

A l'instar des autres pays européens, le g novar L2b est l'unique sérovar identifié en France. Ces résultats confirment la circulation d'une seule souche clonale. Au Royaume-Uni, il y aurait une diversité plus grande de g novars circulant parmi les cas de LGV [15].

Conclusion

Le nombre élevé de cas de LGV rectale en 2006 chez les hommes homosexuels le plus souvent séropositifs pour l'infection VIH, indique la persistance de la transmission de l'infection au sein de la communauté homosexuelle masculine. Ce phénomène s'inscrit dans un contexte d'accroissement des autres IST (gonococcies, syphilis et VIH) au sein de cette même communauté, qui indique un relâchement de la prévention des comportements sexuels à risque.

Remerciements

Nous remercions les laboratoires et les cliniciens pour leur participation à la surveillance des LGV et plus particulièrement : Paris : Dr Caumes, Pr Dupin, Dr Gerhardt, Dr Janier, Dr Fou r , Dr Le Marchand, Dr Soudan ; Bordeaux : Pr Ragnaud, Dr Juguet ; Tourcoing : Dr Alcaraz, Dr Baclet, Dr Simona, Dr Valette, Dr Viget ; Lille : Dr Coton ; Mulhouse : Dr Colson ;

Dijon : Dr Bour ; Lyon : Dr Durand, Dr Salord ; Marseille : Dr Bangles d'Ortoli ; Toulouse : Dr Spenatto.

Références

- [1] Perrine PL, Stamm WE. Lymphogranuloma venereum. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P, editors. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill; 1999. pp. 423-32.
- [2] Centers for Disease Control. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men-Netherlands, 2003-2004. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2004; 53(42):985-8.
- [3] Van de Laar M, Fenton KA, Ison CA, on behalf of the ESSTI network. Update on the European lymphogranuloma venereum epidemic among men who have sex with men. *Euro Surveill* 2005; 10(6):E050602.1. (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050602.asp>)
- [4] Herida M, de Barbeyrac B, Lemarchand N, Scieux C, Sednaoui P, Kreplak G, et al.  mergence de la lymphogranulomatose vénérienne rectale en France, 2004-2005. *Bull Epidemiol Hebd.* 2006; 25:180-3.
- [5] Herida M, Sednaoui P, Couturier E, Neau D, Clerc M, Scieux C, et al. Rectal lymphogranuloma venereum, France. *Emerg Infect Dis.* 2005; 11:505-6.
- [6] Rodríguez P, Vekris A, de Barbeyrac B, Dutilh B, Bonnet J, Bebear C. Typing of *Chlamydia trachomatis* by restriction endonuclease analysis of the amplified major outer membrane protein gene. *J Clin Microbiol.* 1991; 29:1132-6.
- [7] Spaargaren J, Fennema HS, Morre SA, de Vries HJ, Coutinho RA. New lymphogranuloma venereum *Chlamydia trachomatis* variant, Amsterdam. *Emerg Infect Dis.* 2005; 11:1090-2.

[8] Herida M, Kreplack G, Cardon B, Desenclos JC, de Barbeyrac B. First case of urethritis due to *Chlamydia trachomatis* g novar L2b. *Clin Infect Dis.* 2006 15; 43:268-9.

[9] Spenatto N, Boulinguez S, de Barbeyrac B, Viraben R. First case of "bubonulus" in L2 lymphogranuloma venereum. *Sex Transm Infect.* 2007; 83:337-8.

[10] Scieux C, Barnes R, Bianchi A, Casin I, Morel P, Perol Y. Lymphogranuloma venereum: 27 cases in Paris. *J Infect Dis.* 1989; 160:662-8.

[11] Halioua B, Bohbot JM, Monfort L, Nassar N, de Barbeyrac B, Monsonego J, Sednaoui P. Ano-rectal lymphogranuloma venereum: 22 cases reported in a sexually transmitted infections center in Paris. *Eur J Dermatol.* 2006; 16:177-80.

