

Rénago Rénachla RésIST

BULLETIN DES RÉSEAUX DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

BULLETIN D'INFORMATION
DONNÉES AU 31 DÉCEMBRE 2010
DÉCEMBRE 2011



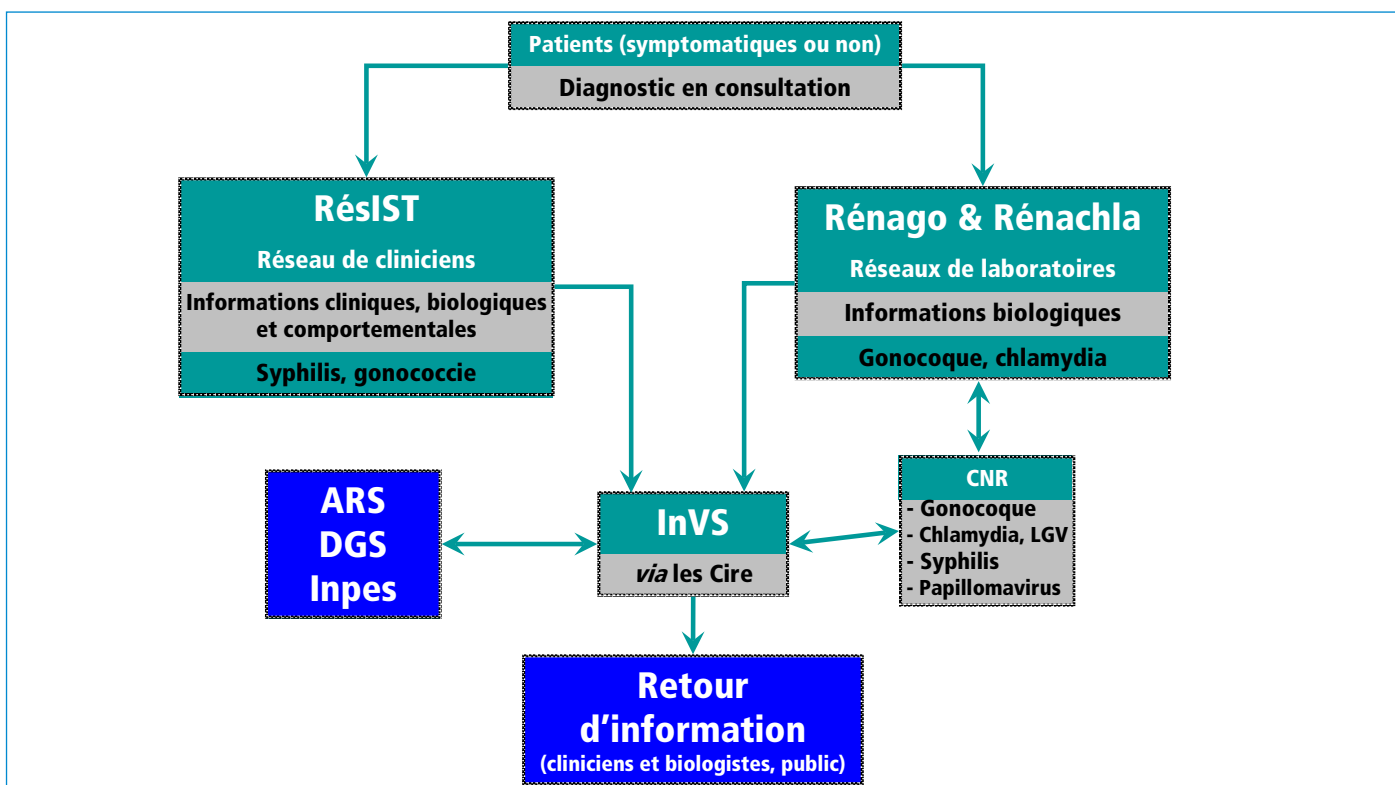
I SOMMAIRE I

| | |
|---------|---|
| Page 2 | Ce qu'il faut retenir / Key points Syphilis récentes : points clés |
| Page 6 | Gonococcies : points clés |
| Page 11 | Infections uro-génitales à chlamydia : points clés |
| Page 14 | Lymphogranulomatose vénérienne rectale : points clés |
| Page 16 | Vos contacts - InVS |
| Page 17 | Vos contacts - CNR Remerciements |

L'organisation des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) (Rénago, Rénachla, RésIST) 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-IST>.

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

I ORGANISATION DE LA SURVEILLANCE DES IST I



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.

I CE QU'IL FAUT RETENIR / KEY POINTS I

Les réseaux de cliniciens (RéSIIST) et de laboratoires (Rénago, Rénachla, LGV) permettent de produire des indicateurs montrant l'évolution des principales IST. En 2010, les principaux constats sont les suivants :

- le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter ;
- la baisse de la sensibilité des souches de gonocoque aux antibiotiques de première intention (céphalosporines à large spectre) nécessite de garder une attention soutenue ;
- le nombre de dépistages et de diagnostics d'infections urogénitales à chlamydia continue d'augmenter ;
- la relative stabilité du nombre de cas de syphilis récente et de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale nécessite d'être confirmée les années à venir ;
- 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.

Networks of physicians (RéSIIST) and laboratories (Rénago, Rénachla, LGV) produce indicators showing the evolution of the main Sexually Transmitted Infections (STIs). In 2010, the main findings are:

- the number of gonococcal infections continues to rise;
- the decrease in susceptibility of gonococcal strains to first-line antibiotics (extended-spectrum cephalosporins) needs to keep great attention;
- the number of screening and diagnosis of chlamydial urogenital infections continues to rise;
- the relatively stable number of cases of early syphilis and of rectal Lymphogranuloma Venereum (LGV) needs to be confirmed over the coming years;
- 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.

I SYPHILIS RÉCENTES : POINTS CLÉS I

■ **Les cas de syphilis récente** (moins d'un an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) sont surveillés à travers le réseau RéSIIST des cliniciens.

- Le nombre de sites participants continue de progresser (108 sites en 2010, figure S1).
- En majorité, les patients consultent dans des structures spécialisées, Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist) et Consultations anonymes et gratuites (CDAG) : 69 % en 2010 (figure S2).

■ **Malgré des oscillations**, le nombre de cas rapportés de syphilis récente s'avère relativement stable ces trois dernières années (figure S1).

- Une augmentation du nombre de cas est constatée hors de l'Ile-de-France sur les sites pris dans leur globalité (figure S3). En 2010, le nombre de cas franciliens ne représente plus qu'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 est assez stable quelle que soit la région (figures S1 et 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 RéSIIST : baisse en Ile-de-France et augmentation dans les autres régions métropolitaines (figures S3 et S4).

■ **En 2010**, les femmes ayant une syphilis récente (qui ne représentent que 6 % des cas rapportés) sont plus jeunes que les hommes : âge médian de 26 ans contre 37 ans (figure S5).

■ **La relative stabilité de nombre de cas de syphilis récente** est observée quelle que soit l'orientation sexuelle (définie par le sexe des partenaires, figure S6), la répartition selon l'orientation sexuelle restant stable elle aussi (tableau S1).

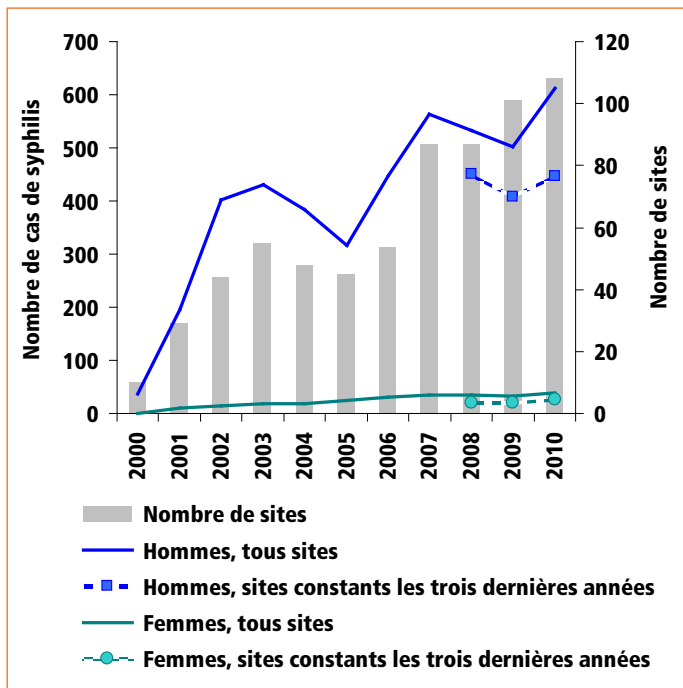
■ **Les motifs de consultation restent assez stables** : l'existence de signes cliniques d'IST motive la moitié des consultations (53 % en 2010) et le dépistage systématique près du quart (23 % en 2010, figure S7).

■ **Les co-infections syphilis récente et VIH** représentent 35 % des cas rapportés en 2010 : 4 % de découvertes à l'occasion de la syphilis et 31 % de sérologies VIH+ connues (71 % de ces patients VIH+ connus sont sous traitement antirétroviral). La proportion de co-infections par le VIH a diminué ces dernières années : elle était supérieure à 50 % au début de la décennie (figure S8 et tableau S1). La fréquence des co-infections est très différente selon l'orientation sexuelle : en 2010, ces co-infections concernent 40 % des hommes homo/bisexuels, 11 % des hommes hétérosexuels et aucune femme.

■ **Les comportements sexuels** sont globalement assez stables, tant en ce qui concerne le nombre de partenaires que l'utilisation du préservatif masculin. Cependant, on observe une diminution de l'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales entre hommes ces deux dernières années. En outre, l'utilisation systématique du préservatif en cas de fellation est toujours très rare (<2 %, tableau S2), alors qu'il s'agit d'un mode très efficace de contamination.

