	31	28,5	30	29
Hommes hétérosexuels	27	25	26	24
Femmes bisexuelles	17	-	22,5	24
Femmes hétérosexuelles	23	21	23	21

Tableau G2

Évolution des comportements sexuels au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2011

	2004-2008	2009	2010	2011
Utilisation systématique du préservatif (%) [intervalle de confiance à 95%]				
Pénétration anale (entre hommes)	42,8 [36,6-47,2]	36,7 [29,5-44,5]	42,8 [34,7-51,2]	35,3 [28,6-42,6]
Pénétration vaginale (hommes)	27,6 [22,6-32,7]	13,5 [8,0-21,6]	20,7 [14,0-29,4]	13,3 [8,7-19,6]
Pénétration vaginale (femmes)	3,5 [0,6-13,0]	8,1 [2,1-23,0]	13,0 [5,4-27,0]	4,3 [1,6-10,2]
Fellation	1,3 [0,7-2,5]	1,1 [0,3-3,4]	1,1 [0,3-3,5]	1,5 [0,6-3,3]
Nombre médian de partenaires				
Homosexuels masculins	10	10	10	10
Hommes bisexuels	6,5	9	12	7
Hommes hétérosexuels	3	4	3	3
Femmes hétérosexuelles	2	2	2	2

Note : les informations sur les comportements ne sont disponibles que pour une partie des patients.

Infections uro-génitales à chlamydia

- La surveillance des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* est réalisée par l'intermédiaire du réseau de laboratoires Rénachla. Les patients de Rénachla consultent majoritairement en CDAG, en Ciddist ou en centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), respectivement dans 33 %, 11 % et 12 % des cas en 2011 (figure C1).
- Le nombre de recherches et d'infections uro-génitales à *Chlamydia* continue d'augmenter en 2011 chez l'homme comme chez la femme (figures C2 et C3). Cette augmentation est particulièrement importante dans les CDAG (figure 1).
- Cette augmentation est plus marquée chez les sujets asymptomatiques que chez les sujets symptomatiques dans les deux sexes (figures C4 et C5), mais on observe une inflexion en 2011 concernant les personnes asymptomatiques.
 - ✓ En 2011, la proportion de sujets asymptomatiques représente 61 % des cas diagnostiqués alors que cette proportion représentait 23 % des cas au début de la décennie (figure C6), ce qui est lié à une augmentation des pratiques de dépistage.
 - ✓ Les structures qui pratiquent principalement le dépistage sont les CDAG, les Ciddist et les CPEF : 84 % des patients y sont asymptomatiques en 2011. Au contraire, les généralistes et les gynécologues privés ou publics ont recours à des tests à visée diagnostique chez des personnes symptomatiques dans 71 % des cas (figure C7).
 - ✓ La mise en place depuis 2008 d'un dépistage systématique des infections à *Chlamydia* chez les jeunes femmes de moins de 25 ans consultant dans les CDAG parisiennes explique en grande partie la proportion très différente de sujets asymptomatiques à Paris et dans le reste de la métropole (figures C8 et C9). Ceci souligne l'importance de prendre en compte les pratiques locales de dépistage lors de l'interprétation des résultats.
- En 2011, le taux de positivité (nombre de cas positifs/nombre de recherches) est de 6,5 % chez les hommes et les femmes (figure C8), ce qui est supérieur à la prévalence dans la population générale estimée entre 1 et 3 % par l'enquête Natchla (réalisée en 2006). Cela témoigne d'un dépistage ciblé sur les personnes les plus à risque.
- En 2011, les femmes ayant une infection uro-génitale à chlamydia sont toujours plus jeunes que les hommes : âge médian de 22 ans contre 25 ans (figure C11).

Figure C1

Évolution du nombre d'infections uro-génitales à chlamydia selon le lieu de consultation, réseau Rénachla, France, 2004-2011