[12] De Barbeyrac B, Neau D, Voinchet H, Lawson Ayayi S, Lafon ME, Raheison S, Clerc M, B b ar C, Fleury H, Ragnaud JM. Screening of sexually transmitted infections among HIV-positive men who have sex with men. In: 22nd IUSTI-Europe conference of Sexually Transmitted Infections; 2006; Versailles, 19-21 octobre, France 2006.

[13] Morre SA, Spaargaren J, Fennema JS, de Vries HJ. Molecular diagnosis of lymphogranuloma venereum: PCR-based restriction fragment length polymorphism and real-time PCR. *J Clin Microbiol.* 2005; 43:5412-3.

[14] Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sex Transm Infect.* 1999; 75:3-17.

[15] Ward H, Martin I, Macdonald N, Alexander S, Simms I, Fenton K, et al. Lymphogranuloma venereum in the United Kingdom. *Clin Infect Dis.* 2007; 44:26-32.

Surveillance de la syphilis en France, 2000-2006 : recrudescence des diagnostics en 2006

Alice Bouyssou Michel (a.bouyssou@invs.sante.fr)¹, Anne Gallay¹, Michel Janier², Nicolas Dupin³, Bruno Halioua⁴, Isabelle Alcaraz², Éric Picot⁵, Brigitte Milpied⁷, Clémence De Baudouin⁸, Caroline Semaille¹

1 / Institut de veille sanitaire, Saint Maurice, France 2 / Hôpital Saint-Louis, Paris, France 3 / Hôpital Tarnier-Cochin, Paris, France 4 / Institut Alfred Fournier, Paris, France 5 / Centre Hospitalier Dron, Tourcoing, France 6 / Hôpital St  loi, Montpellier, France 7 / Centre Hospitalier Universitaire, Bordeaux, France 8 / Cellule interrégionale d' pid miologie Nord, Lille, France

Résumé / Abstract

Contexte – Suite à la recrudescence de la syphilis en 2000, un système de surveillance a été mis en place. L'analyse des données recueillies permet de suivre l'évolution des tendances et de décrire les cas.

Méthodes – Le système de surveillance repose sur une participation volontaire de cliniciens. La définition de cas inclut les syphilis primaires, secondaires et latentes précoces.

Résultats – Entre 2000 et 2006, 2 306 cas ont été notifiés. Après une diminution en 2005, le nombre de cas augmente à nouveau en 2006 ; il est supérieur à celui des années antérieures, en particulier en Ile-de-France et dans la région Nord-Pas-de-Calais. Les personnes atteintes de syphilis sont majoritairement (83 %) des homo-bisexuels masculins. La séropositivité au VIH a baissé pour se stabiliser depuis 2003 à 48 % ; la proportion de patients avec un antécédent de syphilis augmente. Le nombre de femmes augmente chaque année.

Conclusion – L'épidémie de syphilis est toujours d'actualité en 2006, affectant notamment les homo-bisexuels masculins ; cependant, le nombre de cas chez les hétérosexuels augmente également. Dans ce contexte, le risque important de transmission du VIH et l'éventualité de syphilis congénitale renforcent la nécessité des campagnes de prévention et de dépistage de la syphilis.

Syphilis surveillance in France, 2000-2006: increase of cases in 2006

Background – In France, after an outbreak of syphilis in 2000, a surveillance system was set up to monitor the trends of this disease and to describe the cases.

Methods – The surveillance system is based on the voluntary participation of clinicians. The case definition includes primary, secondary and early latent syphilis.

Results – Between 2000 and 2006, a total of 2,306 cases of syphilis were reported. After a decrease in 2005, the number of cases increased in 2006, and was higher than in previous years, especially in the Paris region and in the North of France. Most syphilis patients (83%) were men who have sex with men. HIV co-infection has decreased and stabilized at 48% since 2003; the proportion of patients with a past history of syphilis has increased. The number of women has increased each year.

Conclusion – In 2006, the syphilis epidemic is still ongoing, mostly among men who have sex with men; however, the number of cases is also increasing among heterosexuals. In this context, the high risk of HIV transmission and the possibility of congenital syphilis highlight the necessity for syphilis screening and prevention campaigns.