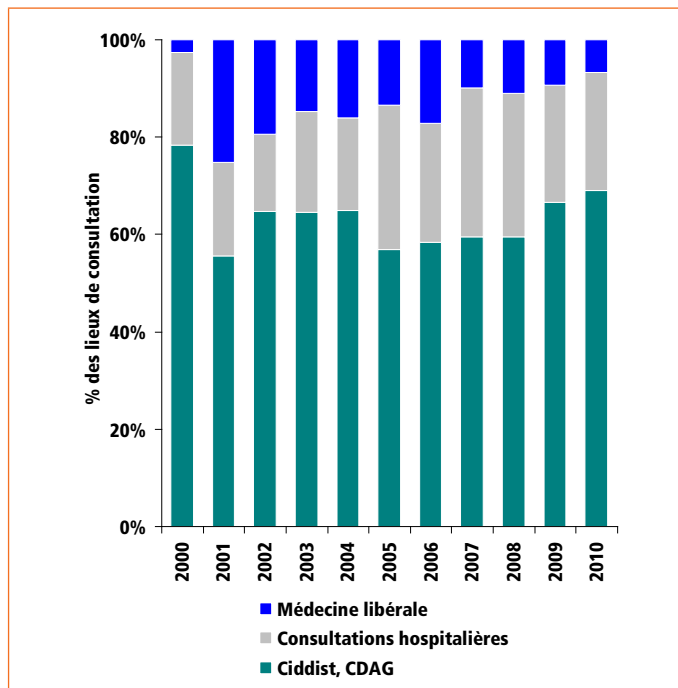
I Figure S1 I

Évolution des nombres de cas de syphilis récente et de sites participants selon le sexe, réseau RésIST, France, 2000-2010



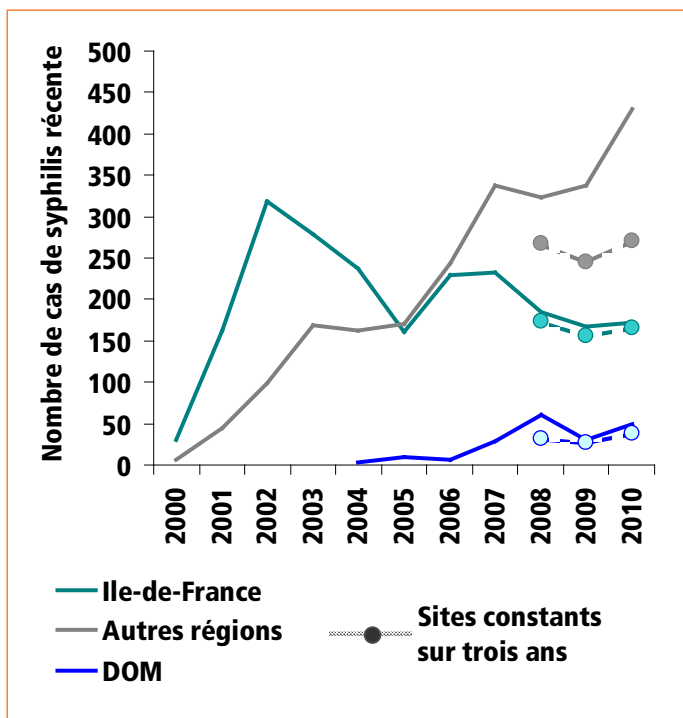
I Figure S2 I

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



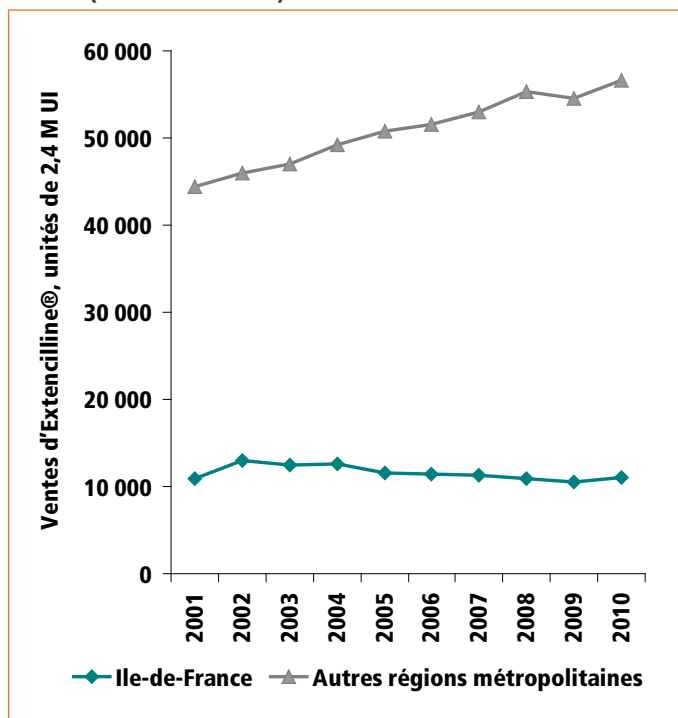
I Figure S3 I

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon la région, réseau RésIST, France, 2000-2010



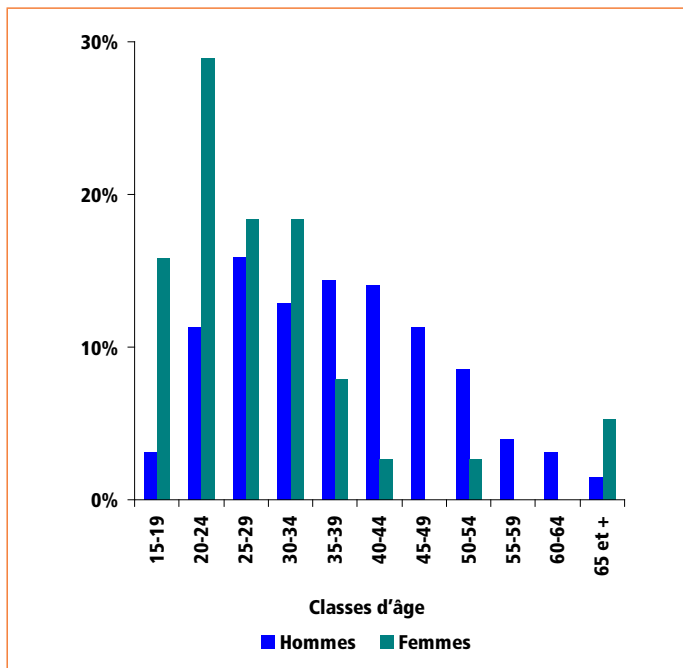
I Figure S4 I

Évolution des ventes d'Extencilline® 2,4 M UI selon la région, France métropolitaine, 2001-2010 (Source : GERS)



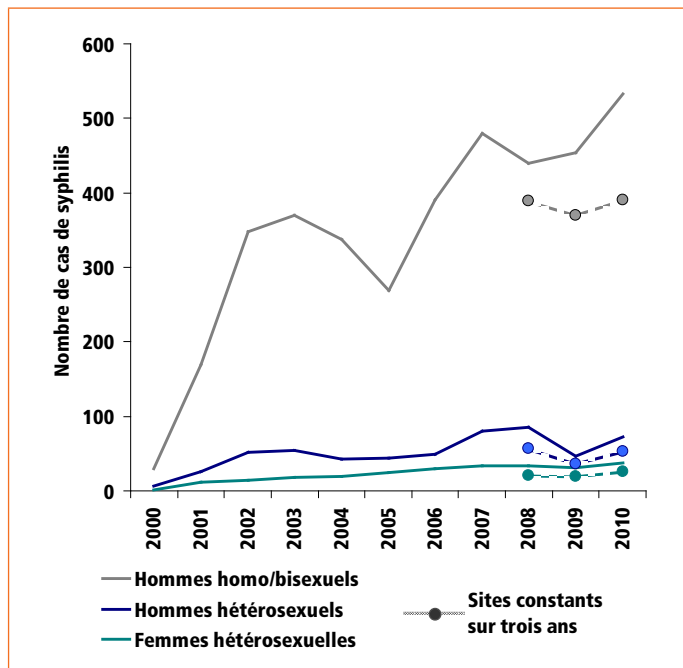
I Figure S5 I

Distribution des syphilis récentes par classe d'âge selon le sexe, réseau RésIST, France, 2010