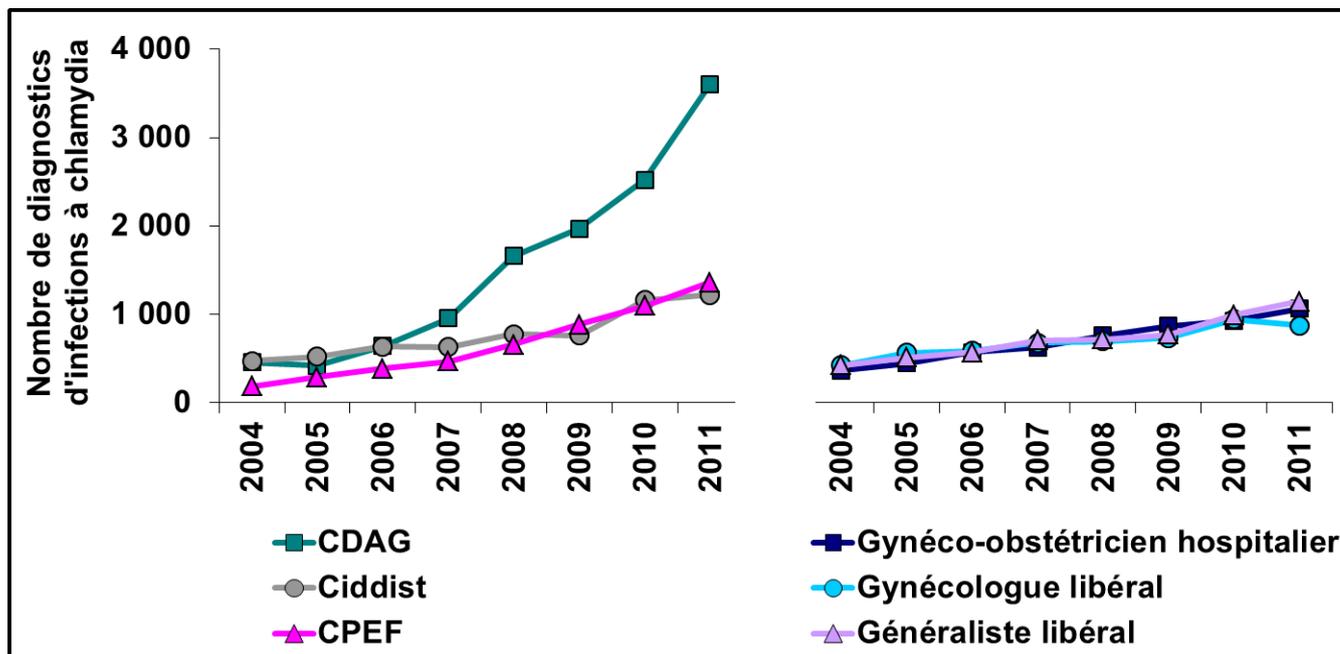


Figure C2

Évolution annuelle du nombre moyen de recherches et d'infections uro-génitales à chlamydia chez les hommes, réseau Rénachla, France, 2000-2011

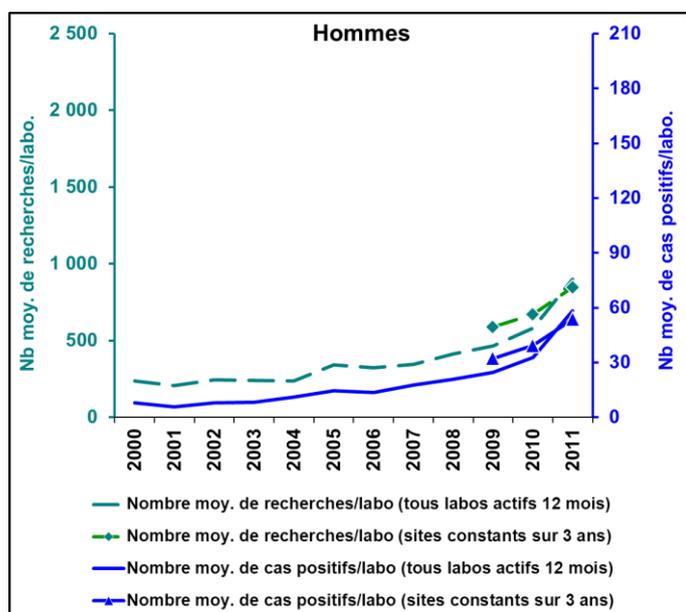


Figure C3

Évolution annuelle du nombre moyen de recherches et d'infections uro-génitales à chlamydia chez les femmes, réseau Rénachla, France, 2000-2011

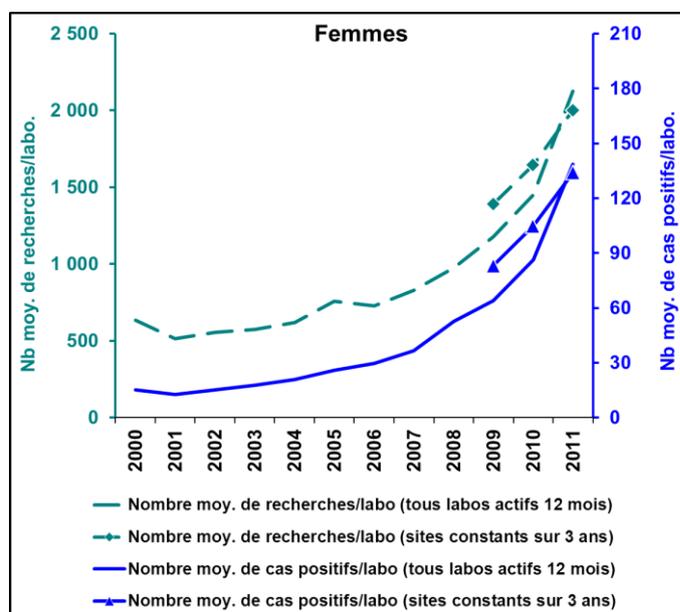


Figure C4

Évolution du nombre d'infections à chlamydia selon la présence ou non de symptômes chez les hommes, réseau Rénachla, France, 2000-2011

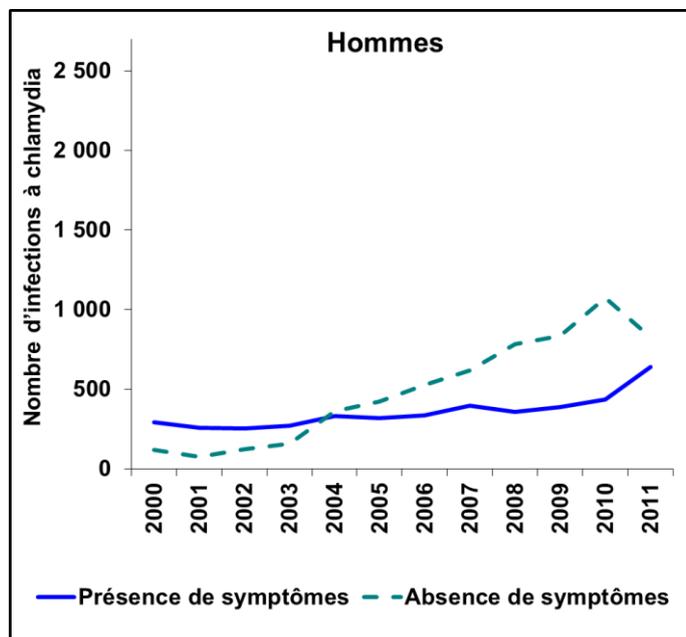


Figure C5

Évolution du nombre d'infections à chlamydia selon la présence ou non de symptômes chez les femmes, réseau Rénachla, France, 2000-2011