Mots clés / Key words

Syphilis, surveillance, infections sexuellement transmissibles, VIH, homosexuel masculin / Syphilis, surveillance, sexually transmitted infections, HIV, MSM

Introduction

La syphilis est une infection sexuellement transmissible (IST) qui avait quasiment disparu en France dans les années 1990. Sa recrudescence entre 2000 et 2002 concernait principalement des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, souvent séropositifs pour le VIH, à Paris. Toutefois, malgré les campagnes de prévention et d'incitation au dépistage menées par les associations avec le soutien des institutions publiques, la syphilis comme les autres IST (gonococcies, lymphogranulomatose vénérienne) ne marquent pas de recul. Depuis fin 2000, la surveillance de la syphilis permet de suivre l'évolution annuelle, dans les centres participants, du nombre de personnes adultes atteintes de syphilis et de décrire leurs caractéristiques cliniques, biologiques et comportementales.

Méthodes

La surveillance de la syphilis, volontaire et prospective, a été mise en place progressivement dans les dispensaires antivénéériens devenus Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist)¹, dans les consultations hospitalières et les cabinets de médecine de ville [1]. Les cas inclus répondent à la définition de cas, clinique et biologique, de la syphilis précoce qui comprend les phases primaire (présence de chancre), secondaire (présence d'éruption) et latente de moins d'un an (absence de signes cliniques).

Après consentement du patient, les données cliniques et biologiques du questionnaire sont documentées par le clinicien. Le clinicien propose au patient un auto-questionnaire sur les comportements sexuels des 12 derniers mois. Les questionnaires, anonymes, sont transmis par courrier à l'Institut de veille sanitaire.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Stata® 8.2. Les tests utilisés pour comparer les proportions et les moyennes sont le Chi2 de Pearson et le t de Student avec un risque alpha à 5 %.

Les résultats présentés concernent la période de surveillance, 2000-2006, sauf précision contraire.

Résultats

Depuis 2000, 120 sites ont déclaré des cas de syphilis entre 2000 (10 sites) et 2006 (51 sites). Le nombre de sites qui ont participé de façon constante et notifié au moins un cas par an depuis 2003 était de 23, dont 6 en Ile-de-France.

Nombre de cas

Au total, 2 306 cas de syphilis précoce ont été notifiés entre 2000 et 2006 (figure 1). Après une diminution du nombre de cas observée en 2004 et en 2005 [2], le nombre de cas notifiés augmentait à nouveau en 2006. Ces tendances, qui comprennent les données transmises par l'ensemble des sites, étaient identiques pour les sites à participation constante entre 2003 et 2006.

La proportion de cas déclarés par les Ciddist était de 62 %, ces structures représentant un tiers des sites participants. Les consultations hospitalières et la médecine de ville ont notifié respectivement 21 % et 17 % des cas.

Sur la période 2000-2006, la région Ile-de-France représentait 61 % des cas ; cependant, cette proportion diminuait de 2000 (81 %) à 2006 (50 %). Au cours des années 2004-2006, l'évolution du nombre de cas de syphilis variait selon la région (figure 2). Ainsi en Ile-de-France, où la participation des sites était constante, le nombre de cas diminuait en 2005 et augmentait en 2006 ; cette tendance était constatée dans chaque centre. L'augmentation continue dans la région Nord-Pas-de-Calais (34 cas en 2004 à 85 cas en 2006) était

associée à l'augmentation du nombre de sites, et au nombre croissant de cas dans les structures participant depuis plusieurs années. Dans les autres régions, les variations étaient moindres. Il n'y a pas eu de cas de syphilis notifié entre 2000 et 2006 dans les régions Poitou-Charentes, Basse-Normandie, Limousin et Franche-Comté.

Stades de la syphilis

Parmi les 2 306 cas, 26 % avaient une syphilis primaire, 41 % une syphilis secondaire et 33 % une syphilis latente précoce. Depuis 2002, les syphilis symptomatiques représentaient chaque année 2 cas sur 3.