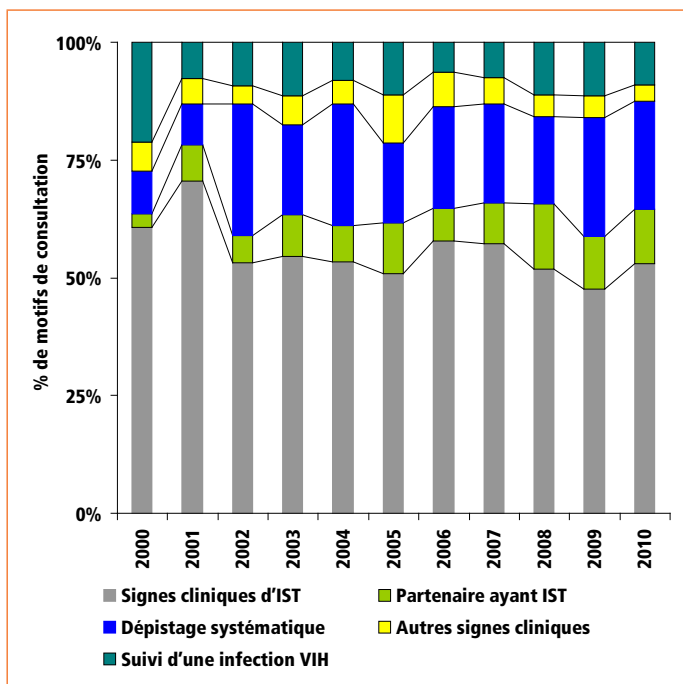
I Figure S6 I

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2010



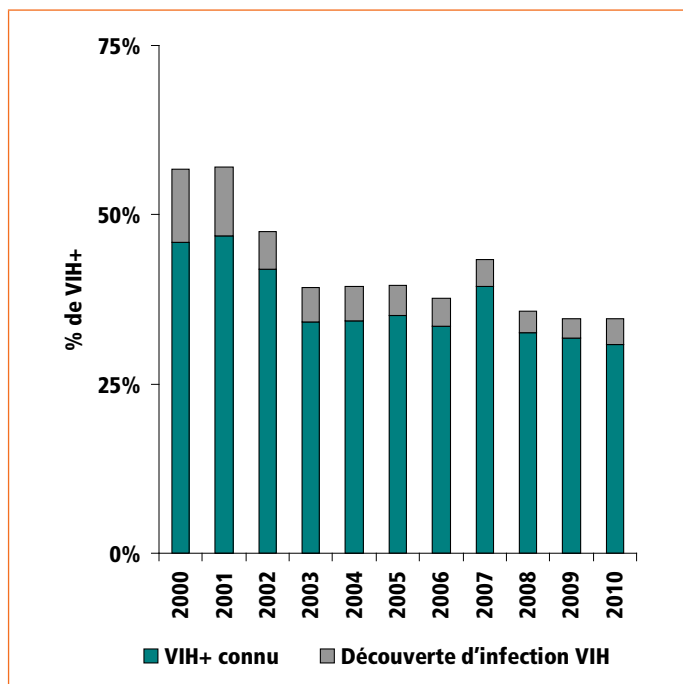
I Figure S7 I

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



I Figure S8 I

Fréquence de l'infection VIH en cas de syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2010



I Tableau S1 I

Évolution des caractéristiques des patients ayant une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2010

| | 2000-2007 N=2 930 | 2008 N=567 | 2009 N=535 | 2010 N=652 |
|--------------------------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| Région (%) | | | | |
| Ile-de-France | 56,3 | 32,4 | 31,2 | 26,4 |
| Autres régions métropolitaines | 42,1 | 57,0 | 63,2 | 65,9 |
| DOM | 1,6 | 10,6 | 5,6 | 7,7 |
| Stade de la syphilis (%) | | | | |
| Primaire | 24,9 | 23,8 | 19,6 | 21,6 |
| Secondaire | 41,4 | 38,6 | 38,9 | 40,0 |
| Latente précoce | 33,7 | 37,6 | 41,5 | 38,4 |
| Orientation sexuelle (%) | | | | |
| Hommes homo-bisexuels | 82,6 | 78,5 | 85,3 | 82,8 |
| Hommes hétérosexuels | 12,2 | 15,2 | 8,7 | 11,3 |
| Femmes bisexuelles | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,0 |
| Femmes hétérosexuelles | 5,2 | 6,1 | 5,8 | 5,9 |
| Pays de naissance (%) | | | | |
| France | 80,2 | 86,1 | 85,2 | 85,7 |
| Autres pays d'Europe | 5,7 | 4,2 | 5,2 | 4,8 |
| Pays des autres continents | 14,1 | 9,7 | 9,6 | 9,5 |
| Statut sérologique VIH (%) | | | | |
| Positif connu | 37,4 | 32,6 | 31,8 | 30,8 |
| Découverte de sérologie VIH positive | 5,2 | 3,2 | 2,8 | 3,8 |
| Négatif | 51,4 | 57,7 | 60,5 | 58,5 |
| Statut inconnu | 6,0 | 6,5 | 4,9 | 6,9 |
| Age médian (ans) | | | | |
| Hommes homo-bisexuels | 36 | 36 | 35 | 37 |
| Hommes hétérosexuels | 38 | 38 | 42 | 37 |
| Femmes bisexuelles | 31 | 22 | 28 | - |
| Femmes hétérosexuelles | 33 | 29,5 | 29 | 26 |

I Tableau S2 I

Évolution des comportements sexuels au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une syphilis, réseau RésIST, France, 2000-2010

| | 2000-2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-----------|------|------|------|
| Utilisation systématique du préservatif (%) | | | | |
| Pénétration anale (entre hommes) | 48,4 | 49,0 | 44,3 | 37,0 |
| Pénétration vaginale (hommes) | 27,1 | 27,6 | 35,9 | 30,2 |
| Pénétration vaginale (femmes) | 9,2 | 13,8 | 8,3 | 4,2 |
| Fellation | 2,8 | 2,0 | 1,7 | 1,4 |
| Nombre médian de partenaires | | | | |
| Homosexuels masculins | 10 | 7 | 6 | 6 |
| Hommes bisexuels | 6,5 | 7 | 6 | 6 |
| Hommes hétérosexuels | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Femmes bisexuelles | - | 11 | 3 | - |
| Femmes hétérosexuelles | 1 | 2 | 1 | 1 |

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

I GONOCOCCIES : POINTS CLÉS I

■ **Le nombre d'infections à gonocoque** continue d'augmenter en 2010.

■ **Cette augmentation est observée** chez l'homme comme chez la femme, à la fois :

- par le réseau Rénago de laboratoires (figure G1), dont les patients consultent majoritairement en médecine de ville (67 % en 2010, figure G2) ;
- et par le réseau RésIST des cliniciens (figure G3), dont les patients consultent quasi exclusivement dans des structures spécialisées (98 % en 2010, figure G4) : Ciddist et CDAG.

■ **Cette augmentation est retrouvée** dans les sites à participation constante ces trois dernières années (figures G1 et G3). Elle concerne à la fois l'Île-de-France et les autres régions métropolitaines (figures G5 et G6).

■ **En 2010**, les femmes ayant une infection à gonocoque restent plus jeunes que les hommes : âge médian de 24 ans contre 27 ans pour les patients du réseau Rénago (figure G7), et 23 ans contre 28 ans pour les patients du réseau RésIST (figure G8). 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 G9).

Au sein du réseau RésIST, la proportion de patients hétérosexuels augmente (51 % en 2010) et celle des homobisexuels diminue (tableau G1).

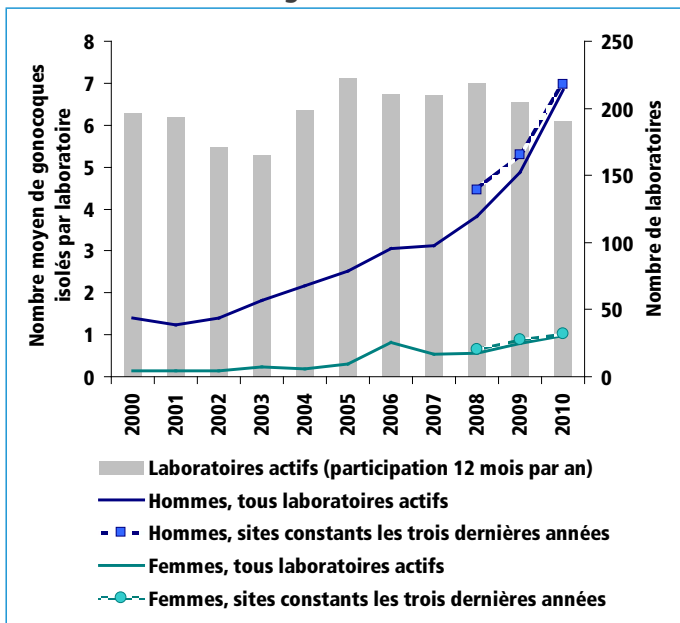
■ **Les co-infections gonocoque et VIH** sont moins fréquentes en 2009 et 2010 (8 %) que lors des années précédentes (environ 14 %, réseau RésIST, figure G10 et tableau G1). La fréquence des co-infections est très différente selon l'orientation sexuelle : en 2010, ces co-infections concernent 16 % des hommes homo/bisexuels, 0,5 % des hommes hétérosexuels et aucune femme.

■ **Les comportements sexuels sont assez stables** tant en ce qui concerne le nombre de partenaires que l'utilisation du préservatif masculin (tableau G2). En particulier, l'utilisation systématique du préservatif en cas de fellation est toujours très rare (1 %), alors qu'il s'agit d'un mode très efficace de contamination.

■ **Enfin, la sensibilité des souches de gonocoque aux céphalosporines à large spectre ("C3G")** commence à diminuer (réseau Rénago, figure G11) et touche plus particulièrement les C3G orales (céfixime). Un cas de résistance à la ceftriaxone (traitement de 1^{ère} intention pour les gonococcies uro-génitales non compliquées) et au céfixime suite à un échec thérapeutique par le céfixime est rapporté pour la première fois en 2010.