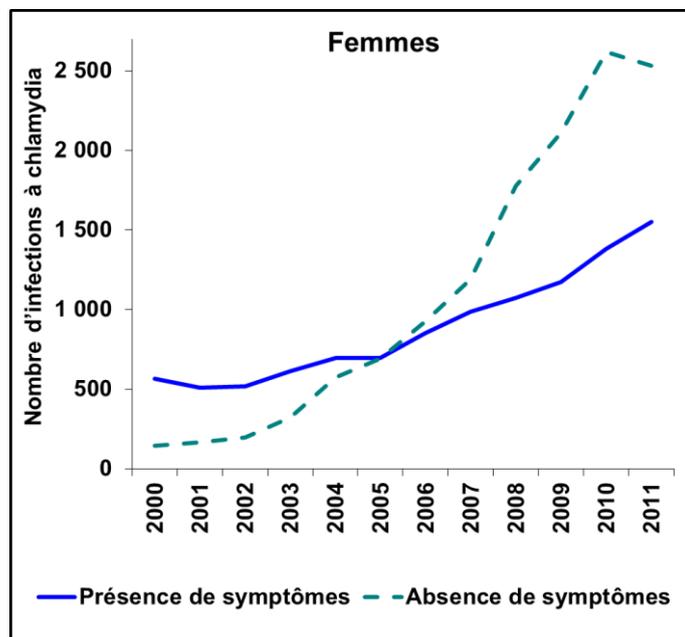


Figure C6

Évolution du pourcentage d'infections uro-génitales à chlamydia asymptomatiques selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2011

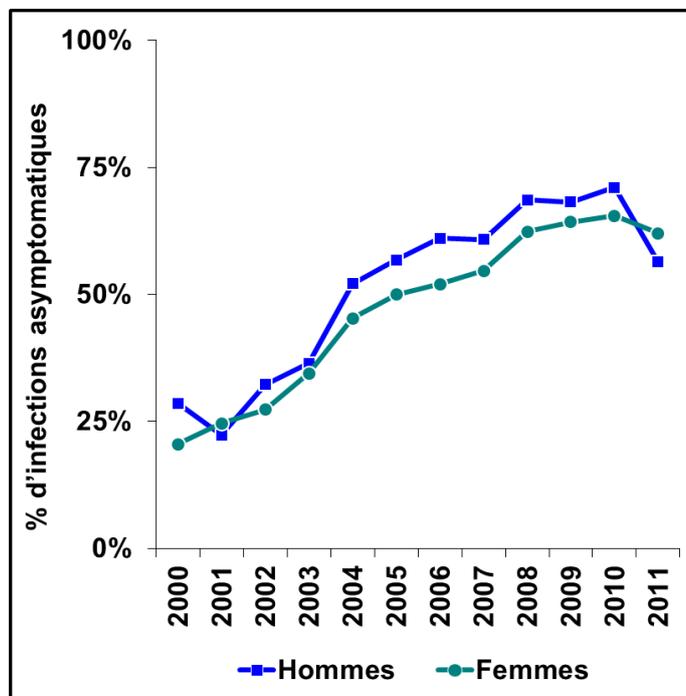


Figure C7

Proportion de patients asymptomatiques infectés par *Chlamydia trachomatis*, selon le lieu de consultation, réseau Rénachla, 2011

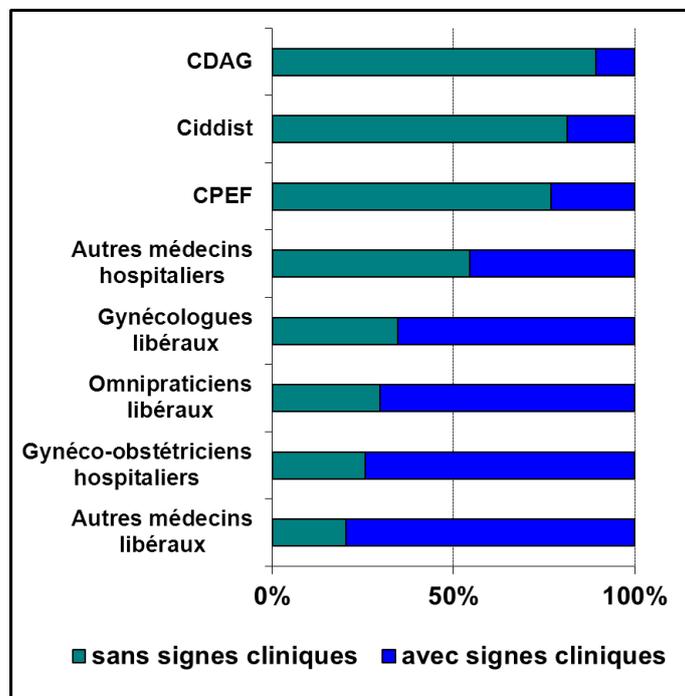


Figure C8

Évolution du pourcentage d'infections uro-génitales à chlamydia asymptomatiques selon le sexe à Paris, réseau Rénachla, France, 2000-2011