Description des patients

Les personnes ayant une syphilis étaient majoritairement des hommes (95 %), l'âge moyen était de 36,9 ans. La répartition selon l'orientation sexuelle était stable avec 74 % d'homosexuels masculins, 9 % de bisexuels et 17 % d'hétérosexuels.

Les homo-bisexuels masculins (n=1 892)

Les homo-bisexuels masculins représentaient 83 % des cas de syphilis, en particulier 88 % des cas franciliens et 75 % des autres régions. Ils étaient âgés en moyenne de 36,9 ans (tableau). Le statut sérologique vis-à-vis du VIH était connu pour 95 % d'entre eux, dont 51 % étaient séropositifs ; de 60 % en 2000, cette proportion diminuait pour se stabiliser depuis 2005, à 47 %.

Parmi les homo-bisexuels pour lesquels cet item était renseigné (n=1 551, 82 %), 24 % avaient déjà un antécédent de syphilis, cette proportion variait de 27 % en 2004 et 2005 à 33 % en 2006. Quelle que soit la période observée, les hommes avec un antécédent de syphilis étaient significativement plus souvent séropositifs que ceux sans antécédent (73 % vs 43 %, $p < 10^{-3}$).

Parmi les hommes ayant une IST associée (15 %), l'infection à VIH (41 %), les infections à Chlamydiae

¹ Loi n° 2004-803 du 13 août 2004.

Figure 1 Nombre de cas de syphilis précoce par an. Réseau de surveillance de la syphilis, France, 2000-2006 / Figure 1 Number of early syphilis cases per year. Syphilis surveillance network, France, 2000-2006

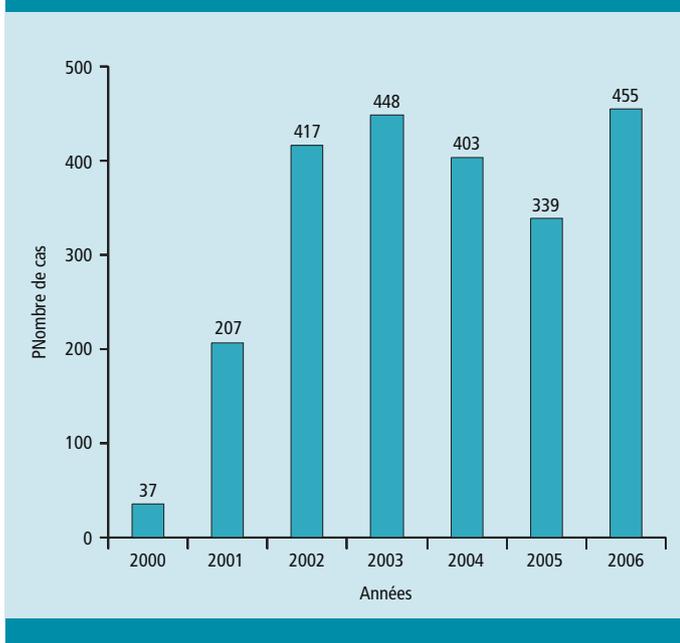
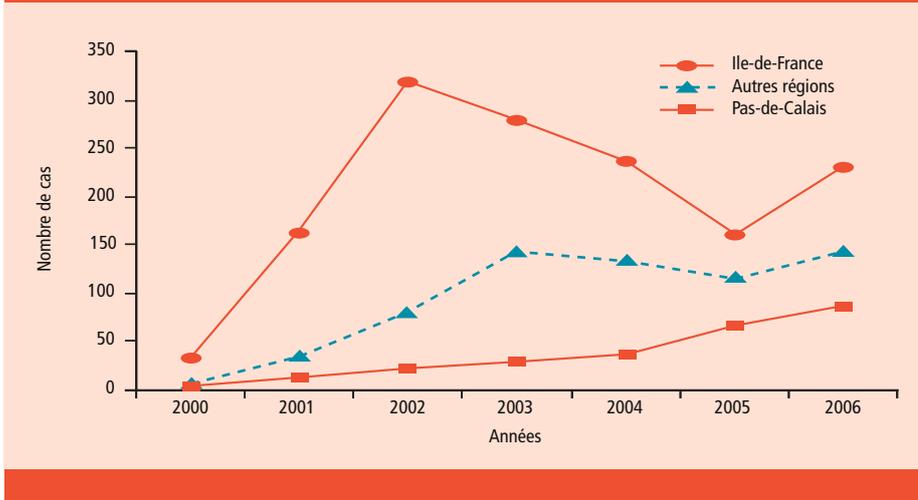