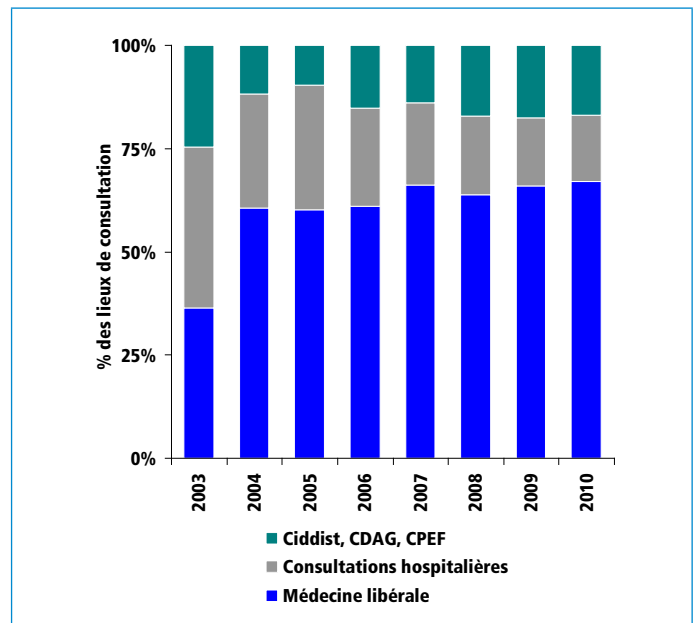
I Figure G1 I

Évolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an selon le sexe, réseau Rénago, France, 2000-2010



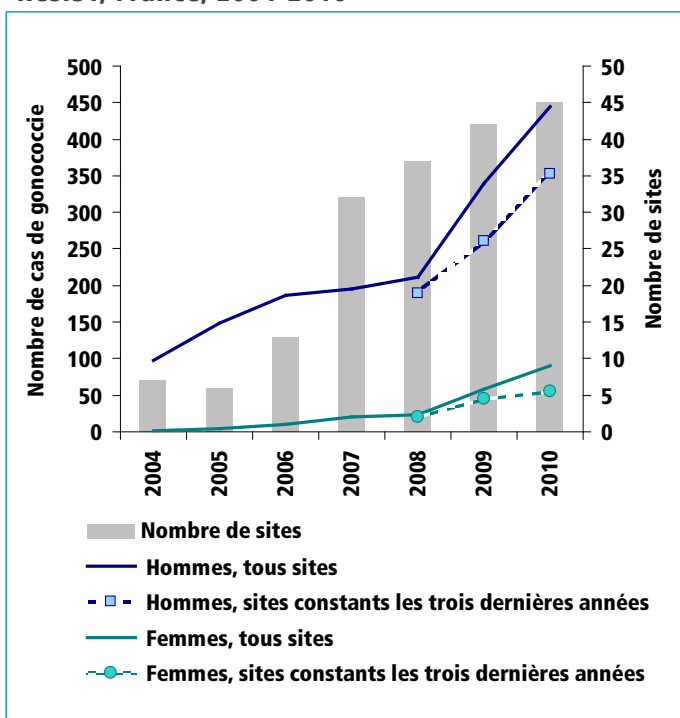
I Figure G2 I

Évolution des lieux de consultation des cas de gonococcie, réseau Rénago, France, 2003-2010



I Figure G3 I

Évolution des nombres de cas de gonococcie et de sites participants selon le sexe, réseau RésIST, France, 2004-2010



I Figure G4 I

Évolution des lieux de consultation des cas de gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2010

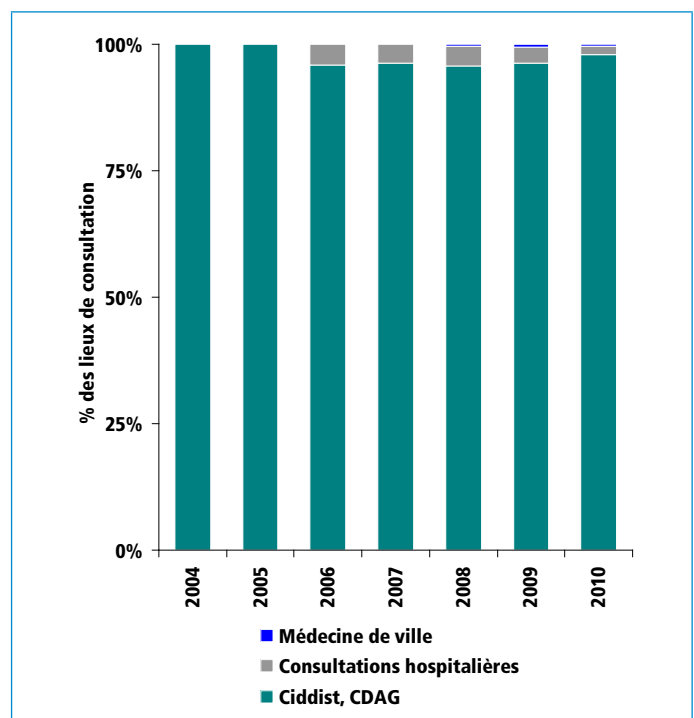


Figure G5 I

Évolution du nombre de gonocoques isolés par laboratoire actif selon la région, réseau Rénago, France, 1996-2010

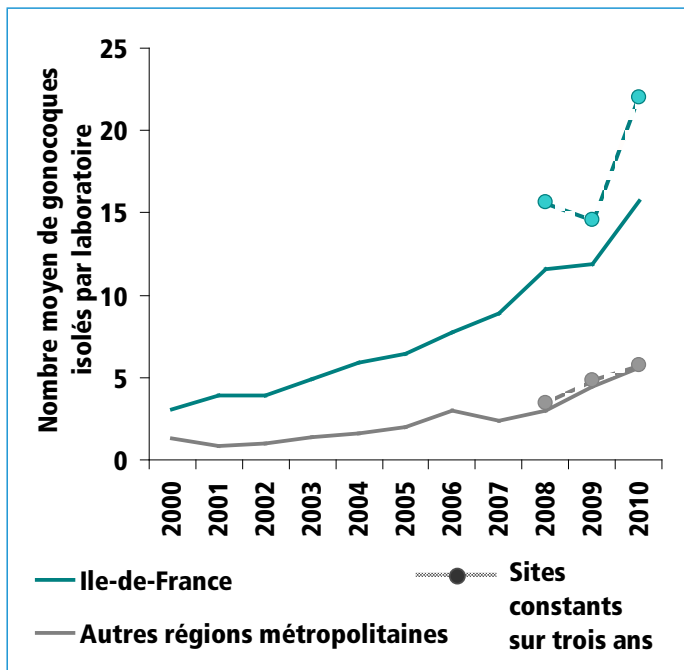


Figure G6 I

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon la région, réseau RésIST, France, 2004-2010

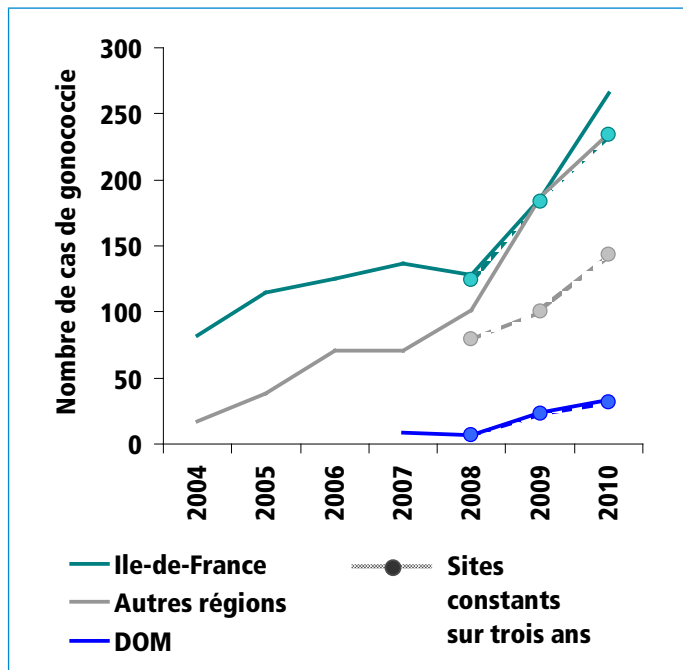


Figure G7 I

Distribution des infections à gonocoque par classe d'âge selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2010

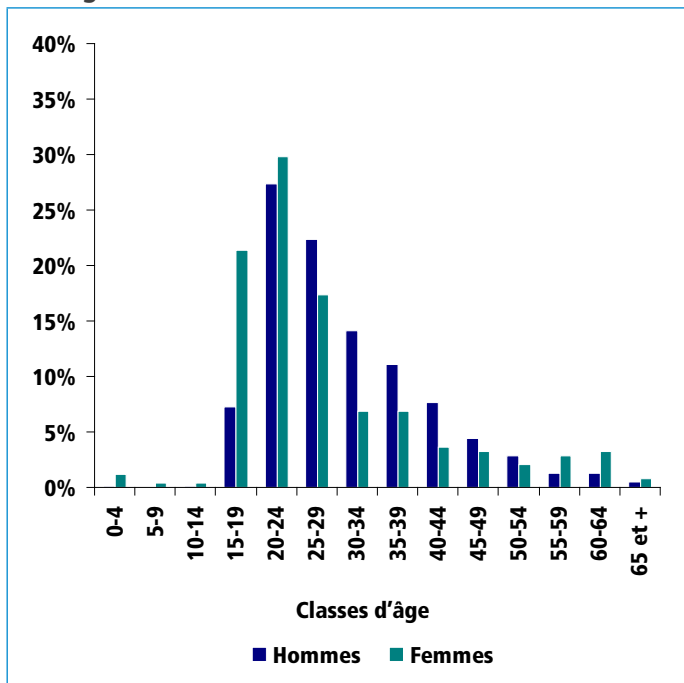
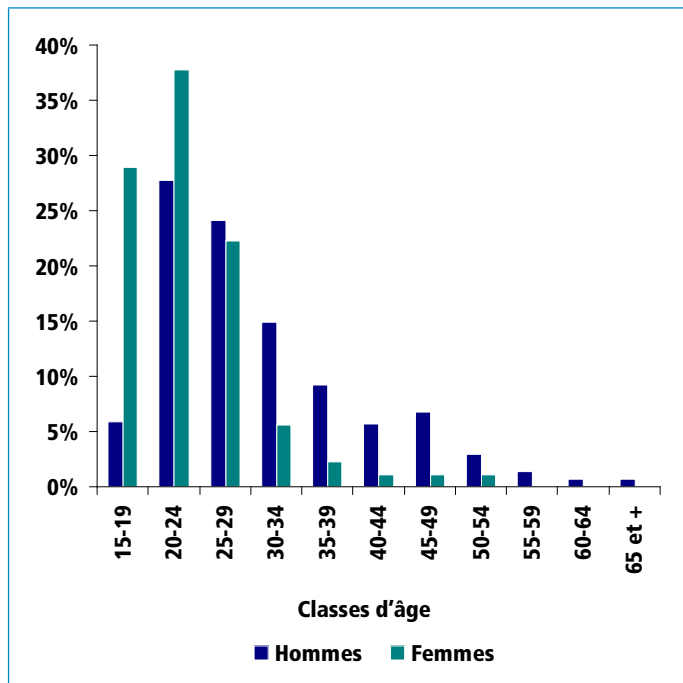


