



### Les données 2014 de surveillance des IST aboutissent aux principaux constats suivants :

- > le nombre de syphilis récentes poursuit son augmentation chez les hommes homo-bisexuels (qui représentent plus de 84 % des cas), quelle que soit la région métropolitaine. Une augmentation du nombre de syphilis récentes est également observée chez les hétérosexuels depuis 2012, notamment dans les régions non franciliennes de la métropole;
- > le nombre d'infections à gonocoques continue d'augmenter chez les hommes homo-bisexuels, tandis qu'il semble se stabiliser chez les hétérosexuels dans les sites à participation constante du réseau RésIST. Cette augmentation chez les hommes homo-bisexuels est observée en Ile-de-France et dans les autres régions métropolitaines ;
- > la proportion de souches de gonocoques résistantes au céfixime a légèrement diminué entre 2012 (3%) et 2014 (1%). Aucune résistance à la ceftriaxone, traitement de 1<sup>ère</sup> intention, n'a été détectée depuis 2011. Néanmoins, la poursuite de la surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques reste indispensable ;
- > le nombre d'infections urogénitales à *Chlamydia* paraît stable chez l'homme comme chez la femme dans les sites à participation constante depuis 2013. Cette stabilité pourrait être le reflet d'une progression moins importante des chlamydioses chez les hétérosexuels en 2014 et/ou l'effet d'une stabilisation des pratiques de dépistage après une montée en charge de la PCR et du dépistage combiné ;
- > le nombre de LGV rectales et de rectites à *Chlamydia* non L est en augmentation en 2014. La quasi-totalité des cas concerne des hommes homo-bisexuels ;
- > le niveau de co-infections par le VIH reste très élevé chez les patients présentant une rectite à *Chlamydia* (LGV ou rectite non L), une syphilis ou une gonococcie, reflétant une utilisation insuffisante du préservatif chez les hommes homo-bisexuels séropositifs ;
- > au total, chez les hommes homo-bisexuels, le nombre de syphilis récentes, d'infections à gonocoques et de LGV continue à augmenter en 2014 en lien avec une progression des comportements sexuels à risque dans cette population. Chez les hétérosexuels, le nombre de syphilis récentes augmente depuis 2012 tandis que le nombre d'infection à *Chlamydia* semble se stabiliser. L'utilisation du préservatif reste insuffisante, en particulier lors des fellations qui sont un mode de contamination très efficace pour une syphilis ou une gonococcie.

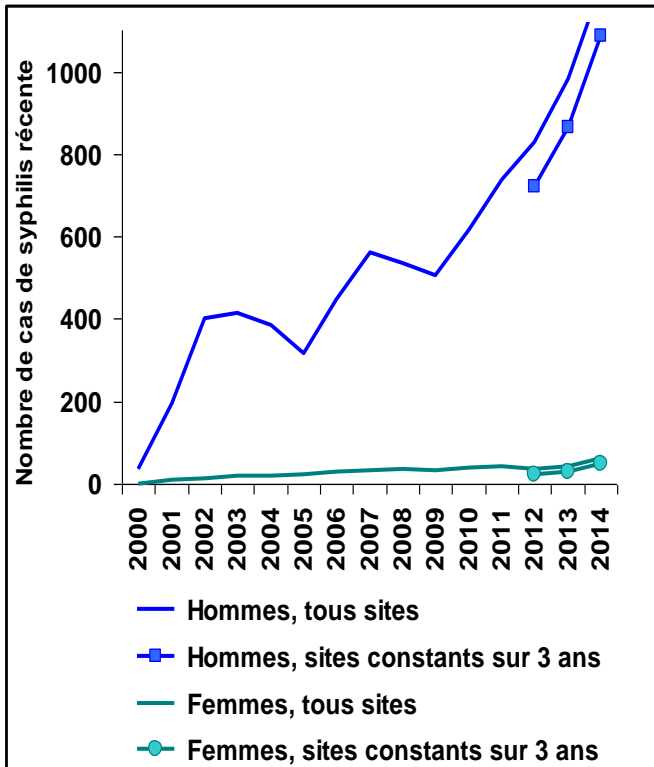
## Syphilis récentes

- > Les syphilis récentes (datant de moins d'un an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) sont surveillées à travers le réseau RésIST des cliniciens (figure S1).
  - Le nombre de sites participants est stable en 2014 (101 sites contre 95 en 2013).
  - Près des trois quarts des patients sont diagnostiqués dans des structures spécialisées (figure S2) : centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist) et consultations de dépistage anonymes et gratuites (CDAG).
- > Depuis 2009, le nombre de syphilis récentes augmente régulièrement chez les hommes, notamment en métropole hors Ile-de-France (figures S1 et S3). Chez les femmes, qui ne représentent que 5 % des cas rapportés en 2014, ce nombre reste relativement stable (figure S1).
- > Les patients diagnostiqués en Ile-de-France représentent près de 30 % des cas de syphilis déclarés en 2014 (tableau S1). Comparativement, la très faible proportion de patients diagnostiqués pour une syphilis dans les DOM ne peut pas être interprétée du fait d'une participation limitée au réseau de surveillance dans ces régions.
- > Les hommes homo-bisexuels représentent plus de 80 % des patients diagnostiqués pour une syphilis (tableau S1). L'augmentation du nombre de syphilis récentes est très marquée chez les hommes homo-bisexuels dans les sites à participation constante au cours des trois dernières années (figure S5). Cette progression est observée en métropole (figure S6).
- > Une augmentation du nombre de cas est également observée chez les hétérosexuels depuis 2012, notamment dans les régions non franciliennes de la métropole (figure S7).
- > Chez les hommes, les 20-49 ans représentent la classe d'âge la plus touchée, quelle que soit l'orientation sexuelle, tandis que la majorité des femmes ont moins de 29 ans (figure S4). L'âge médian des hommes en 2014 est de 36 ans versus 29 ans chez les femmes.
- > Les motifs de consultation sont assez stables au cours du temps (figure S8). En 2014, l'existence de signes cliniques d'IST motive 61 % des consultations tandis qu'un dépistage systématique concerne 21 % des cas. L'existence d'une IST chez un partenaire (2 %) et le suivi médical d'une séropositivité VIH (11 %) sont des motifs moins fréquents de consultation.
- > Un tiers des patients diagnostiqués pour une syphilis en 2014 était co-infecté par le VIH : 31 % des séropositivités au VIH étaient connues tandis que 3 % ont été découvertes à l'occasion du diagnostic de la syphilis. Cette proportion de co-infections par le VIH reste relativement stable depuis 2003 (figure S9). En 2014, ces co-infections concernent 40 % des hommes homo-bisexuels, 23 % des hommes hétérosexuels et 3 % des femmes. Les petits effectifs de ces deux dernières catégories expliquent d'importantes variations annuelles. En 2014, parmi les patients dont la sérologie VIH+ était déjà connue au moment du diagnostic de syphilis, 75 % recevaient un traitement antirétroviral.
- > Les comportements sexuels sont globalement stables en ce qui concerne tant le nombre de partenaires sexuels que l'utilisation systématique du préservatif (tableau S2). L'utilisation systématique au cours des 12 derniers mois du préservatif lors des fellations reste rare (<2 % en 2014), quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la syphilis peut se transmettre par cette voie.

# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

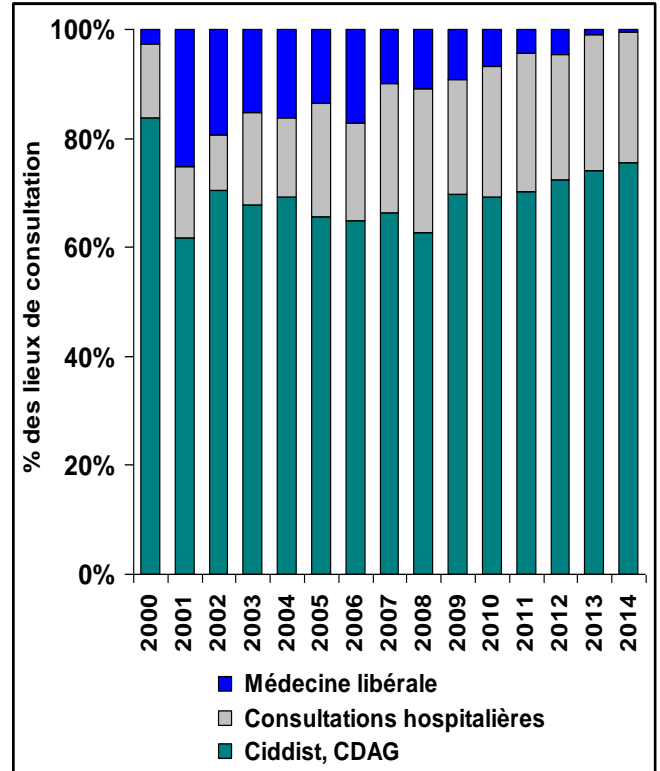
## Figure S1

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon le sexe, réseau RésIST, France, 2000-2014