Tableau Caractéristiques des personnes ayant une syphilis précoce, selon leur orientation sexuelle. Réseau de surveillance de la syphilis, France, 2000-2006 / Table Characteristics of early syphilis patients, per sexual orientation. Syphilis surveillance network, France, 2000-2006

	Homo-bisexuels masculins n = 1 892 %	Hommes hétérosexuels n = 271 %	Femmes hétérosexuelles n = 117 %
Âge moyen (médian)	36,9 ans (36)	38,5 ans (38)	33,4 ans (31)
Stades de la syphilis			
Primaire, secondaire	69	63	38
Latente précoce	31	37	62
Statut sérologique VIH			
Positif	49	14	5
Négatif	46	77	83
Inconnu	5	9	12
Motifs de consultation			
Signes d'IST	59	53	30
Autres signes cliniques	6	10	25
Dépistage	27	32	27
Partenaires avec IST	8	5	18
Diagnostic d'une IST associée			
Oui	15	19	17
Non	68	75	72
Non documenté	17	6	11
Nombre médian de partenaires (12 mois)	10	2	1

Figure 2 Nombre de cas de syphilis précoce par an, selon la région. Réseau de surveillance de la syphilis, France, 2000-2006 / Figure 2 Number of early syphilis cases per year and region. Syphilis surveillance, France, 2000-2006



(20 %) et les gonococcies (11 %) sont les plus fréquentes.

Le nombre médian de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois était de 10. Parmi les homo-bisexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire (n=882), 43 % ne savaient pas quel partenaire était à l'origine de la contamination et 26 % citaient un partenaire anonyme.

Les hommes hétérosexuels (n=271)

Les hommes hétérosexuels représentaient 12 % des cas de syphilis, soit 9 % des cas franciliens et 16 % dans les autres régions. Ces hommes étaient en moyenne plus âgés (38,5 ans) que les homo-bisexuels ($p=0,01$). Leur statut sérologique vis-à-vis du VIH était connu pour 91 % d'entre eux ; ils étaient significativement moins séropositifs (16 %, $p<10^{-3}$) que les homo-bisexuels (tableau).

Parmi ces hommes pour lesquels les données étaient documentées (n=227, 84 %), 10 % avaient un antécédent de syphilis. Les motifs de consultation étaient principalement des signes cliniques d'IST (53 %), comme pour les hommes homo-bisexuels. Le nombre médian de partenaires sexuels était de 2 au cours de l'année. Parmi les hommes hétérosexuels ayant répondu à l'auto-questionnaire (n=106), 44 % ne connaissaient pas la partenaire source et pour 17 %, la partenaire était anonyme.

Les femmes hétérosexuelles (n=117)

Dans le système de surveillance, les femmes représentaient 5 % des cas de syphilis. Le nombre de cas a augmenté de 18 en 2003 à 30 en 2006 (figure 3). Les cas étaient en majorité notifiés en province (63 %), en particulier dans le nord de la France.