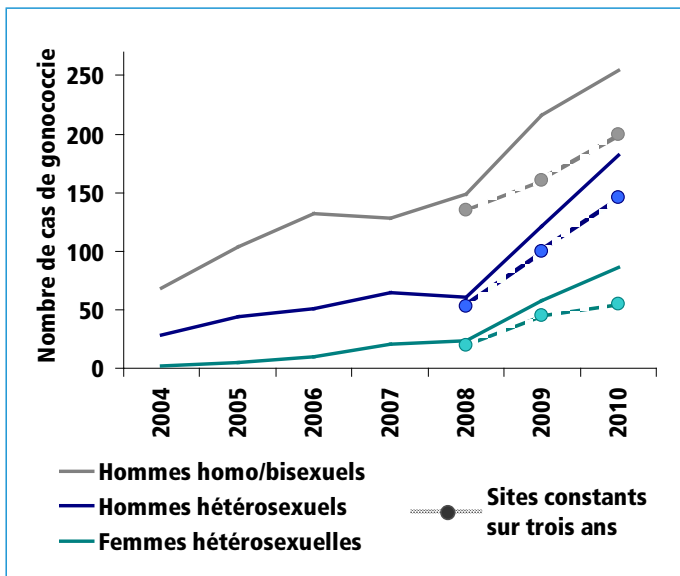
Figure G8 I

Distribution des infections à gonocoque par classe d'âge selon le sexe, réseau des cliniciens RésIST, France, 2010



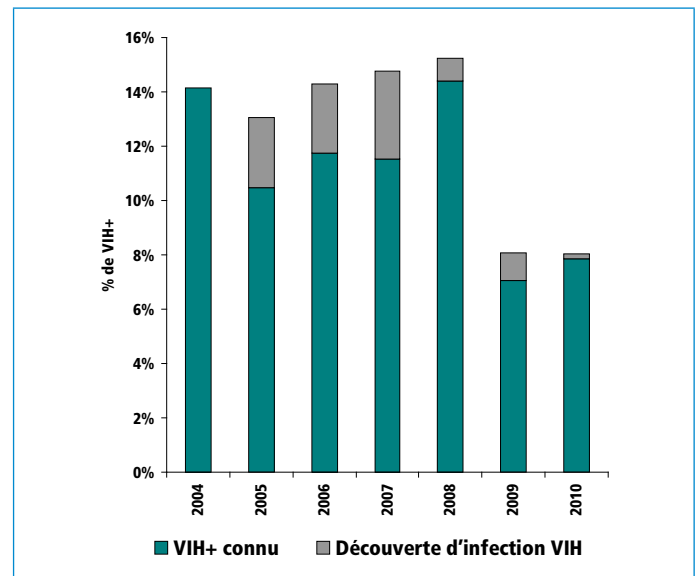
I Figure G9 I

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2004-2010



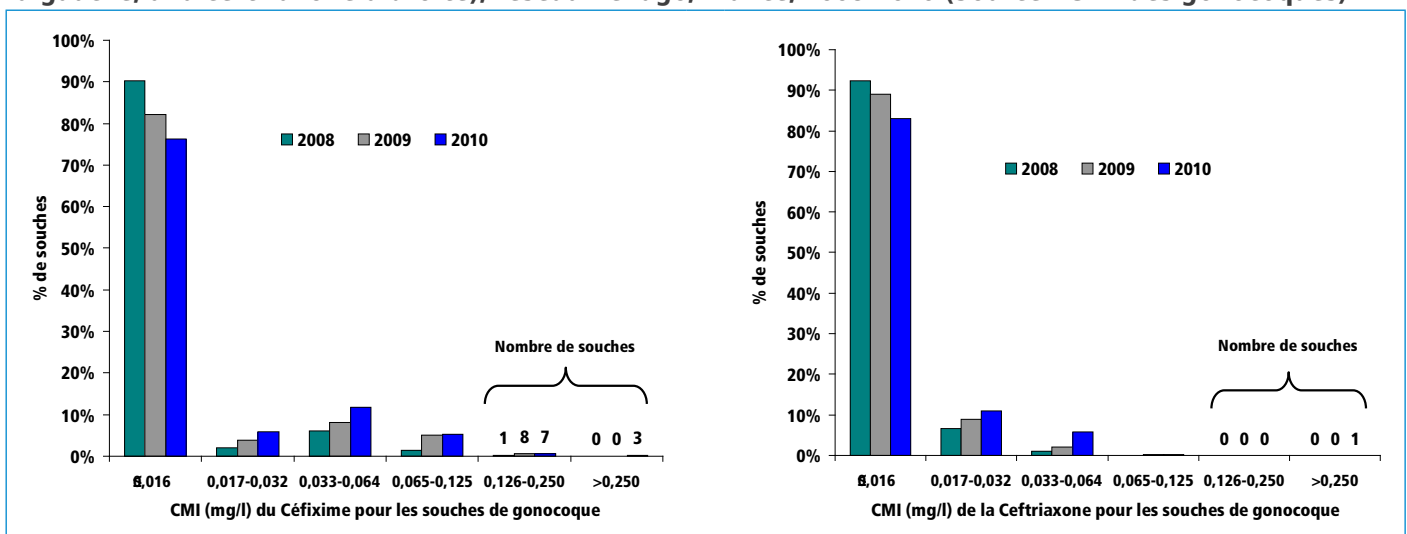
I Figure G10 I

Fréquence de l'infection VIH en cas de gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2010



I Figure G11 I

Évolution de la sensibilité des souches de gonocoque aux céphalosporines à large spectre (au céfixime à gauche, à la ceftriaxone à droite), réseau Rénago, France, 2008-2010 (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 gonocoques urogénitaux non compliqués.

I Tableau G1 I

Évolution des caractéristiques des patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2010

| | 2004-2007 N=665 | 2008 N=236 | 2009 N=397 | 2010 N=534 |
|--|--------------------|---------------|---------------|---------------|
| Région (%) | | | | |
| Ile-de-France | 69,0 | 54,2 | 46,8 | 49,8 |
| Autres régions métropolitaines | 29,6 | 42,8 | 47,1 | 44,0 |
| DOM | 1,4 | 3,0 | 6,1 | 6,2 |
| Type de pratiques sexuelles (%) | | | | |
| Hommes homo-bisexuels | 65,6 | 63,7 | 54,6 | 48,3 |
| Hommes hétérosexuels | 28,6 | 26,1 | 30,8 | 34,6 |
| Femmes bisexuelles | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,8 |
| Femmes hétérosexuelles | 5,8 | 9,8 | 14,6 | 16,3 |
| Pays de naissance (%) | | | | |
| France | 69,4 | 74,9 | 76,6 | 77,2 |
| Autres pays d'Europe | 6,3 | 5,2 | 6,3 | 5,6 |
| Pays des autres continents | 24,3 | 19,9 | 17,1 | 17,2 |
| Statut sérologique VIH (%) | | | | |
| Positif connu | 11,7 | 14,4 | 7,0 | 7,9 |
| Découverte de sérologie VIH positive | 2,4 | 0,8 | 1,0 | 0,2 |
| Négatif | 71,6 | 72,9 | 80,4 | 78,8 |
| Statut inconnu | 14,3 | 11,9 | 11,6 | 13,1 |
| Age médian (ans) | | | | |
| Hommes homo-bisexuels | 32 | 29 | 28,5 | 30 |
| Hommes hétérosexuels | 27 | 27 | 25 | 26 |
| Femmes bisexuelles | - | 17 | - | 22,5 |
| Femmes hétérosexuelles | 23 | 24 | 21 | 23 |

I Tableau G2 I

Évolution des comportements sexuels au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2010

| | 2004-2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|-----------|------|------|------|
| Utilisation systématique du préservatif (%) | | | | |
| Pénétration anale (entre hommes) | 44,8 | 37,2 | 36,5 | 42,8 |
| Pénétration vaginale (hommes) | 29,5 | 20,3 | 13,5 | 20,7 |
| Pénétration vaginale (femmes) | 2,7 | 4,8 | 8,1 | 13,0 |
| Fellation | 1,4 | 1,0 | 1,1 | 1,1 |
| Nombre médian de partenaires | | | | |
| Homosexuels masculins | 10 | 7,5 | 10 | 10 |
| Hommes bisexuels | 6 | 7 | 9 | 12 |
| Hommes hétérosexuels | 3 | 3 | 4 | 3 |
| Femmes bisexuelles | - | 2 | - | 4,5 |
| Femmes hétérosexuelles | 2 | 2 | 2 | 2 |

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

I INFECTIONS URO-GÉNITALES À CHLAMYDIA : POINTS CLÉS I

■ La surveillance des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* est réalisée grâce au 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 %, 16 % et 15 % des cas en 2010 (figure C1).