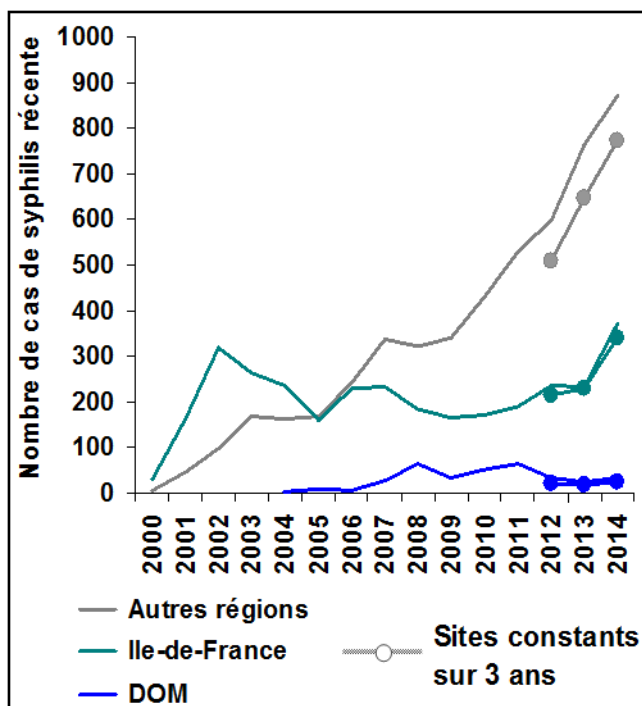
## Figure S2

Évolution des lieux de consultation des patients avec syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2014



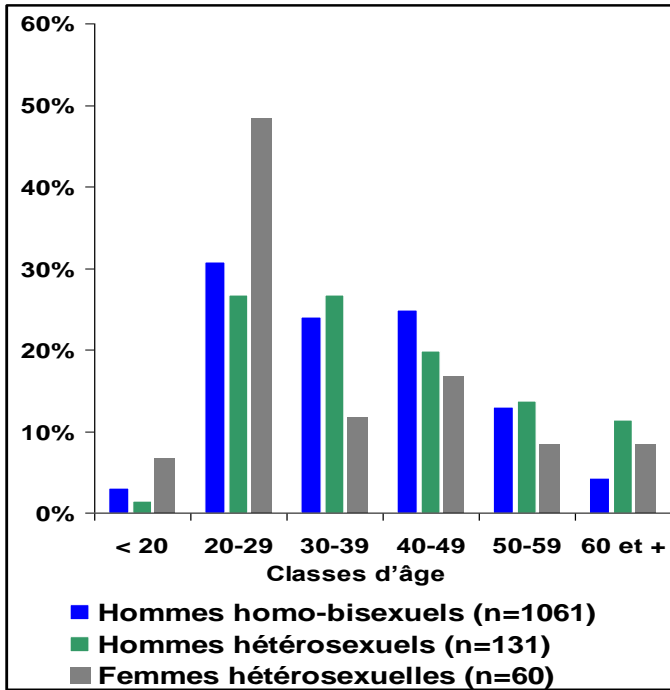
## Figure S3

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon la région, réseau RésIST, France, 2000-2014



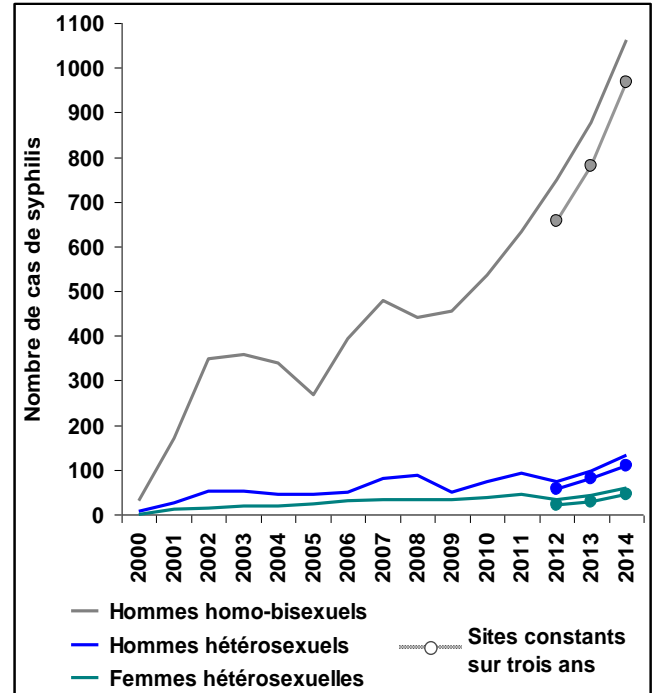
## Figure S4

Distribution des cas de syphilis récente par classe d'âge selon le sexe et l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2014



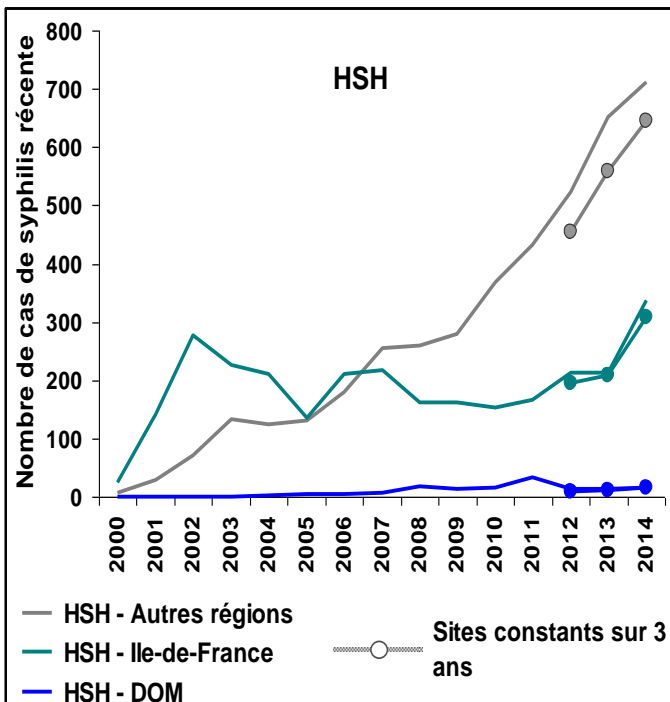
## Figure S5

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2014



## Figure S6

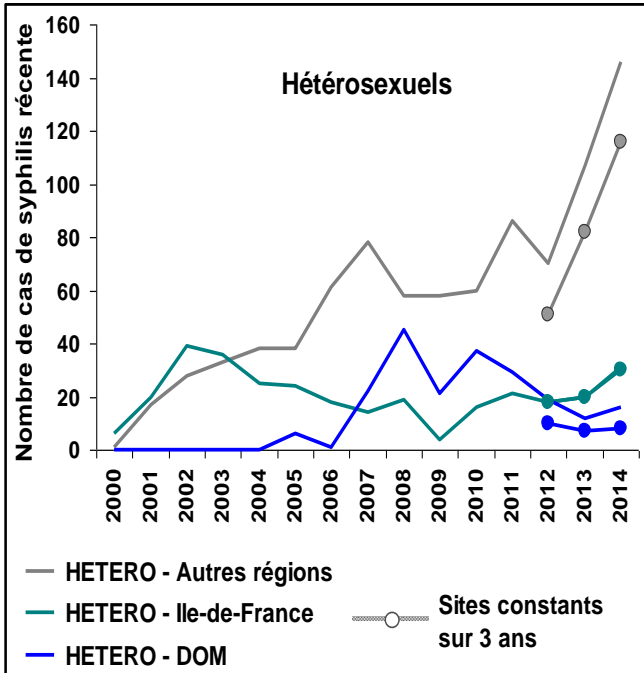
Evolution du nombre de cas de syphilis récente chez les hommes homo-bisexuels (HSH) selon la région, réseau RésIST, France, 2000-2014



# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

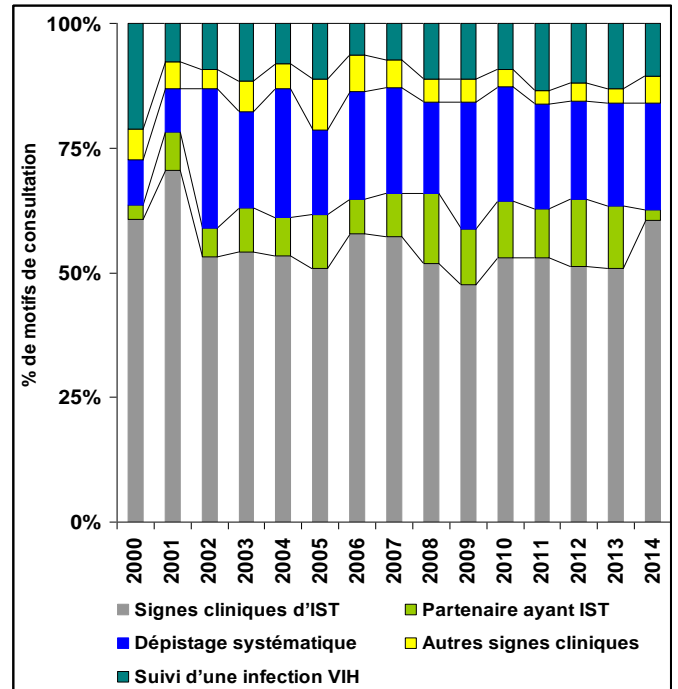
## Figure S7

Evolution du nombre de cas de syphilis récente chez les hétérosexuels selon la région, réseau RésIST, France, 2000-2014