Ces femmes étaient plus jeunes (33,4 ans, $p<10^{-3}$) que les hommes (tableau). Les hommes et femmes hétérosexuels avaient des caractéristiques différentes. Parmi les femmes dont le statut sérologique vis-à-vis du VIH était connu (88 %, n=103), elles étaient moins souvent séropositives (6 %, n=6) que les hommes hétérosexuels ($p=0,01$). Les formes asymptomatiques de syphilis étaient plus fréquentes chez les femmes (62 %) et les consultations plus souvent motivées par des signes cliniques non spé-

cifiques d'IST (grossesse, asthénie, éruption, fièvre), ou la notion d'un partenaire avec une IST (tableau). Le nombre médian de partenaires sexuels indiqué par ces femmes était de 1 (moyenne=2,3). Parmi les femmes qui avaient rempli l'auto-questionnaire (n=44), 41 % ne savaient pas qui était le partenaire source, le partenaire stable était cité par 37 % d'entre elles et 22 % indiquaient un partenaire occasionnel.

Discussion/Conclusion

Le nombre de cas de syphilis notifiés dans le cadre du système de surveillance, après une baisse en 2005, était à nouveau en hausse en 2006. Cette majoration reflétait en partie le nombre croissant de sites participants, mais correspondait certainement à une augmentation réelle puisqu'on la retrouvait également pour les sites à participation constante. L'augmentation des cas de syphilis depuis le début des années 2000 a été confirmée par l'analyse des données hospitalières [3]. Le nombre de séjours hospitaliers associés à un diagnostic de syphilis précoce dans la base PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) a triplé entre 2001 et 2005. De même, les cas incidents de

syphilis chez les patients séropositifs suivis à l'hôpital (French Hospital Database on HIV ou DMI-II) ont triplé entre 2000 et 2002, pour se stabiliser entre 2002 et 2005. Les ventes d'Extencilline 2,4 MUI², traitement de la syphilis, indiquent que l'année 2000 correspond au point le plus bas des ventes entre 1996 et 2006, avec une augmentation de 27 % entre 2000 et 2006.

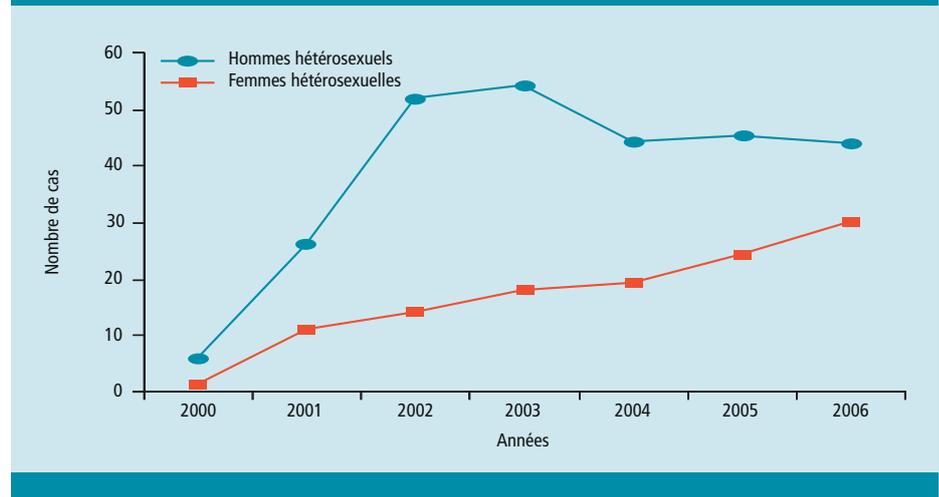
En Ile-de-France, la diminution du nombre de cas en 2005 a été suivie d'une augmentation nette en 2006. La participation stable des sites ne permettait pas d'expliquer le recul survenu en 2005. En 2006, la part des syphilis symptomatiques est stable par rapport aux années antérieures ; la recrudescence observée pourrait être liée à un recul de la prévention en l'absence de campagne récente d'information. *A contrario*, la situation du nord de la France pourrait s'expliquer par l'augmentation du nombre de sites, et un meilleur dépistage de la syphilis, effets de l'animation active des réseaux locaux de cliniciens. Toutefois, l'hypothèse d'une épidémie locale ne peut être écartée.

Le système français de surveillance de la syphilis a une sensibilité limitée, néanmoins la définition de cas clinique et biologique permet de décrire des cas réels. Pour améliorer la participation des lieux situés hors Ile-de-France, une démarche active auprès des Ciddist a été réalisée en 2007.