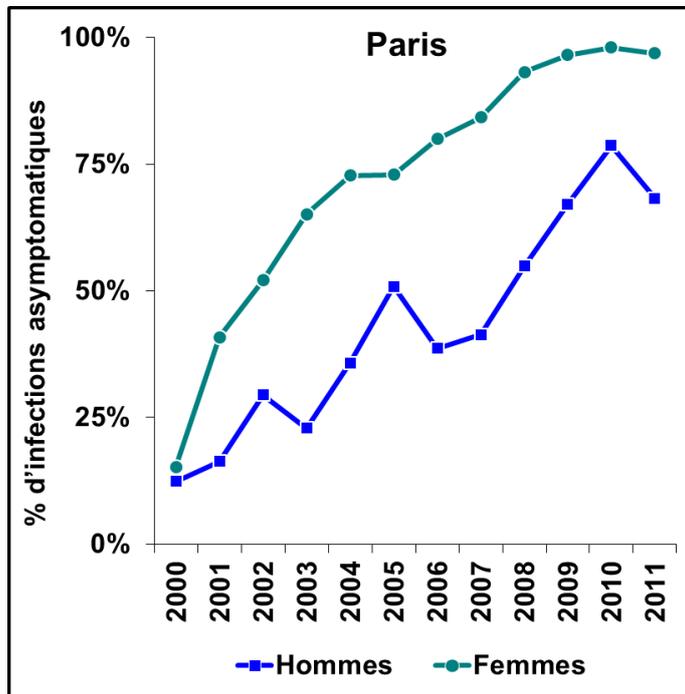


Figure C9

Évolution du pourcentage d'infections uro-génitales à chlamydia asymptomatiques selon le sexe hors Paris, réseau Rénachla, France, 2000-2011

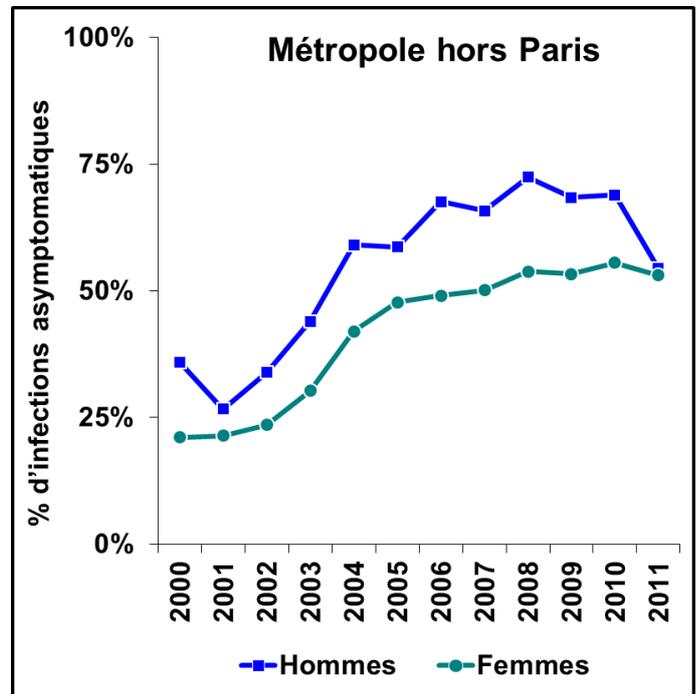


Figure C10

Évolution du taux de positivité (nombre d'infections / nombre de recherches) selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2011

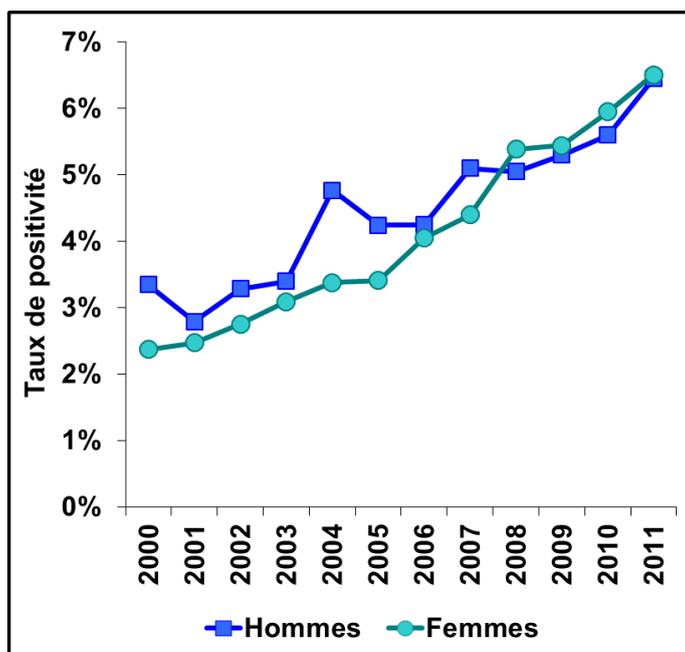
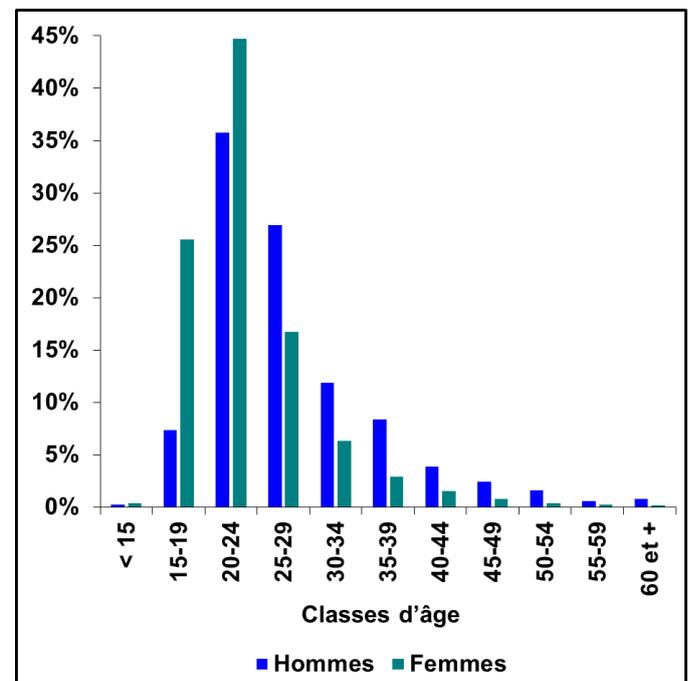


