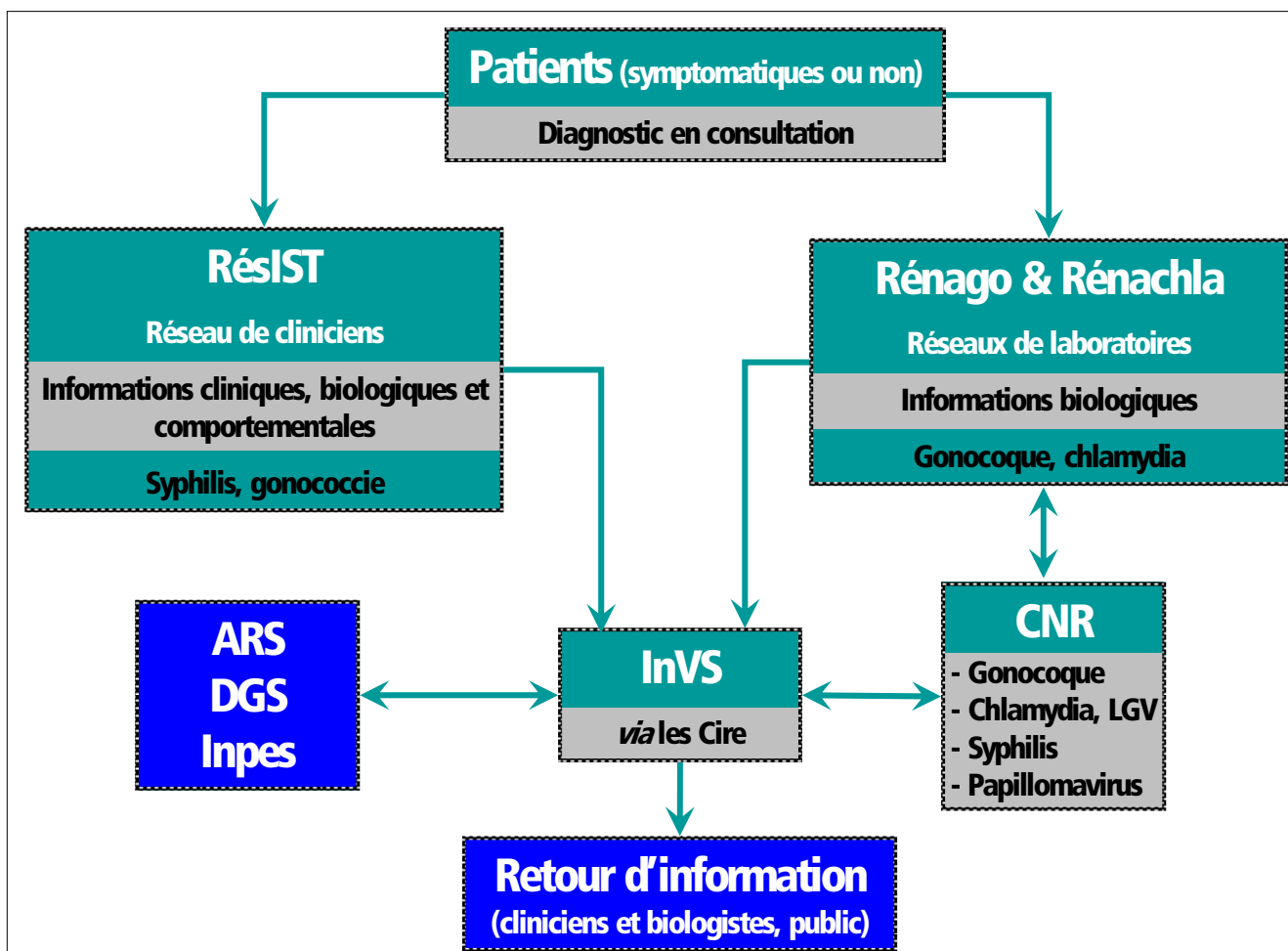


Bulletin des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) - Rénago, Rénachla et RésIST - Données au 31 décembre 2010

Organisation de la surveillance des IST



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

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

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

Nous remercions pour leur participation à la surveillance des IST :

- tous les cliniciens des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (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.