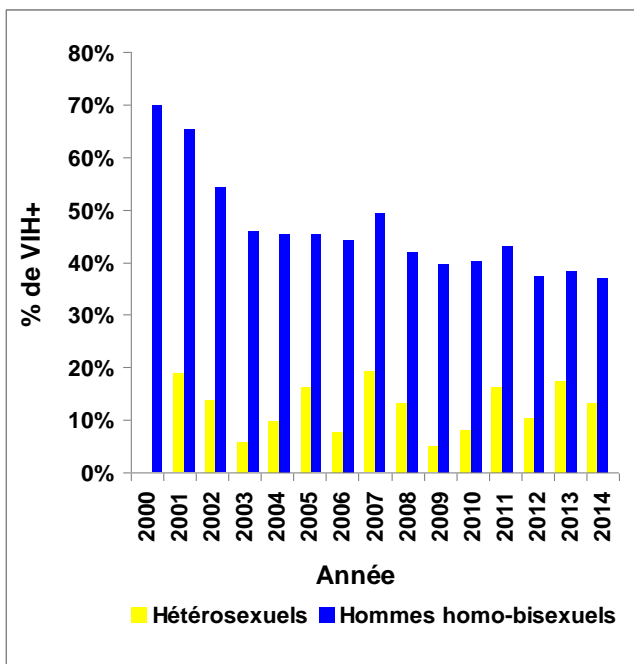
## Figure S8

Evolution des motifs de consultation, réseau RésIST, France, 2000-2014



## Figure S9

Fréquence des co-infections VIH parmi les cas de syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2014



# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

## Tableau S1

Évolution des caractéristiques des patients ayant une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2014

	2000-2011 N=5 465	2012 N=866	2013 N=1 024	2014 N=1 274
<b>Région (%)</b>				
Ile-de-France	42,9	27,1	22,8	29,0
Autres régions métropolitaines	52,3	69,1	74,7	68,4
DOM	4,8	3,8	2,5	2,6
<b>Stade de la syphilis (%)</b>				
Primaire	23,4	21,7	20,3	25,9
Secondaire	40,5	39,6	39,4	36,2
Latente précoce	36,1	38,7	40,3	37,9
<b>Orientation sexuelle (%)</b>				
Hommes homo-bisexuels	81,4	86,6	85,7	83,4
Hommes hétérosexuels	12,0	8,6	9,5	10,5
Femmes hétérosexuelles	5,5	3,8	4,1	4,7
Femmes homobisexuelles	0,1	0,2	0,0	0,2
Inconnue	1,0	0,8	0,7	1,2
<b>Lieu de naissance (%)</b>				
France	71,4	75,3	76,7	76,1
Autres pays européens	4,7	4,9	4,7	4,4
Afrique subsaharienne	2,8	2,2	3,0	3,3
Autres continents	7,1	5,5	7,4	7,4
Inconnu	14,0	12,1	8,2	8,8
<b>Statut sérologique VIH (%)</b>				
Positif connu	35,1	31,9	32,4	30,9
Découverte de séropositivité	4,3	1,9	2,9	3,1
Négatif	54,5	62,8	60,4	59,5
Inconnu	6,1	3,4	4,3	6,5
<b>Age médian (ans)</b>				
Hommes homo-bisexuels	36	36	35	36
Hommes hétérosexuels	38	34,5	34	37
Femmes hétérosexuelles	30	28	24	29

## Tableau S2

Évolution des comportements sexuels\* au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une syphilis, réseau RésIST, France, 2000-2014

	2000-2011	2012	2013	2014
<b>Utilisation systématique du préservatif (%)</b>				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	44,6	37,9	36,8	35,1
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	43,5	45,9	32,0	42,3
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	18,4	10,5	23,7	23,5
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	7,6	7,7	15,1	2,6
<b>Utilisation systématique du préservatif (%)</b>				
Fellation (hommes homo-bisexuels)	1,9	1,6	0,7	1,2
Fellation (hommes hétérosexuels)	3,9	0	4,3	7,9
Fellation (femmes hétérosexuelles)	3,6	0	9,1	3,1
<b>Nombre médian de partenaires</b>				
Hommes homo-bisexuels	8	6	6	6
Hommes hétérosexuels	2	2	2	2
Femmes hétérosexuelles	1	1	2	1

\* Les informations sur les comportements sont disponibles pour environ deux tiers des patients.

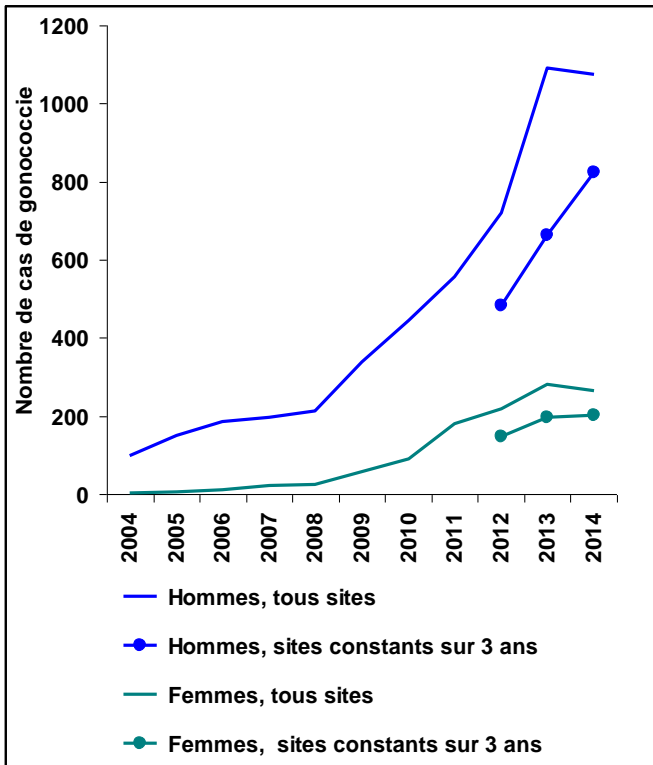
## Gonococcies

- > Les gonococcies sont surveillées à travers deux réseaux :
  - le réseau des cliniciens RésIST, dont les patients sont diagnostiqués quasi exclusivement dans des structures spécialisées (Ciddist et CDAG : 93% en 2014) (figure G2) ;
  - le réseau de laboratoires Rénago, dont les patients sont diagnostiqués majoritairement en médecine de ville (54 % en 2014) (figure G4). Ce réseau permet également une surveillance de la sensibilité des souches aux antibiotiques.
- > En 2014, le nombre de gonococcies augmente chez les hommes dans les sites à participation constante du réseau RésIST (figure G1). La stabilisation du nombre de cas observée pour la totalité des sites s'explique par l'absence de déclaration d'un site diagnostiquant annuellement un nombre important de gonococcies (figure G1).
- > L'augmentation du nombre de gonococcies à site constant concerne les hommes homo-bisexuels, aussi bien en Ile-de-France que dans les autres régions métropolitaines (figure G5 et G9). Ils représentent 62 % des patients diagnostiqués pour une gonococcie en 2014 (tableau G1).
- > Une tendance à la stabilisation est notée en 2014 chez les hétérosexuels dans les sites constants du réseau RésIST, quel que soit leur sexe (figure G9).
- > Comparativement aux observations du réseau RésIST, une diminution du nombre de gonococcies déclarées par les laboratoires constants du réseau Rénago est observée en 2014 chez les hommes comme chez les femmes en métropole (figure G3). L'interprétation de cette diminution est limitée du fait des modifications des modalités de recueil des données en 2014. Une sous-déclaration consécutive à l'introduction de la saisie en ligne a été observée et est en cours d'évaluation. Une stabilisation des pratiques de dépistage après une montée en charge de la PCR et du dépistage combiné est observée en 2014 (figures G6 et G7).
- > Les femmes ayant une gonococcie sont plus jeunes que les hommes, leur âge médian étant respectivement de 22 ans contre 28 ans pour les patients du réseau Rénago, et de 21 ans contre 27 ans chez les patients du réseau RésIST (tableau G1 et figure G8).
- > Les co-infections à gonocoque et VIH représentent 8 % des cas en 2014, proportion assez stable depuis 2009 (tableau G1). Ces co-infections ont été rapportées très majoritairement chez des hommes homo-bisexuels (proportion de co-infections : 14 %) (figure G10). La plupart des patients co-infectés étant des séropositifs connus, ces co-infections reflètent une utilisation insuffisante du préservatif chez les hommes homo-bisexuels séropositifs.
- > Concernant les comportements sexuels, le nombre de partenaires est assez stable au cours du temps. L'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales chez les hommes homo-bisexuels est insuffisante sur les trois dernières années (tableau G2). L'utilisation systématique du préservatif lors des fellations reste rare (<2 %), quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la fellation est un mode de contamination très efficace de la gonococcie.
- > La culture avant antibiothérapie reste indispensable pour tester la sensibilité des souches de gonocoque aux antibiotiques. En 2014, les proportions de souches résistantes à la tétracycline (56 %) ou à la ciprofloxacine (43 %) restent élevées (figure G12). Elles ne permettent pas leur utilisation en pratique courante pour le traitement des gonococcies. La baisse de la sensibilité des souches aux céphalosporines de 3<sup>ème</sup> génération (C3G) reste modérée. La proportion de souches résistantes au céfixime, a légèrement diminué entre 2013 (1,7 %) et 2014 (1%). La concentration minimale inhibitrice (CMI) moyenne du céfixime, qui avait augmenté entre 2011 et 2012, diminue depuis 2012 (figure G11a). Aucune résistance à la ceftriaxone n'a été retrouvée depuis 2011. La CMI moyenne de la ceftriaxone, qui avait augmenté entre 2009 et 2010, a légèrement diminué en 2011 puis est restée stable (figure G11b).

# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

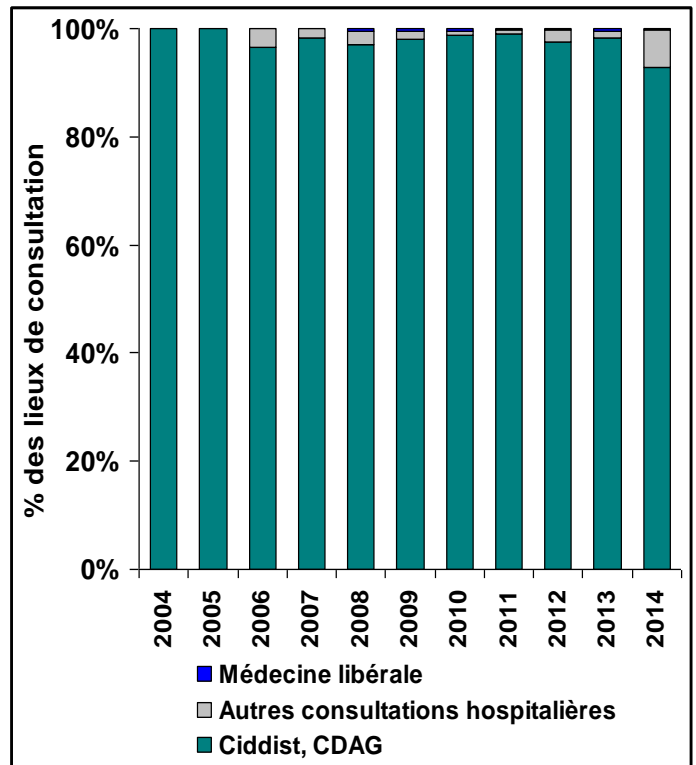
## Figure G1

Évolution des nombres de cas de gonococcie, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2014



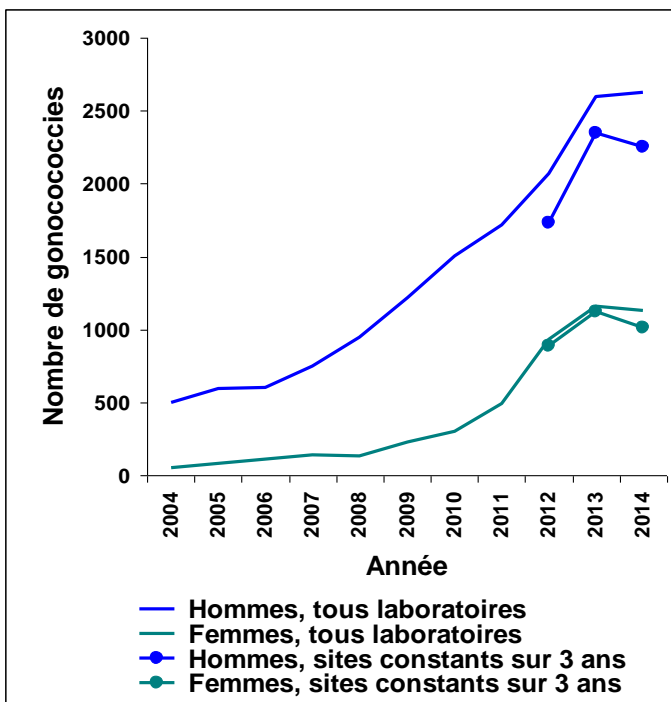
## Figure G2

Évolution des lieux de consultation des patients avec gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2014



## Figure G3

Évolution du nombre de gonococcies selon le sexe, réseau des laboratoires RénaGo, France, 2004-2014

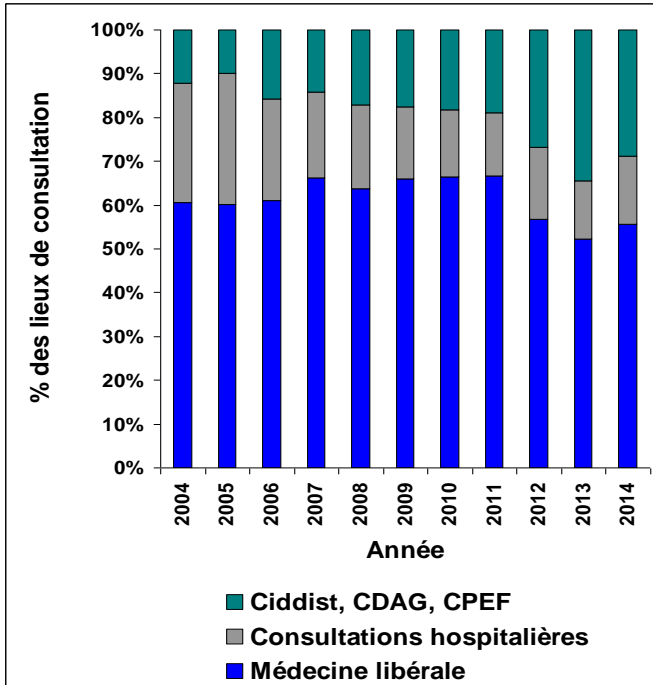




# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

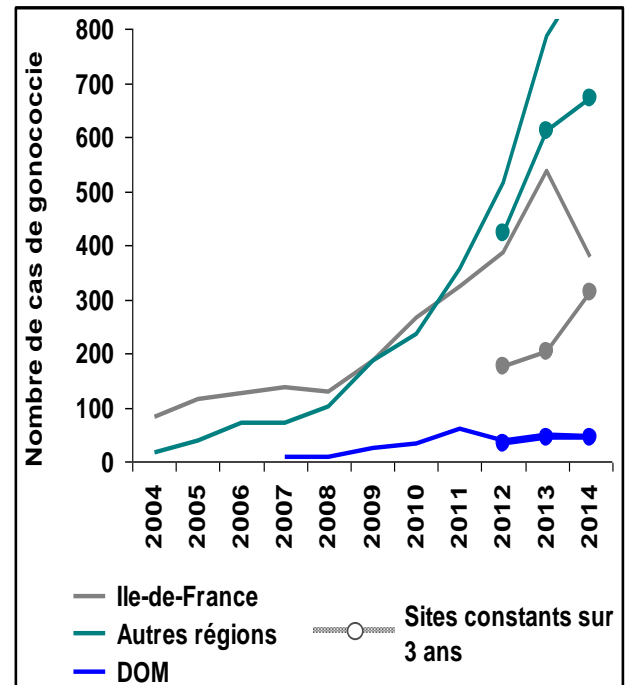
## Figure G4 |

Évolution des lieux de consultation des patients avec gonococcie, réseau Rénago, France, 2004-2014



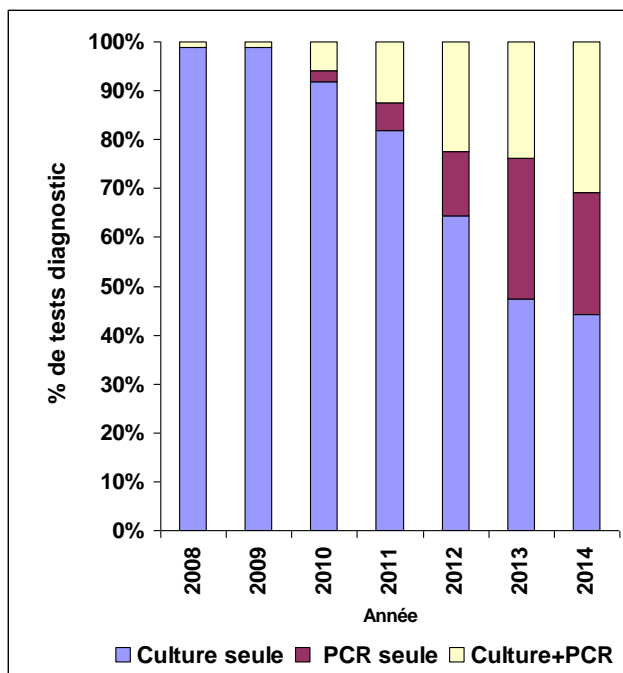
## Figure G5 |

Évolution du nombre de gonococcies selon la région, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2014