■ Le nombre de dépistages et de diagnostics d'infections uro-génitales à *Chlamydia* continue d'augmenter en 2010 chez l'homme comme chez la femme (figures C2 et C3).

■ Cette augmentation est plus marquée chez les sujets asymptomatiques que chez les sujets symptomatiques dans les deux sexes (figures C4 et C5).

- En 2010, la proportion de sujets asymptomatiques représente plus des deux tiers des cas diagnostiqués alors que cette proportion représentait moins du tiers 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 : 88 % des patients y sont asymptomatiques en 2010. Au contraire, les généralistes et les gynécologues privés ou publics ont recours à des tests à visée diagnostique chez des personnes symptomatiques dans 66 % des cas (figure C7).

■ En 2010, le taux de positivité (nombre de cas positifs/ nombre de recherches) est d'environ 6 % chez les hommes et les femmes (figure C8), ce qui est supérieur à la prévalence dans la population générale estimée à 1-3 % par l'enquête Natchla (réalisée en 2006). Cela témoigne d'un dépistage ciblé sur les personnes les plus à risque.

■ En 2010, les femmes ayant une infection uro-génitale à chlamydia sont toujours plus jeunes que les hommes : âge médian de 22 ans contre 26 ans (figure C9).

I Figure C1 I

Évolution du nombre de chlamydioses uro-génitales selon le lieu de consultation, réseau Rénachla, France, 2005-2010

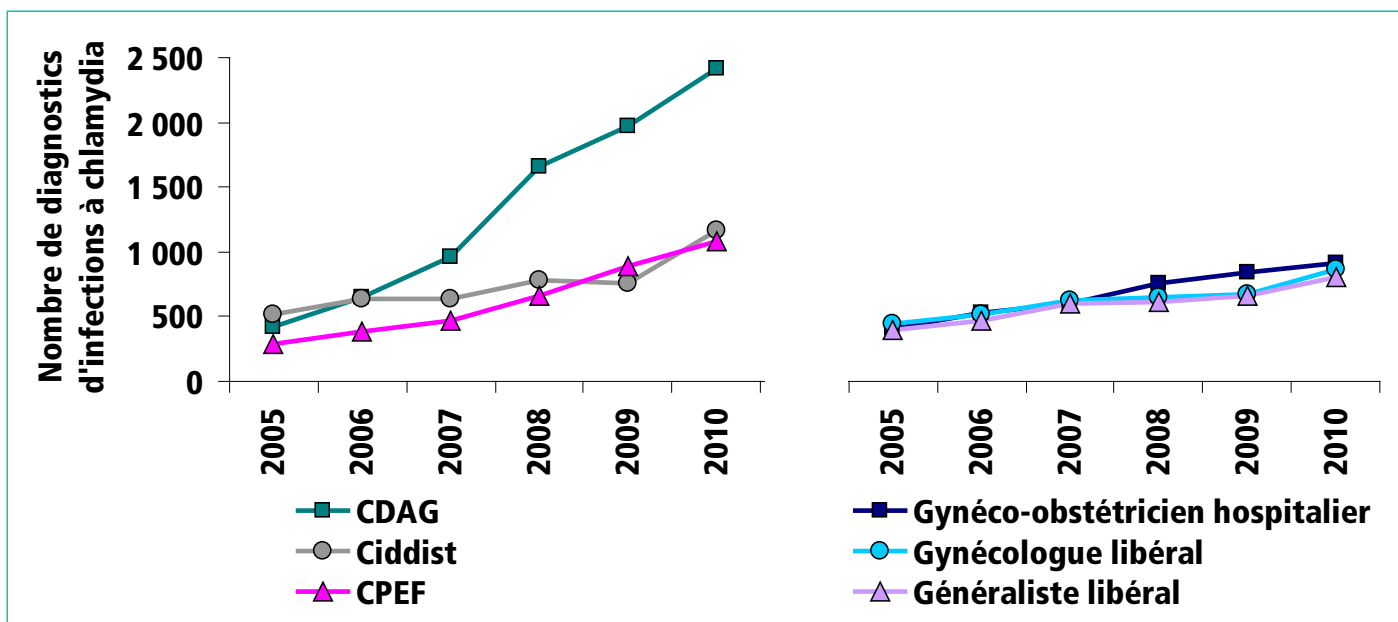


Figure C2 |

Évolution du nombre moyen de recherches et d'infections uro-génitales à chlamydia chez les hommes, réseau Rénachla, France, 2000-2010

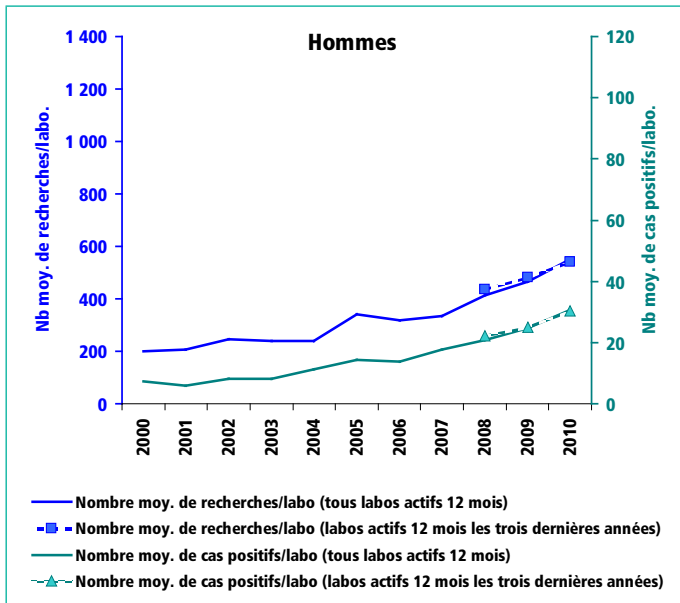


Figure C3 |

Évolution du nombre moyen de recherches et d'infections uro-génitales à chlamydia chez les femmes, réseau Rénachla, France, 2000-2010

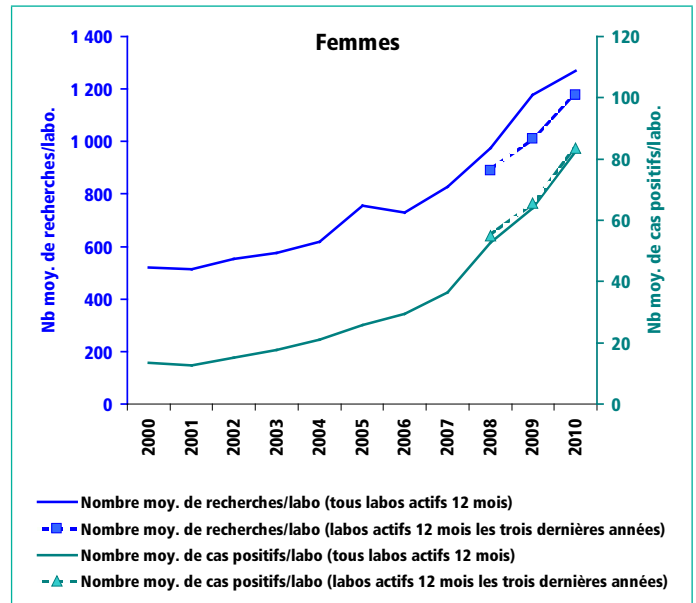


Figure C4 |

Évolution du nombre de cas de chlamydioses uro-génitales chez les hommes selon la présence ou non de symptômes cliniques, réseau Rénachla, France, 2000-2010

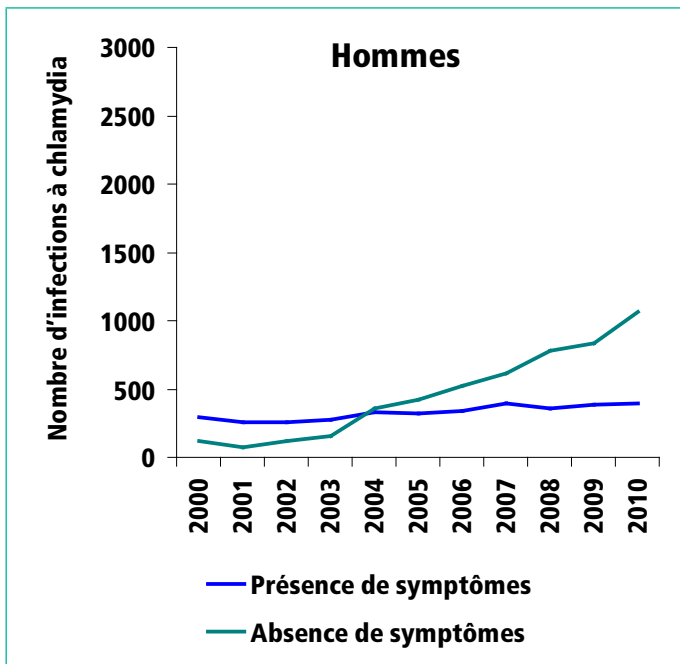


Figure C5 |

Évolution du nombre de cas de chlamydioses uro-génitales chez les femmes selon la présence ou non de symptômes cliniques, réseau Rénachla, France, 2000-2010