Depuis 2000, le profil des personnes atteintes de syphilis n'a pas changé, avec une majorité d'homo-bisexuels masculins comme dans d'autres pays européens et aux États-Unis [4]. Cependant, l'augmentation du nombre de cas en province et de séronégatifs au VIH parmi les homo-bisexuels suggérait une transmission de l'infection hors du « core-group » initial d'homo-bisexuels séropositifs parisiens. De même, l'augmentation de femmes peut être le signe d'une transmission parmi les hétérosexuels. La proportion féminine de cas de syphilis est faible, mais croissante chaque année. Le petit nombre de femmes pourrait résulter d'une fréquentation de lieux de prise en charge des IST autres que les Ciddist, comme les consultations de

² Données fournies par le Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (GERS).

Figure 3 Nombre de cas de syphilis précoce chez les hétérosexuels, par an, selon le sexe. Réseau de surveillance de la syphilis, France, 2000-2006 / Figure 3 Number of early syphilis cases among heterosexuals, per year and gender. Syphilis surveillance network, France, 2000-2006



gynécologie, et qui ne participent pas à la surveillance. Par ailleurs, chez les femmes, le diagnostic est plus difficile en l'absence de signes cliniques évocateurs de syphilis. Dans ce contexte, avec le risque de syphilis congénitale, le dépistage obligatoire pendant la grossesse est toujours d'actualité. La prévalence VIH des personnes présentant une syphilis était élevée : 51 % chez les homo-bisexuels, 16 % chez les hommes hétérosexuels et 6 % chez les femmes. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer ces taux de prévalence VIH. Le nombre de sites ayant une activité de suivi de patients séropositifs au VIH, comme les consultations de maladies infectieuses, ou les Ciddist hospitaliers parisiens, est important. Par ailleurs, les IST, dont l'incidence est basse en population générale [5], sont révélatrices de comportements à risque sexuel y compris pour les hommes et femmes hétérosexuels. Cette prévalence élevée chez les personnes hétérosexuelles pourrait être liée à une proportion importante de patients originaires d'Afrique subsaharienne qui consultent dans les Ciddist ; cependant, les données n'ont pas permis de vérifier cette hypothèse. D'autre part, une orientation sexuelle mal définie pour certains hommes pourrait expliquer cette prévalence élevée ; en effet, certains hommes n'osent pas déclarer avoir des

rapports avec d'autres hommes, et les cliniciens ne posent pas toujours la question.

Les homo-bisexuels masculins sont, comme d'autres populations, à risque de syphilis [3]. Ainsi, les enquêtes comportementales réalisées auprès des homo-bisexuels masculins rapportent des taux d'antécédents de syphilis au cours des 12 derniers mois, de 2 à 4 % [6]. D'autre part, l'augmentation des hommes ayant des antécédents de syphilis semblait suggérer que cette maladie, dont le traitement est simple et peu coûteux, soit considérée sans risque y compris par les séropositifs au VIH. Les répercussions de la co-infection syphilis-VIH sur la gravité ou l'évolution des deux infections ne sont pas bien établies [3]. Le risque de transmission VIH est toutefois réel avec une multiplication du risque de 2 à 8 en cas de présence de lésions génitales [3]. Dans ce contexte, la notification volontaire de partenaires par les patients, préconisée par la Haute autorité de santé, est une stratégie de lutte à promouvoir ; cependant le nombre important de partenaires, le plus souvent dans le cadre de relations sexuelles anonymes, en limiterait l'efficacité [7].

En 2007, dans un contexte global d'augmentation des différentes IST, les campagnes d'information et

de prévention des IST et d'incitation au dépistage de la syphilis sont toujours d'actualité.

Remerciements

Nous tenons à remercier vivement les cliniciens qui ont contribué au recueil des données.