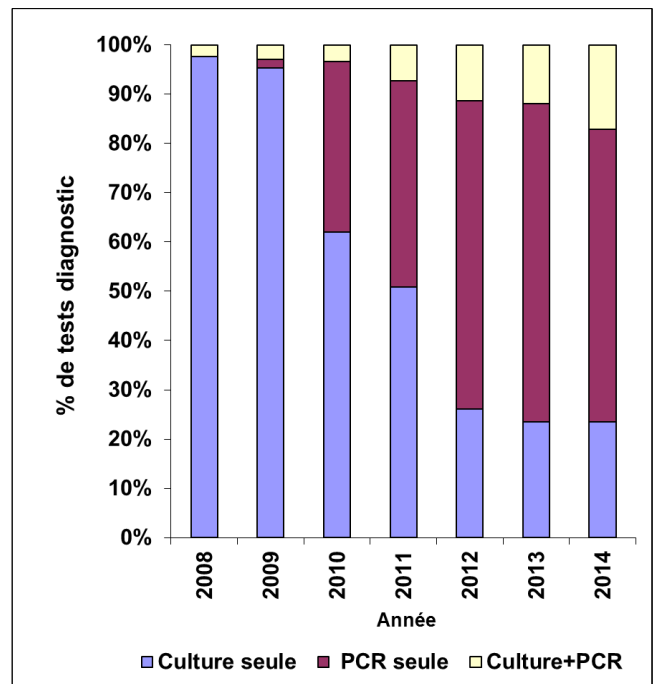
## Figure G6 |

Évolution de la proportion de gonococcies diagnostiquées par culture, par PCR ou par culture et PCR chez les hommes, réseau des laboratoires Rénago, France, 2008-2014



## Figure G7 |

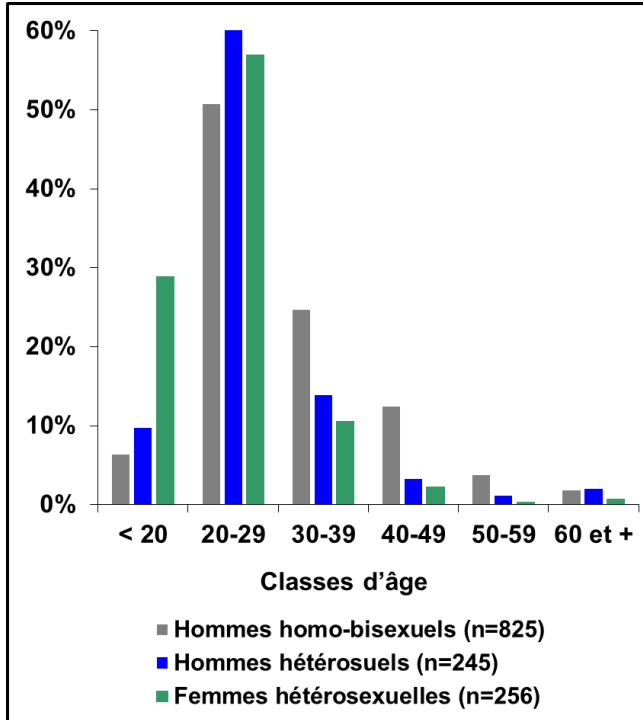
Évolution de la proportion de gonococcies diagnostiquées par culture ou par culture et PCR chez les femmes, réseau des laboratoires Rénago, France, 2008-2014



# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

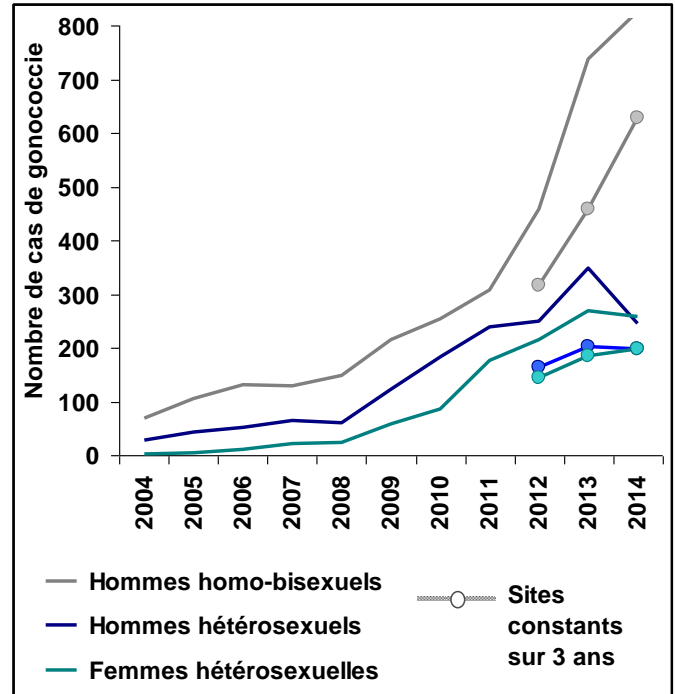
## Figure G8

Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon le sexe et l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2014



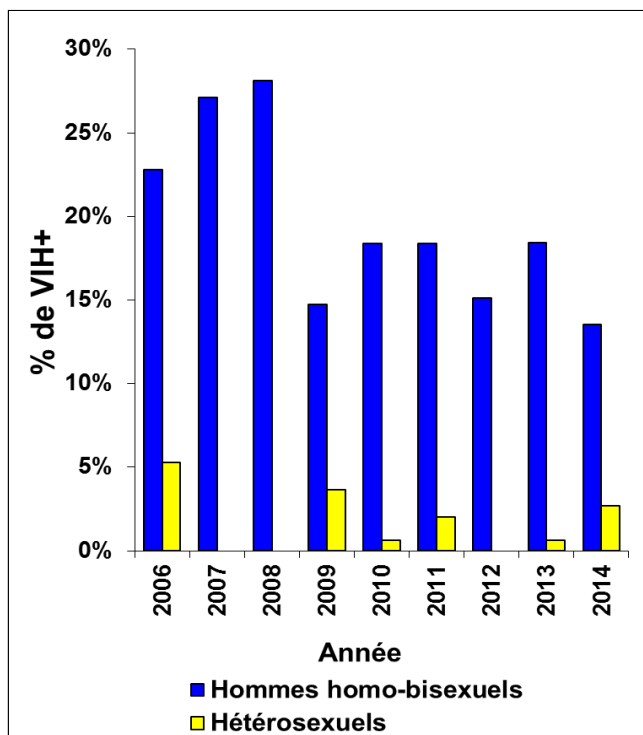
## Figure G9

Évolution du nombre de gonococcies selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2004-2014



## Figure G10

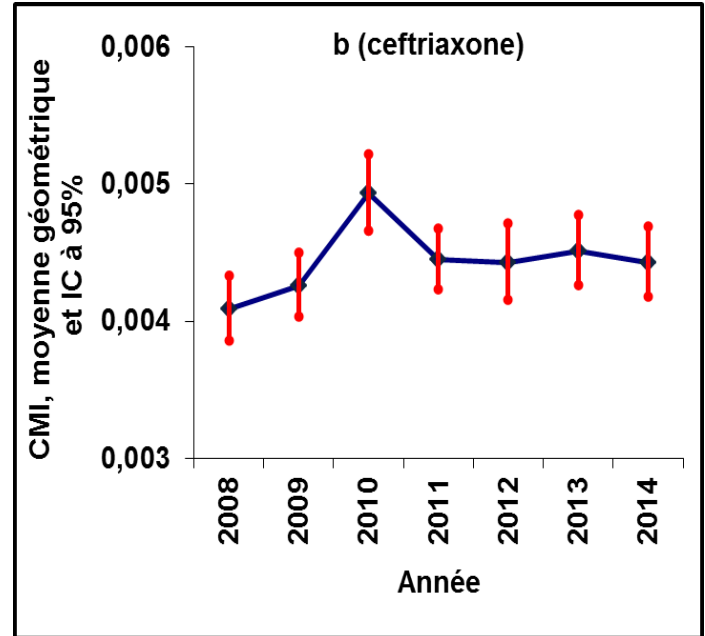
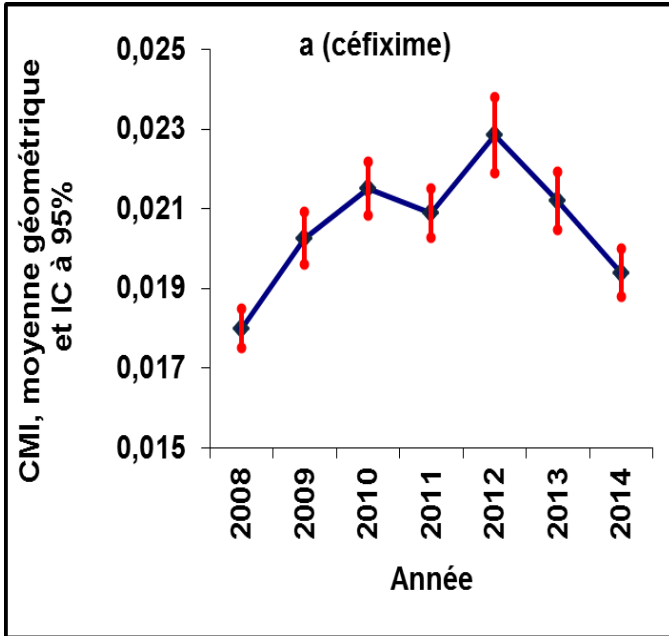
Fréquence de l'infection VIH en cas de gonococcie, réseau RésIST, France, 2006-2014



# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

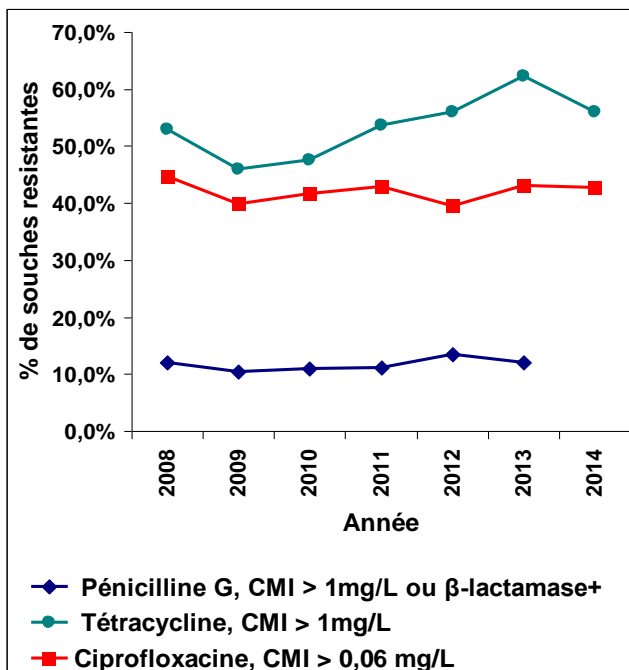
## Figure G11

Evolution de la concentration minimale inhibitrice (CMI) moyenne du céfixime (a) et de la ceftriaxone (b), réseau Rénago-CNR des gonocoques, 2008-2014



## Figure G12

Evolution de la résistance des souches de gonocoque à la tétracycline, la ciprofloxacine et la pénicilline, Rénago-CNR des gonocoques, 2001-2014



# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

## Tableau G1

Évolution des caractéristiques des patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2014

	2004-2011 N= 2 570	2012 N= 936	2013 N= 1 373	2014 N= 1 339
<b>Région (%)</b>				
Ile-de-France	53,1	41,1	39,1	28,2
Autres régions métropolitaines	41,8	54,9	57,3	68,3
DOM	5,1	4,0	3,6	3,5
<b>Orientation sexuelle (%)</b>				
Hommes homo-bisexuels	52,9	49,0	53,7	61,7
Hommes hétérosexuels	30,8	26,7	25,3	18,4
Femmes hétérosexuelles	14,8	22,9	19,5	19,3
Femmes homo-bisexuelles	0,4	0,3	0,9	0,4
Inconnue	1,1	1,1	0,6	0,2
<b>Pays de naissance (%)</b>				
France	69,8	73,5	75,6	77,2
Autres pays d'Europe	5,8	4,1	5,1	3,1
Afrique subsaharienne	6,3	6,4	7,1	6,1
Autres continents	11,5	10,1	7,8	8,2
Inconnu	6,6	5,9	4,4	5,4
<b>Statut sérologique VIH (%)</b>				
Positif connu	9,1	5,9	8,9	7,3
Découverte de séropositivité	1,1	1,1	0,6	0,9
Négatif	77,9	84,1	84,2	84,2
Inconnu	11,9	8,9	6,3	7,6
<b>Age médian (ans)</b>				
Hommes homo-bisexuels	30	29	27	27
Hommes hétérosexuels	26	25	25	25
Femmes hétérosexuelles	21	22	21	21

## Tableau G2

Évolution des comportements sexuels\* au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2014

	2004-2011	2012	2013	2014
<b>Utilisation systématique du préservatif (%)</b>				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	40,6	27,4	37,2	35,4
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	45,9	41,9	51,8	37,5
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	11,9	9,2	8,3	12,2
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	5,6	4,9	9,5	6,9
<b>Utilisation systématique du préservatif (%)</b>				
Fellation (hommes homo-bisexuels)	1,1	0,0	0,6	1,5
Fellation (hommes hétérosexuels)	1,8	1,9	1,6	2,0
Fellation (femmes hétérosexuelles)	0,9	2,2	1,8	0,5
<b>Nombre médian de partenaires</b>				
Hommes homo-bisexuels	10	10	7	8
Hommes hétérosexuels	3	3	3	3
Femmes hétérosexuelles	2	2	2	2

\* Les informations sur les comportements sont disponibles pour environ deux tiers des patients.

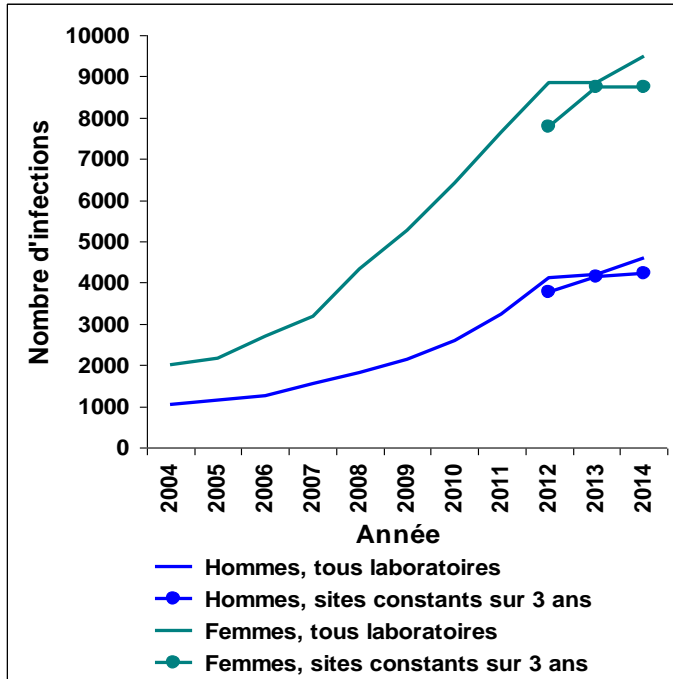
## Infections uro-génitales à *Chlamydia*

- > La surveillance des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* est réalisée par l'intermédiaire du réseau de laboratoires Rénachla. Le nombre de laboratoires participant au réseau semble diminuer ces dernières années, mais cette baisse s'explique par le regroupement des laboratoires (« multi-sites »).
- > Le nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia* rapporté par les sites à déclaration constante en 2014 semble stable comparativement à 2013, chez l'homme comme chez la femme (figure C1). Une sous-estimation des chlamydioses diagnostiquées dans les sites constants ne peut pas être exclue en 2014, en raison de la mise en place d'une déclaration en ligne. Une évaluation de l'impact de l'évolution des modalités de la surveillance est actuellement en cours.
- > Les patients du réseau Rénachla continuent d'être diagnostiqués majoritairement dans des structures spécialisées : CDAG, Ciddist ou centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), respectivement dans 20 %, 18 % et 12 % des cas en 2014. Les diagnostics réalisés lors des consultations hospitalières ou en médecine de ville sont moins fréquents : gynécologues hospitaliers (11 %) et libéraux (8 %), généralistes (15 %) ou autres médecins libéraux (2 %) ou hospitaliers (6%) (Figure C2).
- > En 2014, les femmes ayant une infection uro-génitale à *Chlamydia* restent plus jeunes que les hommes : âge médian de 23 ans contre 27 ans. Les tranches d'âge les plus touchées sont les 15-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes (figure C7).
- > La proportion de patients asymptomatiques est stable sur les trois dernières années (59% en 2014) (figure C3).
  - La mise en place entre 2008 et mi-2012 d'un dépistage systématique des infections à *Chlamydia* chez les jeunes femmes de moins de 25 ans consultant dans les CDAG parisiens explique en grande partie la proportion très différente de sujets asymptomatiques à Paris et dans le reste de la métropole (figure C4).
  - Les structures pratiquant principalement le dépistage systématique sont les CDAG, les Ciddist et les CPEF : 84 % des personnes infectées y sont asymptomatiques en 2014. Au contraire, les gynécologues libéraux ou hospitaliers, les généralistes et les autres médecins libéraux ont recours à des tests à visée diagnostique chez des personnes symptomatiques dans 66 % des cas (figure C5).
- > En 2014, le taux de positivité (nombre de cas positifs/nombre de recherches) est d'environ 7 % chez les hommes et les femmes (figure C6), ce qui est supérieur à la prévalence dans la population générale, estimée entre 1 et 3 % par l'enquête Natchla (réalisée en 2006). L'augmentation de ce taux au cours du temps témoigne probablement d'un dépistage ciblé sur des personnes plus à risque.

# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

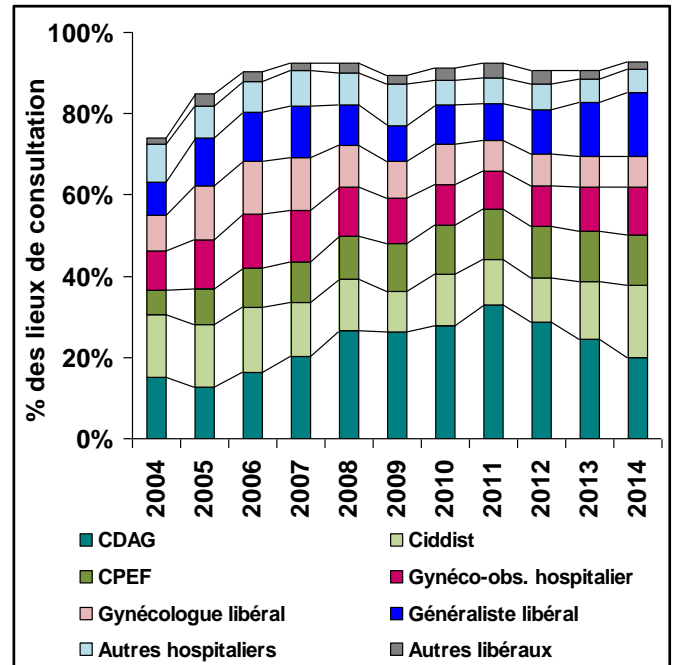
## Figure C1

Évolution du nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia* et de laboratoires participants selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2004-2014



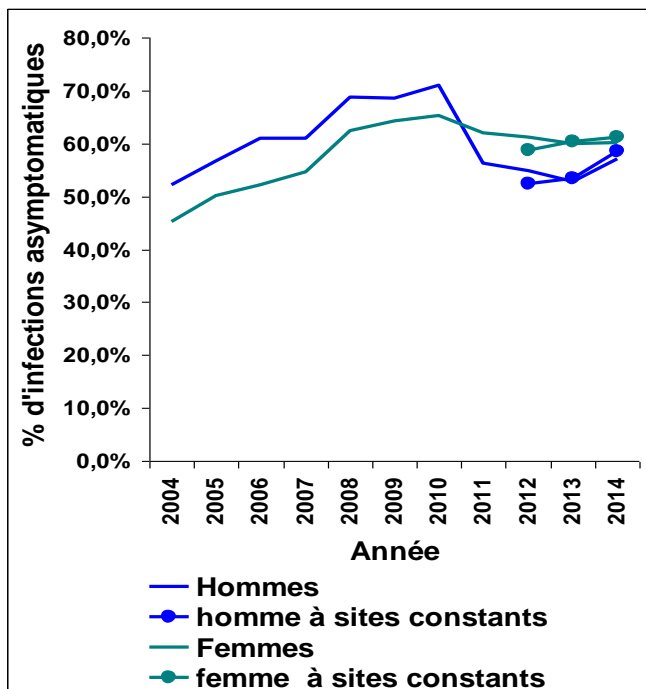
## Figure C2

Évolution des lieux de consultation des patients avec infection uro-génitales à *Chlamydia*, réseau Rénachla, France, 2004-2014



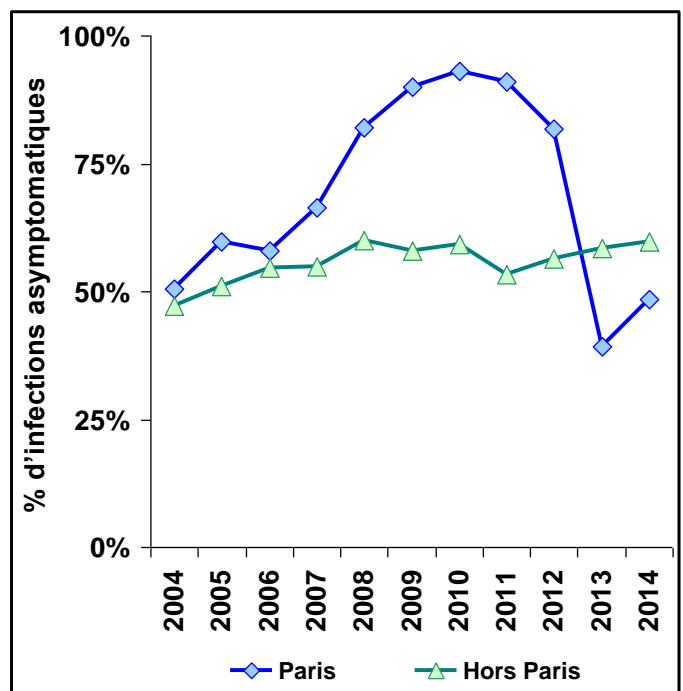
## Figure C3

Évolution de la proportion d'infections uro-génitales à *Chlamydia* asymptomatiques selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2004-2014



## Figure C4

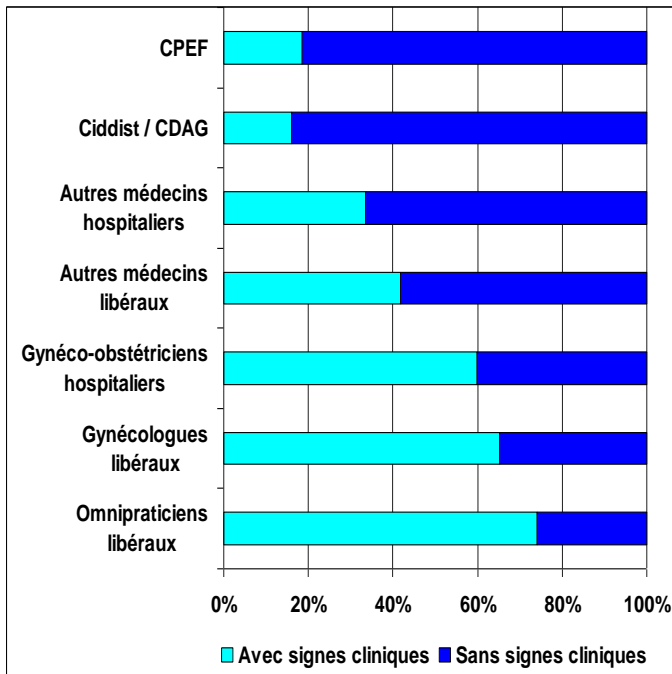
Évolution du pourcentage d'infections uro-génitales à *Chlamydia* asymptomatiques à Paris et dans le reste de la métropole, réseau Rénachla, France, 2004-2014



# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

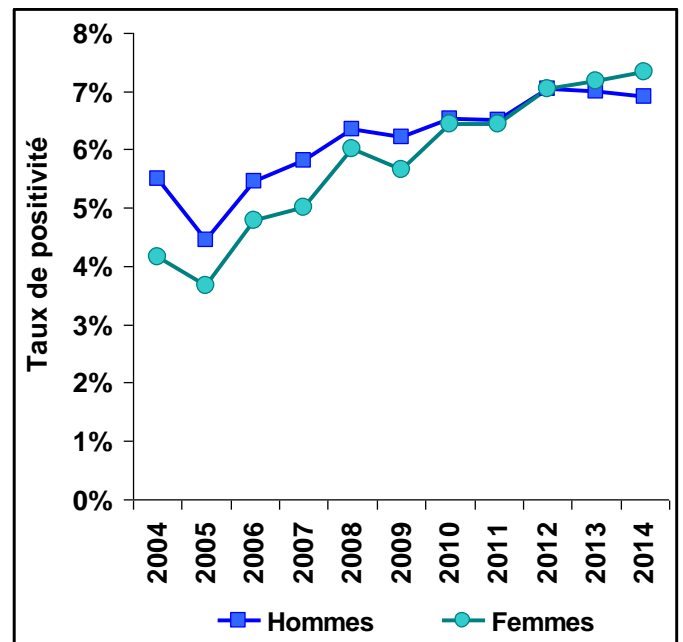
## Figure C5

Proportion de patients asymptomatiques infectés par *Chlamydia*, selon le lieu de consultation, réseau Rénachla, 2014



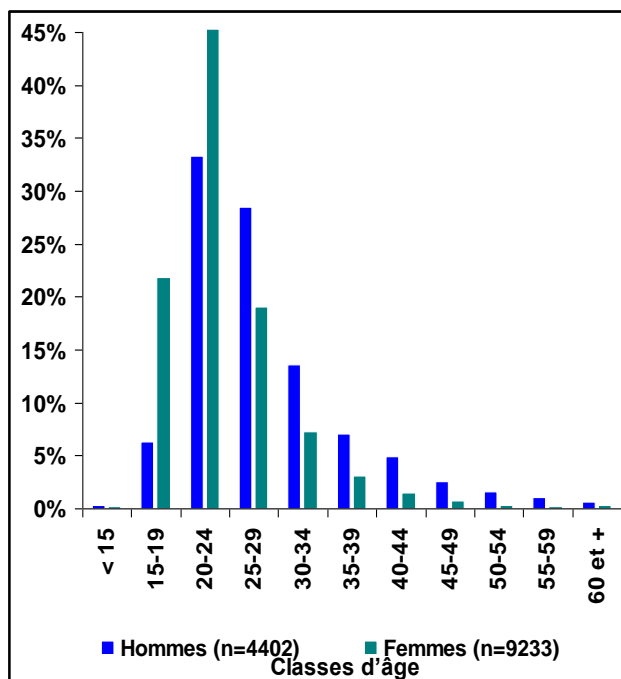
## Figure C6

Évolution du taux de positivité (nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia* / nombre de recherches) selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2004-2014