Figure C11

Distribution des infections à chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2011



Lymphogranulomatoses vénériennes rectales

- La surveillance des lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et des infections rectales à *Chlamydia trachomatis* à souches non L est réalisée grâce à un réseau de laboratoires et de cliniciens désormais coordonné par le CNR des chlamydiae qui effectue le génotypage des souches pour différencier les LGV des autres types de chlamydioses ano-rectales.
- Malgré des oscillations, le nombre de LGV rapporté s'avère relativement stable depuis 2008 tandis que le nombre de rectites à *Chlamydia* sérovar non L est en augmentation ces trois dernières années (figure L1).
- Chez les patients où l'information sur l'orientation sexuelle est connue,
 - ✓ la très grande majorité des cas concerne des hommes homo/bisexuels (97 % pour les LGV et 91 % pour les rectites non L).
 - ✓ En 2011, deux cas de LGV ont été diagnostiqués chez des hommes hétérosexuels (aucun en 2010) ; il n'y a pas de cas de LGV diagnostiqué chez des femmes. Un cas de rectite non L a été diagnostiqué chez un homme hétérosexuel (aucun en 2010) et six cas chez des femmes (deux en 2010).
- La majorité des cas de LGV et de rectites non L est diagnostiquée en Ile-de-France.
 - ✓ La proportion de LGV diagnostiquées dans les autres régions métropolitaines a augmenté depuis 2010 : 21 % en 2010-2011 contre 8 % sur la période 2002 à 2009 (figure L2).
- En 2011, l'âge médian des patients est de 38 ans (41 ans en cas de LGV et 33 ans en cas de rectite non L, figure L3).
- Les co-infections rectite à chlamydia et VIH sont très fréquentes (figure L4) :
 - ✓ pour la LGV, 89 % de co-infections en 2011 (83 % en 2009 et 2010) ;
 - ✓ le taux d'infection VIH en cas de rectite non L diminue : 73 % de co-infections sur la période 2007-2009, puis 58 % en 2010 et 41 % en 2011.

Figure L1

Évolution du nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et de rectites à chlamydia à souche non L, France, 2002-2011 (Sources : CNR Chlamydiae et InVS)

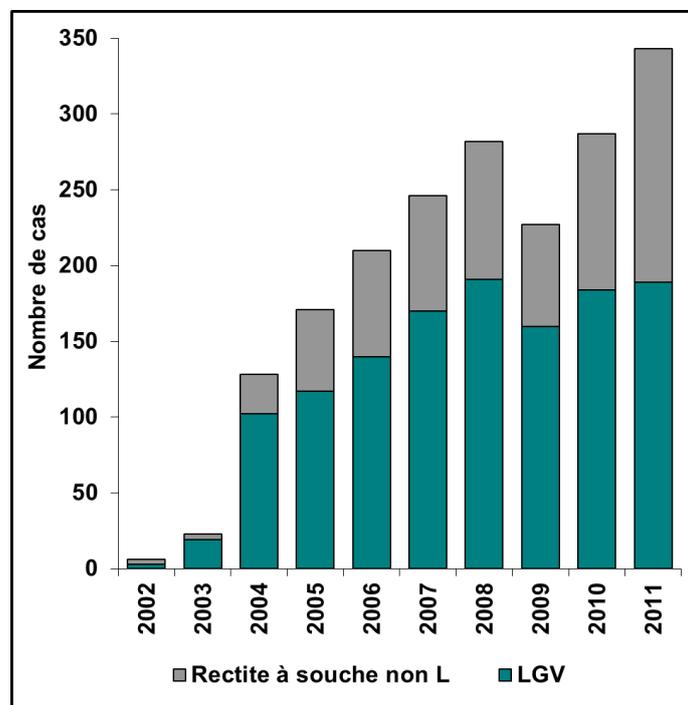


Figure L2

Évolution de la proportion de LGV et de rectites à chlamydia à souche non L diagnostiquées en métropole hors Ile-de-France, France, 2002-2011 (Sources : CNR Chlamydiae et InVS)