Références

- [1] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau A-L, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. Octobre 2003. http://www.invs.sante.fr/publications/2003/syphilis_2003/rapport_syphilis_2003.pdf
- [2] Bouyssou Michel A, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France, 2000-2005. Octobre 2006. http://www.invs.sante.fr/publications/2006/syphilis_france_2000_2005/syphilis.pdf
- [3] Haute autorité de santé. Évaluation *a priori* du dépistage de la syphilis en France Recommandations en santé publique. Mai 2007. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/argumentaire_-_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis_en_france.pdf
- [4] Dougan S, Evans B G, Elford J. Sexually transmitted infections in Western Europe among HIV-positive men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2007; 34(10):783-90.
- [5] Lydié N, Léon C. Sexualité, IST et dépistage du VIH. In: Guilbert P, Gautier A, editors. Baromètre santé 2005. Premiers résultats. Paris: Inpes, 2006. pp. 109-17.
- [6] Institut de veille sanitaire. Rapport Enquête presse Gay 2004. Juin 2007 http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf
- [7] Singh S, Bell G, Talbot M. The characterisation of a recent syphilis outbreak in Sheffield, UK, and an evaluation of contact tracing as a method of control. *Sex Transm Inf.* 2007; 83:193-9.

Augmentation des diagnostics d'infections à *Chlamydia trachomatis* en France : analyse des données Rénachla de 2003 à 2006

Véronique Goulet (v.goulet@invs.sante.fr)¹, Édith Laurent¹ et les biologistes du réseau Rénachla²

1 / Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2 / Liste des biologistes participant, consultable sur le site de l'Institut de veille sanitaire : www.invs.fr/beh/2008/5_6/indeso.htm

Résumé / Abstract

La surveillance de l'évolution des infections urogénitales à *Chlamydia trachomatis* (Ct) en France est réalisée par un réseau de laboratoires volontaires Rénachla. On constate depuis début 2000 une progression annuelle régulière du nombre de diagnostics d'infection à Ct. De 2003 à 2006, l'augmentation du nombre d'hommes testés a été de 33 % et celle du nombre de cas diagnostiqués de 55 %. Chez la femme, le nombre de diagnostics positifs a augmenté plus fortement (+62 %) que le nombre de femmes testées (+12 %), ce qui se traduit par une augmentation du taux de positivité de 31 %. L'augmentation du nombre de diagnostics de chlamydie s'observe aussi bien en Ile-de-France que dans les autres régions. La proportion de personnes asymptomatiques parmi les cas diagnostiqués augmente chaque année. Elle est devenue majoritaire chez l'homme depuis 2004 et chez la femme en 2006. Il est difficile de conclure si l'augmentation du nombre de diagnostics de chlamydie et du taux de positivité correspond à une augmentation de l'incidence plutôt qu'à la progression du dépistage des populations à risque. L'augmentation des diagnostics réalisés sur prélèvement anorectal, observée quasi exclusivement à Paris, suggère que l'épidémie de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est pour l'instant relativement circonscrite à l'Ile-de-France.

Increase of *Chlamydia trachomatis* diagnoses in France, Renachla: 2003-2006

Surveillance of Chlamydia trachomatis (Ct) infection is monitored in France through a sentinel laboratory-based system (Renachla). Since 2000, the number of Ct diagnoses has been increasing on a regular basis. From 2003 to 2006, the number of men tested increased by 33%, and the number of cases diagnosed by 55%. In women, the increase of diagnoses (+62%) is more important than the increase of screening (+12%), resulting in a positivity rate upsurge of 31%. The rise of Ct diagnoses is similar in the Paris area than in other regions. As the proportion of asymptomatic individual/total of cases with a Ct diagnosis has been increasing each year, asymptomatic individuals represent more than 50% of male diagnoses since 2004, and female diagnoses since 2006. The rise of Ct diagnoses and positivity rate is difficult to interpret, since it can be due to an increased incidence rather than the screening of people-at-risk. As most cases of anorectal Ct infection are diagnosed in Paris, these results suggests that the LGV outbreak is mainly located in the Paris area.

Mots clés / Key words

Chlamydia trachomatis, infections sexuellement transmissibles, IST, surveillance / *Chlamydia trachomatis*, sexually transmitted infections, STI, surveillance