## Figure C7

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



## Lymphogranulomatoses vénériennes rectales

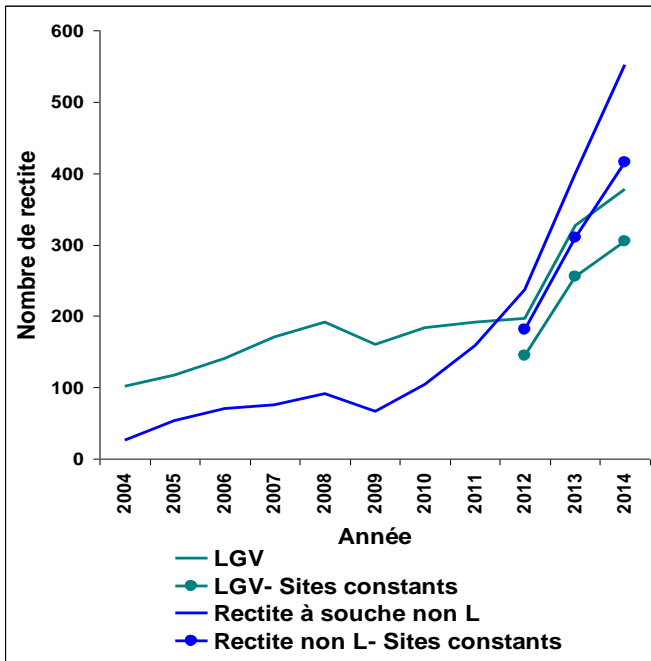
- > La surveillance des lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et des ano-rectites à *Chlamydia trachomatis* à souches non L est réalisée grâce à un réseau de laboratoires et de cliniciens, coordonné par le CNR des *Chlamydiae* qui effectue le génotypage des souches pour différencier les LGV des autres types de chlamydioses ano-rectales.
- > Après avoir été relativement stable entre 2008 et 2012, le nombre de LGV rapporté augmente en 2013 et 2014. Le nombre de rectites à *Chlamydia* sérovar non L à sites constants est en augmentation sur les cinq dernières années (figure L1).
- > Parmi les patients pour lesquels l'information sur le sexe et l'orientation sexuelle est connue,
  - la quasi-totalité sont des hommes homo-bisexuels (en 2014, 98 % pour les LGV comme pour les rectites non L) ;
  - aucun cas de LGV n'a été diagnostiqué chez une femme. Néanmoins, quelques cas de rectite non L sont déclarés chaque année chez des femmes.
- > La majorité des cas de LGV est diagnostiquée en Ile-de-France. Cependant, le nombre de cas de LGV diagnostiqués dans les autres régions métropolitaines a augmenté : il est passé de 95 en 2013 à 154 en 2014 (figure L2). Depuis 2012, la proportion de rectites non L diagnostiquées hors Ile-de-France a dépassé 50 %.
- > Les classes d'âge les plus touchées sont les 30-49 ans pour les cas de LGV et les 20-39 ans pour les rectites non L (figure L3). L'âge médian en 2014 était de 42 ans pour les cas de LGV et de 31 ans pour ceux de rectites non L.
- > Les co-infections LGV et VIH restent très fréquentes, représentant 81 % des cas en 2014 (figure L4). Les co-infections rectites non L et VIH restent fréquentes mais sont en diminution : elles représentent près de 30 % des cas en 2012-2014 (la proportion de co-infections était supérieure à 70 % en 2007-2008).



# Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

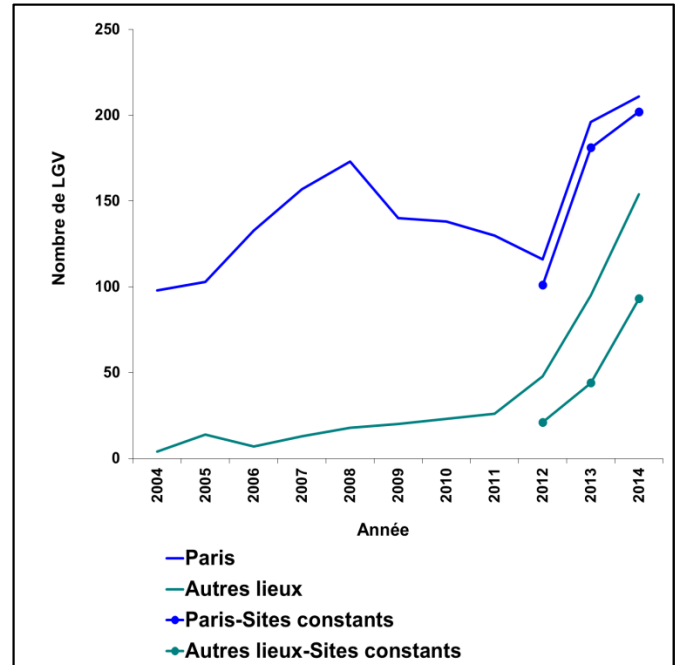
## Figure L1

Évolution du nombre de lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et de rectites à souche non L, CNR *Chlamydiae*, France, 2004-2014



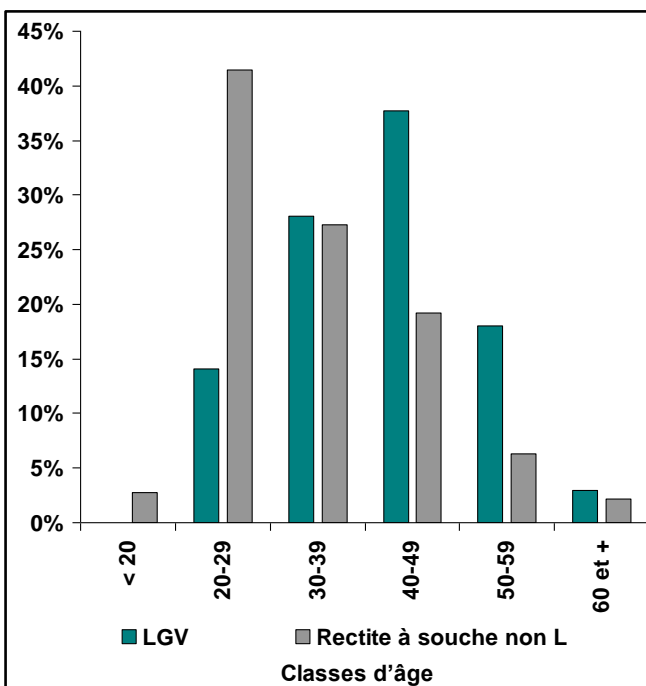
## Figure L2

Évolution du nombre de LGV et de rectites à *Chlamydia* non L diagnostiquées en métropole hors Ile-de-France, CNR *Chlamydiae*, France, 2004-2014



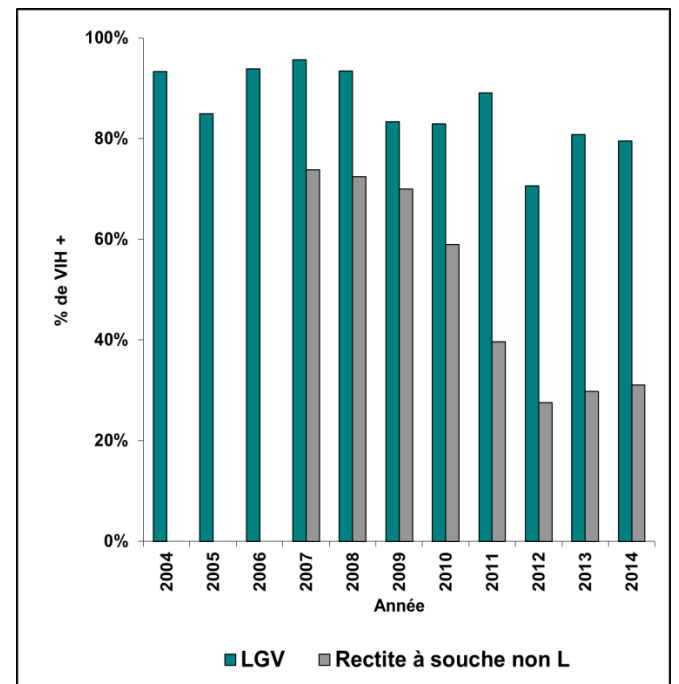
## Figure L3

Distribution des LGV et des rectites à *Chlamydia* à souche non L par classe d'âge, CNR *Chlamydiae*, France, 2014



## Figure L4

Fréquence de l'infection VIH en cas de LGV et de rectite à *Chlamydia* à souche non L, CNR *Chlamydiae*, France, 2004-2014



## Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Nous remercions vivement pour leur contribution à la surveillance des IST les participants aux réseaux volontaires (Rénago, Rénachla, RésIST, Lymphogranulomatoses vénériennes), notamment les médecins, les biologistes, les techniciens, les Ciddist, les CDAG, les consultations hospitalières, les laboratoires et les CNR des gonocoques, des infections à *chlamydiae* et de la syphilis.

L'organisation de la surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) et les contacts des personnes en charge de cette surveillance sont consultables sur le site de l'Institut de veille sanitaire : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Comment-surveiller-les-IST>. Les réseaux de cliniciens (RésIST) et de laboratoires (Rénago, Rénachla, lymphogranulomatoses vénériennes : LGV) permettent de suivre l'évolution des indicateurs des IST bactériennes.

Depuis le 15 septembre 2014, la saisie des cas de gonococcie et d'infection à *Chlamydia* diagnostiqués au sein des réseaux de laboratoires (Rénago et Rénachla) se fait en ligne sur un site sécurisé (application 'SoLIST' : Saisie on line des IST). Cette application a été élaborée de façon à connaître l'activité dans chaque lieu de prélèvement, même lorsque les tests sont réalisés ailleurs. La saisie en ligne va aussi permettre l'élargissement des réseaux à de nouveaux laboratoires volontaires pour améliorer leur couverture sur le territoire français.

**Retrouver ici les dernières données de surveillance des IST/VIH en région au travers des bulletins régionaux:**

[http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/%28node\\_id%29/1688/%28query%29/Infections%2Bsexuellement%2Btransmissibles](http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/%28node_id%29/1688/%28query%29/Infections%2Bsexuellement%2Btransmissibles)