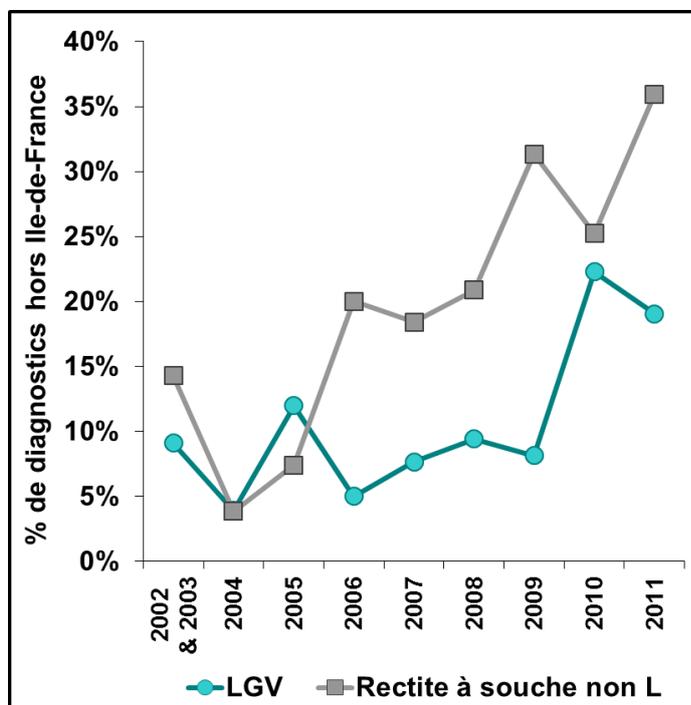


Figure L3

Distribution des LGV et des rectites à chlamydia à souche non L par classe d'âge, France, 2011 (Source : CNR Chlamydiae)

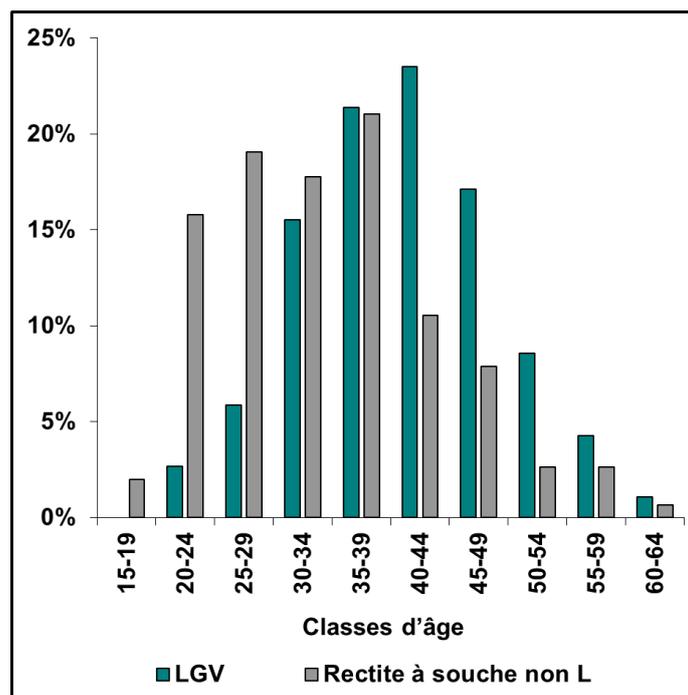
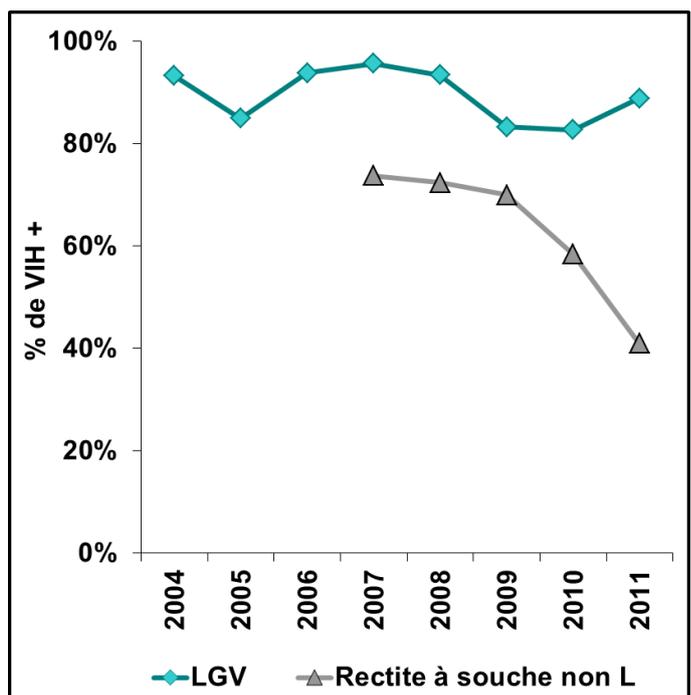
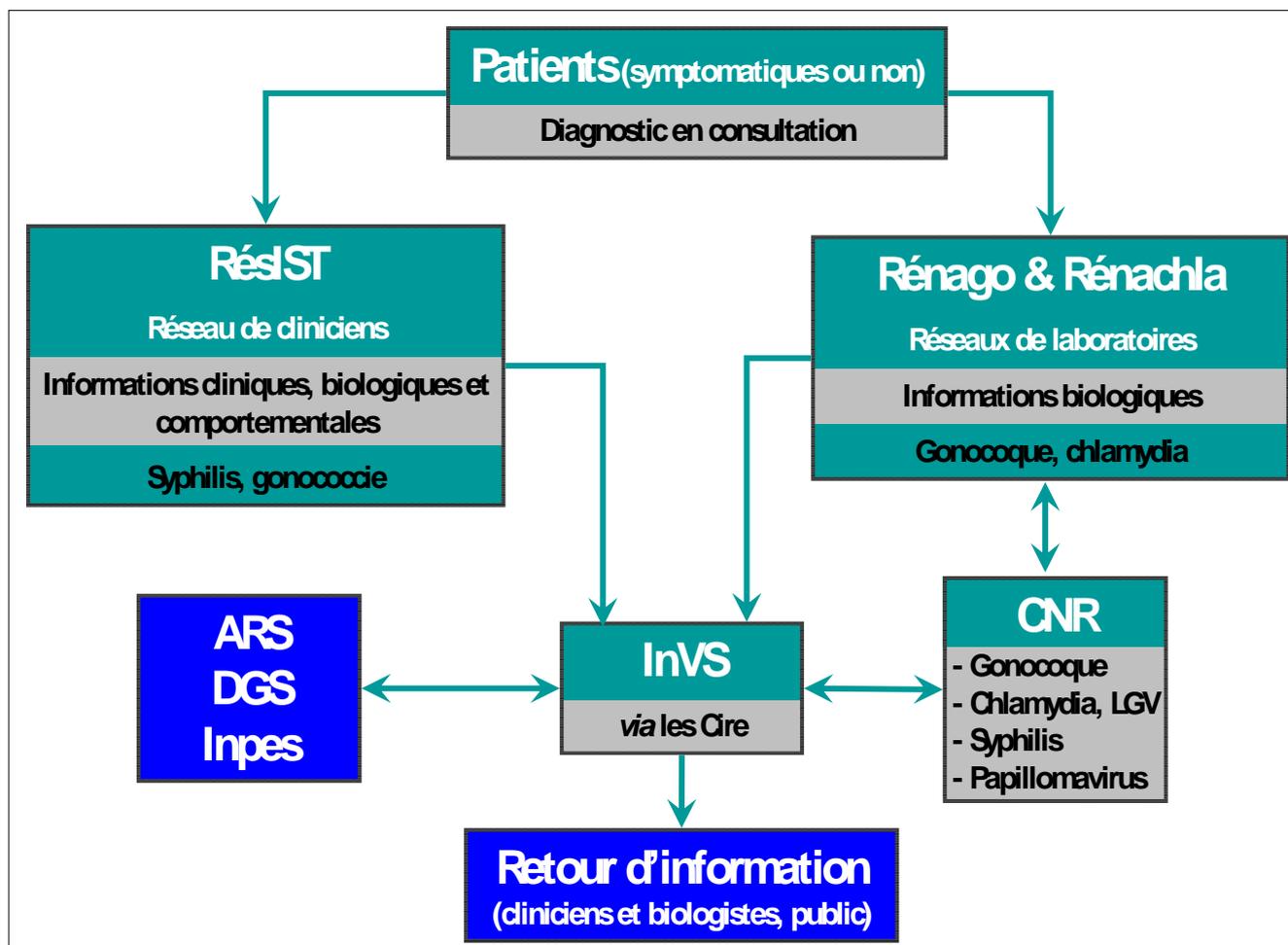