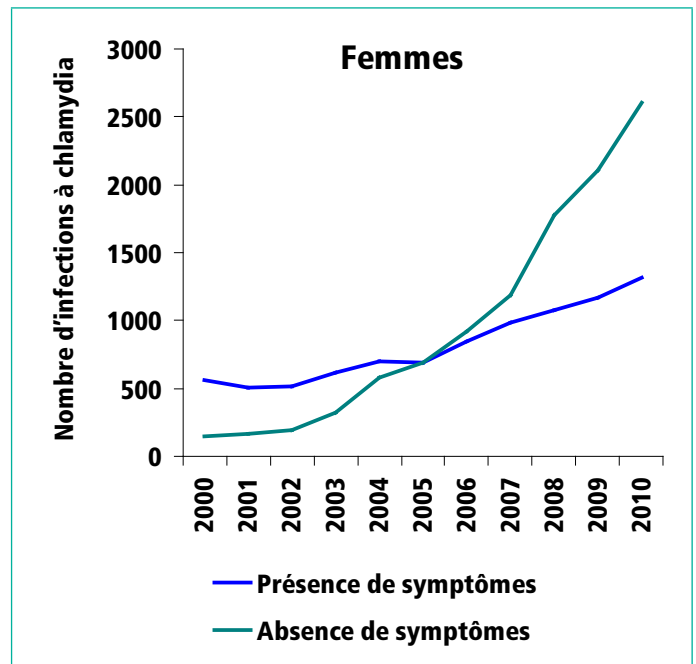


Figure C6 |

Évolution du pourcentage d'infections uro-génitales à chlamydia asymptomatiques selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2010

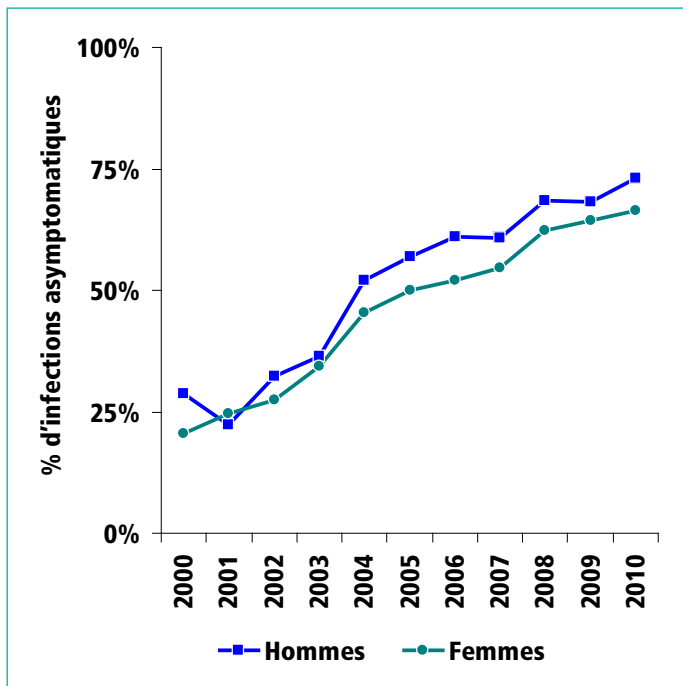


Figure C7 |

Proportion de patients asymptomatiques infectés par *Chlamydia trachomatis*, selon le lieu de consultation, réseau Rénachla, 2010

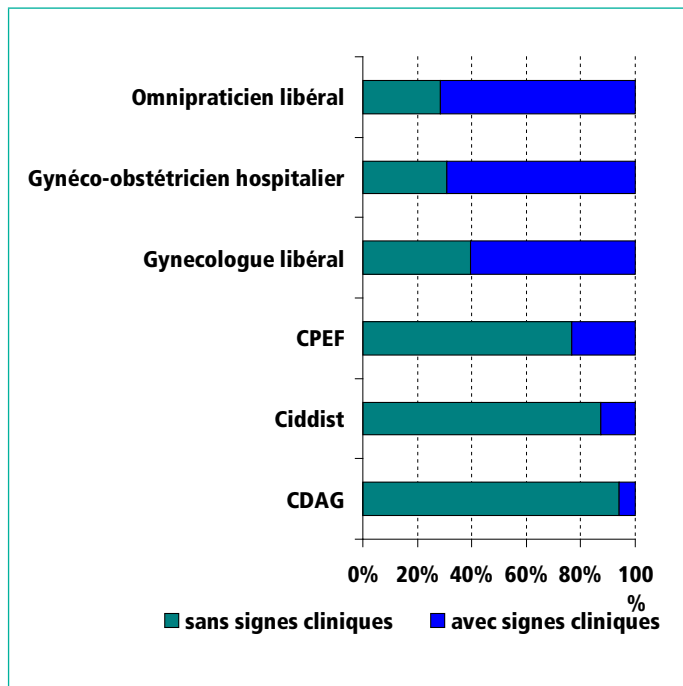


Figure C8 |

Évolution du taux de positivité (nombre d'infections / nombre de recherches) selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2010

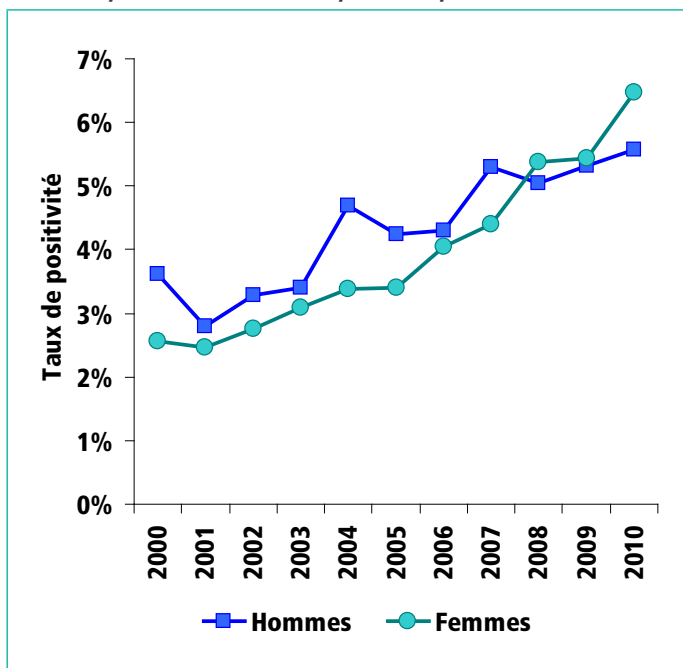
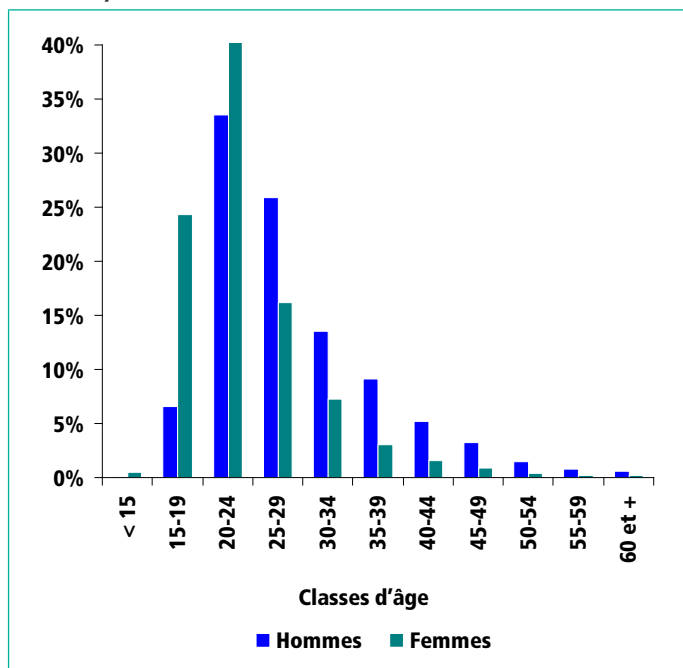


Figure C9 |

Distribution des infections à chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2010



I LYMPHOGRANULOMATOSSES VÉNÉRIENNES RECTALES : POINTS CLÉS I

■ 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 et autres types de chlamydioses ano-rectales.

■ Après une légère diminution du nombre de cas en 2009, le nombre de LGV et de rectites à chlamydia sérovar non L augmente de nouveau en 2010 pour revenir au niveau de 2008 (figure L1). Malgré des fluctuations, le nombre de cas est donc globalement stable sur les trois dernières années.

■ La quasi-totalité des cas concerne des patients masculins homo/bisexuels (99 % en 2010).

■ La majorité des cas de LGV et de rectites non L est diagnostiquée en Ile-de-France. Cependant, pour la première fois en 2010, la proportion de LGV diagnostiquées dans les autres régions métropolitaines augmente : 22 %, contre 8 % sur la période 2002 à 2009 (figure L2).

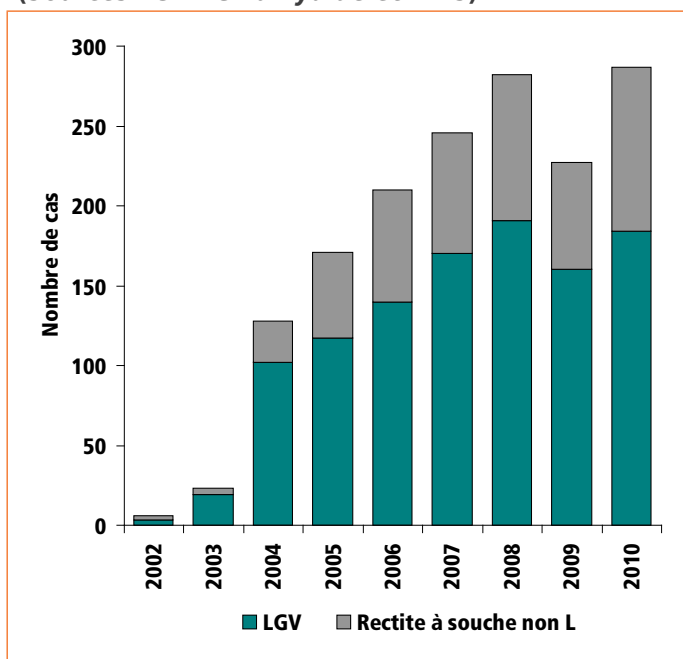
■ En 2010, l'âge médian des patients est de 38 ans (39 ans en cas de LGV et 37 ans en cas de rectite non L, figure L3).