Figure L4

Fréquence de l'infection VIH en cas de LGV et de rectite à chlamydia à souche non L, France, 2004-2011 (Sources : CNR Chlamydiae et InVS)



Organisation de la surveillance des IST



ARS : Agences régionales de santé ; CNR : Centres nationaux de référence ; DGS : Direction générale de la santé ; Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ; LGV : lymphogranulomatose vénérienne.

L'organisation des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) (RésIST, Rénago, Rénachla) est détaillée et consultable dans le dossier thématique sur les IST sur le site internet de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST4/Comment-surveiller-les-IST>

Les questionnaires pour la surveillance des IST sont téléchargeables sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST4/Questionnaires-pour-la-surveillance>

Nous remercions pour leur participation à la surveillance des IST :

- tous les cliniciens et leurs équipes des Ciddist, CDAG et des services de consultations hospitalières, et les médecins exerçant en cabinet de ville, pour leur participation à RésIST ;
- tous les biologistes et leurs équipes pour leur participation à Rénago et à Rénachla ;
- tous les biologistes, leurs équipes et les médecins exerçant dans un Ciddist, dans des consultations de dermatologie ou de médecine générale spécialisées dans la prise en charge du sida, pour leur participation à la surveillance des LGV ;
- les CNR en charge des IST pour leur collaboration.

Contacts

Institut de veille sanitaire

A Saint-Maurice : Département des maladies infectieuses – Unité VIH-IST-Hépatites B et C,
12 rue du Val d'Osne – 94415 Saint-Maurice – Courriel : ist@invs.sante.fr

Dr Guy La Ruche, coordonnateur des IST

Tél. : 01 41 79 68 04

Alice Bouyssou-Michel, chargée d'études RésIST

Tél. : 01 41 79 67 38

Dr Caroline Semaille, responsable de l'unité VIH-IST-Hépatites B et C

Tél. : 01 41 79 67 26

Gilles Delmas, épidémiologiste

Tél. : 01 41 79 67 27

Betty Basselier, assistante d'informations RésIST, Rénago, Rénachla

Tél. : 01 41 79 68 69

Alicia Zamora, assistante (secrétariat)

Tél. : 01 41 79 67 96

Fax : 01 41 79 67 66

Dans les régions, Cire impliquées dans la surveillance des IST :

(informations sur le site de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/Regions-et-territoires/L-InVS-dans-votre-region>)

Cire Antilles-Guyane – ARS de Martinique

Centre d'affaires Agora - ZAC de l'Étang z'Abri
Pointe des Grives - BP 658 - 97261 Fort de France
Cedex

Tél. : 05 96 39 43 54

Courriel : ars-martinique-cire@ars.sante.fr

Cire Aquitaine – ARS Aquitaine - Espace Rodesse

103 bis rue Belleville - CS 91704 - 33063 Bordeaux
Cedex

Tél. : 05 57 01 46 20

Courriel : ars-aquitaine-cire@ars.sante.fr

Cire Centre – ARS Centre

131 Faubourg Bannier - BP 74409 - 45044 Orléans
Cedex 1

Tél. : 02 38 77 47 81

Courriel : ars-centre-cire@ars.sante.fr

Cire Languedoc-Roussillon – ARS Languedoc-
Roussillon

28 Parc-Club du Millénaire - 1025 Rue Henri
Becquerel

CS 3001 - 34067 Montpellier Cedex 2

Tél. : 04 67 07 22 86

Courriel : ars-lr-cire@ars.sante.fr

Cire Lorraine-Alsace – ARS de Lorraine

Immeuble "Les Thiers"

4 Rue Piroux - CO N° 71 - 54036 Nancy Cedex

Tél. : 03 83 39 29 43

Courriel : ars-lorraine-alsace-cire@ars.sante.fr

Cire Limousin-Poitou-Charentes - ARS Poitou-
Charentes

Avenue de Northampton - 4 Rue Micheline
Ostermeyer

BP 20570 - 86021 Poitiers Cedex

Tél. : 05 49 44 83 18

Courriel : ars-limousin-pch-cire@ars.sante.fr

Cire Midi-Pyrénées – ARS Midi-Pyrénées

10 chemin du Raisin - 31050 Toulouse Cedex 9

Tél. : 05 34 30 25 24

Courriel : ars-midipy-cire@ars.sante.fr

Cire Nord – ARS Nord Pas-de-Calais

556 avenue Willy Brandt - 59777 Euraille

Tél. : 03 62 72 88 88

Courriel : ars-npdc-cire@ars.sante.fr

Cire Normandie – ARS Haute Normandie

Immeuble "Le mail" - 31 rue Malouet - BP 2061 - 76040
Rouen

Tél. : 02 32 18 31 64

Courriel : ars-normandie-cire@ars.sante.fr

Cire Océan Indien – ARS Océan Indien

2 bis av. Georges Brassens - CS 60050
97408 Saint-Denis Cedex 9

Tél. : 02 62 93 94 24

Courriel : ars-oi-cire@ars.sante.fr

Cire Provence-Alpes-Côte d'Azur – ARS Paca - Cire
Sud

132 boulevard de Paris - CS 50039 - 13331 Marseille
Cedex 03

Tél. : 04 13 55 81 01

Courriel : ars-paca-cire@ars.sante.fr

Cire Rhône-Alpes – ARS Rhône-Alpes

129 Rue Servient - 69418 Lyon Cedex

Tél. : 04 72 34 31 15

Courriel : ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr

Centres nationaux de référence (CNR)

La liste des CNR pour la période 2012-2016 est disponible sur le site de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/fr/Espace-professionnels/Centres-nationaux-de-referance/Liste-et-cordonnees-des-CNR>

CNR Gonocoques

Docteurs Agathe GOUBARD et Patrice SEDNAOUI
Institut Alfred Fournier, laboratoire de microbiologie
25 bd Saint Jacques - 75014 PARIS
Tél. : 01 40 78 26 25 - Fax : 01 40 78 26 27
Email : agathe.goubard@institutfournier.org
et patrice.sednaoui@institutfournier.org
Site Internet : <http://www.institutfournier.org>

CNR Gonocoques - Laboratoire associé

Pr Emmanuelle CAMBAU
Groupe hospitalier Saint Louis-Lariboisière-F. Widal
Laboratoire de bactériologie - virologie - hygiène
2 rue Ambroise Paré - 75018 PARIS CEDEX 18
Tél. : 01 49 95 65 54 - Fax : 01 49 95 85 37
Email : emmanuelle.cambau@lrb.aphp.fr

CNR Syphilis

Professeur Nicolas DUPIN
Hôpital Cochin, Hôtel Dieu, Pavillon Gustave Roussy
Service de dermatologie, laboratoire de dermatologie
UPRES-EA 1833
8 rue Mechain – 75014 PARIS
Tél. : 01 58 41 18 49 / 27 88 - Fax : 01 44 41 25 46
Email : nicolas.dupin@cch.aphp.fr
Site Internet : <http://www.cnr-syphilis.fr/index.php>

CNR Chlamydiae

Docteur Bertille DE BARBEYRAC
Université Victor Segalen Bordeaux 2
USC Infections humaines à mycoplasmes et à
Chlamydiae
146 rue Léo-Saignat - 33076 BORDEAUX CEDEX
Tél. : 05 56 79 56 67
Fax : 05 56 79 56 11
Email : bertille.de.barbeyrac@u-bordeaux2.fr
Site Internet : <http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux2.fr/>

CNR Papillomavirus

Docteurs Isabelle HEARD et Michel FAVRE
Institut Pasteur, Unité de rétrovirologie moléculaire -
unité génétique papillomavirus et cancer humain
25 rue du Docteur Roux - 75015 PARIS CEDEX 15
Tél. : 01 40 61 31 39 - Fax : 01 45 68 89 66
Email : isabelle.heard@pasteur.fr
et michel.favre@pasteur.fr
Site Internet :
<http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/sante/info-hpv>

Comité de rédaction :

Guy La Ruche, Alice Bouyssou, Gilles Delmas, Betty Basselier, Caroline Semaille
Département des maladies infectieuses, Unité VIH-IST-Hépatites B et C, InVS
InVS
12, rue du Val d'Osne
94440 Saint-Maurice Cedex
Tél. : +33 1 41 79 68 34
Fax : +33 1 41 79 69 65
<http://www.invs.sante.fr>

Publication : décembre 2012