■ Les co-infections rectite à chlamydia et VIH sont très fréquentes. Cependant, le taux d'infection VIH en cas de LGV ou de rectite non L semble diminuer depuis peu (figure L4) :

- 92 % de co-infections sur la période 2004-2008 contre 83 % en 2009-2010 pour la LGV ;
- 73 % de co-infections sur la période 2007-2009 contre 58 % en 2010 pour les rectites non L.

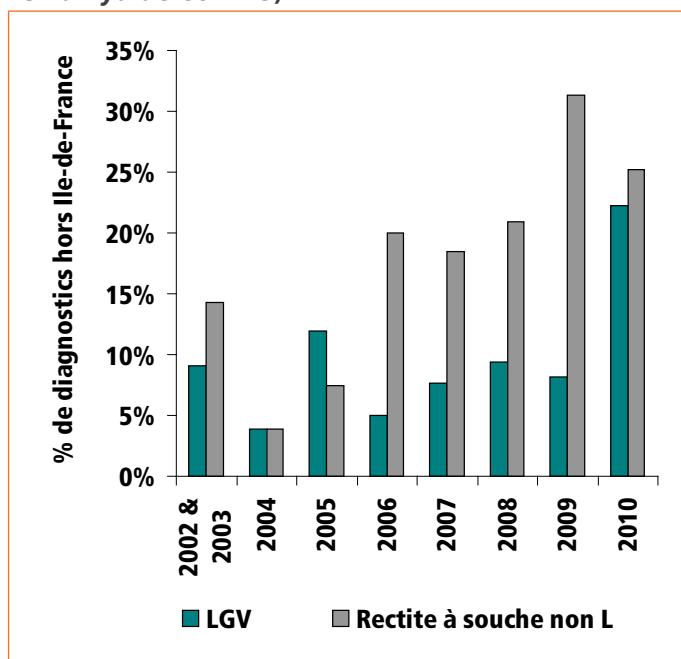
I Figure L1 I

Évolution du nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et de rectites à chlamydia à souche non L, France, 2002-2010 (Sources : CNR *Chlamydiae* et InVS)



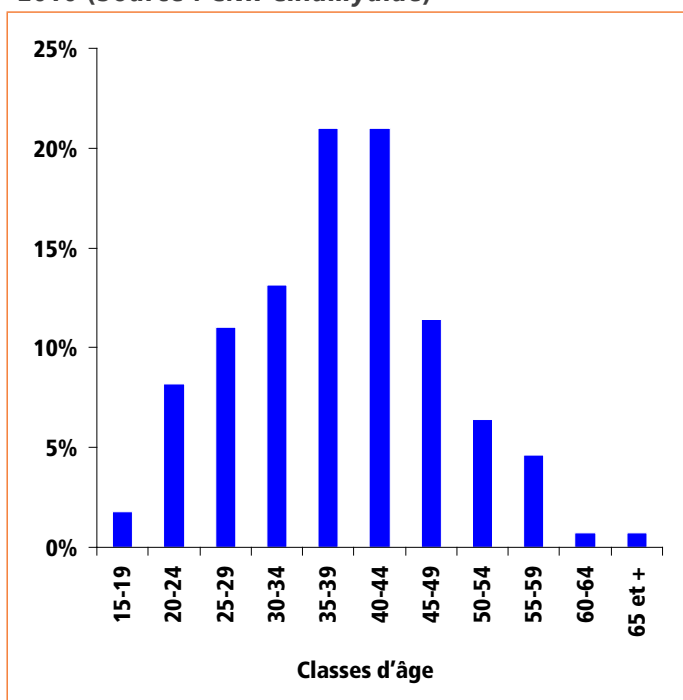
I Figure L2 I

Évolution de la proportion de LGV et de rectites non L diagnostiquées en métropole hors Ile-de-France, France, 2002-2010 (Sources : CNR *Chlamydiae* et InVS)



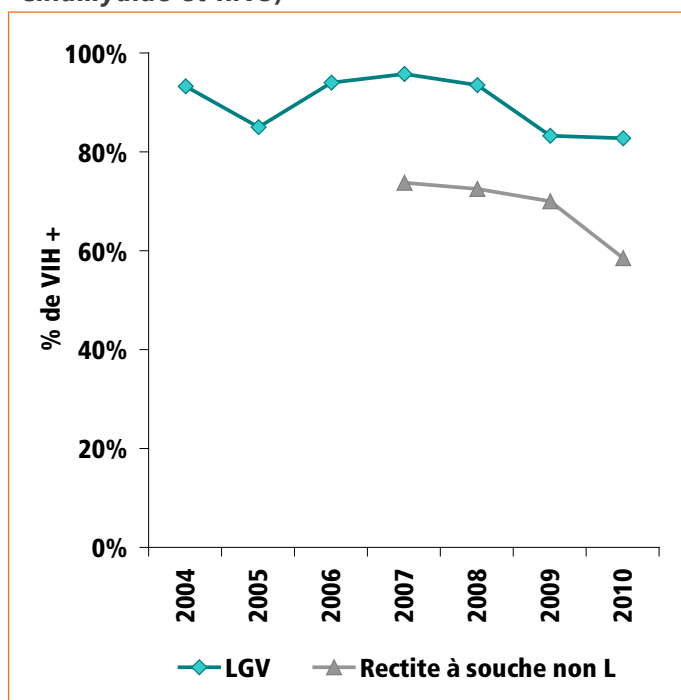
I Figure L3 I

Distribution des rectites à chlamydia (LGV et non L) par classe d'âge selon le sexe, France, 2010 (Source : CNR *Chlamydiae*)



I Figure L4 I

Fréquence de l'infection VIH en cas de LGV et de rectite non L, France, 2004-2010 (Sources : CNR *Chlamydiae* et InVS)



I VOS CONTACTS - INVS I

■ **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

Dr Véronique Goulet, épidémiologiste Rénachla

Tél. : 01 41 79 67 23

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

Tél. : 01 41 79 68 69

Christine Aranda, assistante (secrétariat)

Tél. : 01 41 79 67 96

Fax : 01 41 79 67 66

■ **Dans les régions, Cire** impliquées dans la surveillance des IST : voir informations complémentaires 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'Etang z'Abrirot

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 Euralille

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 avenue Georges Brassens

CS 60050 - 97408 Saint-Denis Cedex 9

Tél. : 02 62 93 94 24 - Courriel : ars-oi-cire@ars.sante.fr

Cire Sud – ARS Paca

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

I VOS CONTACTS - CNR I

La liste des CNR pour la période 2012-2016 sera mise à jour sur le site de l'InVS :

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

En 2011, les CNR en charge des IST sont les suivants :

CNR Gonocoques

Docteur Patrice Sednaoui
Institut Alfred Fournier
25 boulevard Saint-Jacques - 75014 PARIS
Tél. : 01 40 78 26 70 - Fax : 01 40 78 26 27
Courriel : patrice.sednaoui@institutfournier.org
Site Internet : <http://www.institutfournier.org>

CNR Syphilis

Docteur Anne Bianchi
Conseil Général 93
Laboratoire départemental de Seine-Saint-Denis
41 avenue de Verdun - 93140 Bondy
Tél. : 01 48 48 44 74 ou 01 48 48 16 34
Courriel : abianchi@cg93.fr

CNR Syphilis - Laboratoire associé

Docteur Philippe Grange - Professeur Nicolas Dupin
Hôpital Cochin, Laboratoire fédéré - Unité de recherche
Service de dermatologie, Pavillon Gustave Roussy
8 rue Mechain - 75014 Paris
Tél. : 01 44 41 25 60 ou 01 58 41 18 19
Fax : 01 58 41 18 49
Courriel : philippe.grange@cch.aphp.fr
Courriel : 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
Faculté de médecine Hyacinthe Vincent
Laboratoire de bactériologie EA3671
146 rue Léo-Saignat - 33076 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 56 93 29 40 ou 05 57 57 16 33
Fax : 05 56 93 29 40
Courriel : bertille.de.barbeyrac@u-bordeaux2.fr
Site Internet : <http://www.cnrchlamydiae.u-bordeaux2.fr/>

CNR Papillomavirus

Docteur Michel Favre
Institut Pasteur, Unité de génétique papillomavirus et cancer humain
25 rue du Docteur Roux - 75015 Paris
Tél. : 01 45 68 87 45 - Fax : 01 45 68 89 66
E-mail : mfavre@pasteur.fr
Docteur Isabelle Heard
25-28 rue du Docteur Roux - 75724 Paris Cedex 15
Tél. : 01 40 61 31 39 - Fax : 01 44 38 94 84
Courriel : isabelle.heard@pasteur.fr
Site Internet : <http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/sante/info-hpv>

I REMERCIEMENTS I

Nous remercions pour leur participation à la surveillance des IST :

- tous les cliniciens des Ciddist 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.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : Dr Françoise Weber,
Directrice générale de l'InVS

RÉDACTEUR EN CHEF : Guy La Ruche, Département des maladies infectieuses, Unité VIH-IST-Hépatites B et C, InVS

COMITÉ DE RÉDACTION : Guy La Ruche, Véronique Goulet,
Alice Bouyssou, InVS

DIFFUSION : Institut de veille sanitaire – Département des maladies infectieuses, Unité VIH-IST-Hépatites B et C – 12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
Tél. : 01 41 79 68 34 – Fax : 01 41 79 69 65
<http://www.invs.sante.fr>

ISSN : 1956-6956

ISBN-NET : 978-2-11-129308-3