Vos contacts

Institut de veille sanitaire

A Saint-Maurice : Département des maladies infectieuses – Unité VIH-IST-Hépatites B et C, 12 rue du Val d'Osne – 94415 Saint-Maurice – Courriel : ist@invs.sante.fr	
Dr Guy La Ruche , coordonnateur des IST	Tél. : 01 41 79 68 04
Alice Bouyssou-Michel , chargée d'études RésIST	Tél. : 01 41 79 67 38
Dr Caroline Semaille , responsable de l'unité VIH-IST-Hépatites B et C	Tél. : 01 41 79 67 26
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'abricot
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 av. Georges Brassens - CS 60050
97408 Saint-Denis Cedex 9
Tél. : 02 62 93 94 24
Courriel : ars-oi-cire@ars.sante.fr

Cire Provence-Alpes-Côte d'Azur – ARS Paca - Cire Sud
132 boulevard de Paris - CS 50039 - 13331 Marseille Cedex 03
Tél. : 04 13 55 81 01
Courriel : ars-paca-cire@ars.sante.fr

Cire Rhône-Alpes – ARS Rhône-Alpes
129 Rue Servient - 69418 Lyon Cedex
Tél. : 04 72 34 31 15
Courriel : ars-rhonealpes-cire@ars.sante.fr

Centres nationaux de référence (CNR)

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

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

En 2011, les CNR en charge des IST sont indiqués en dernière page.

Ce qu'il faut retenir

Les réseaux de cliniciens (RésIST) 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.

Key points

Networks of physicians (RésIST) 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.*

Syphilis récentes

Points clés

- Les cas de syphilis récente (moins d'un an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) sont surveillés à travers le réseau RésIST des cliniciens.
 - ✓ Le nombre de sites participants continue de progresser (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 RésIST : 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.

Figure S1

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

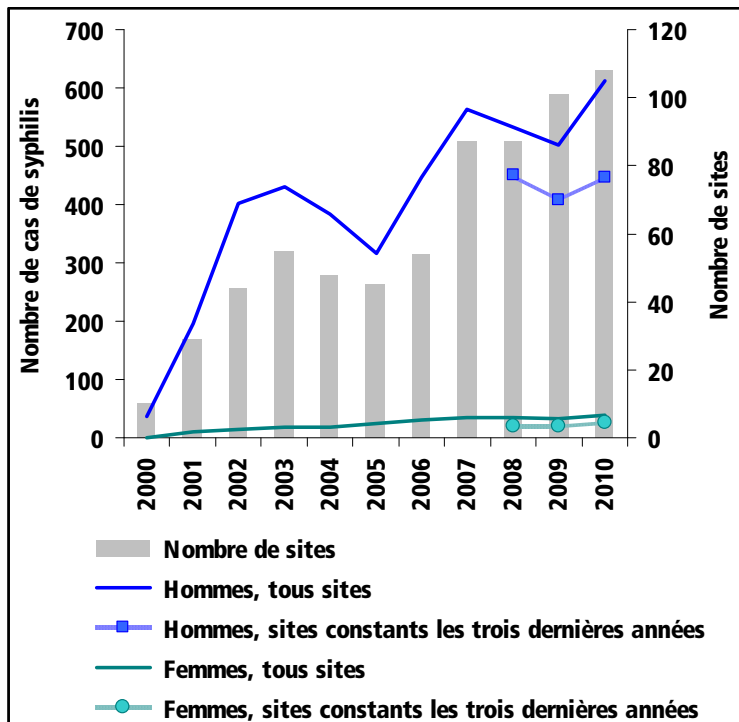


Figure S2

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

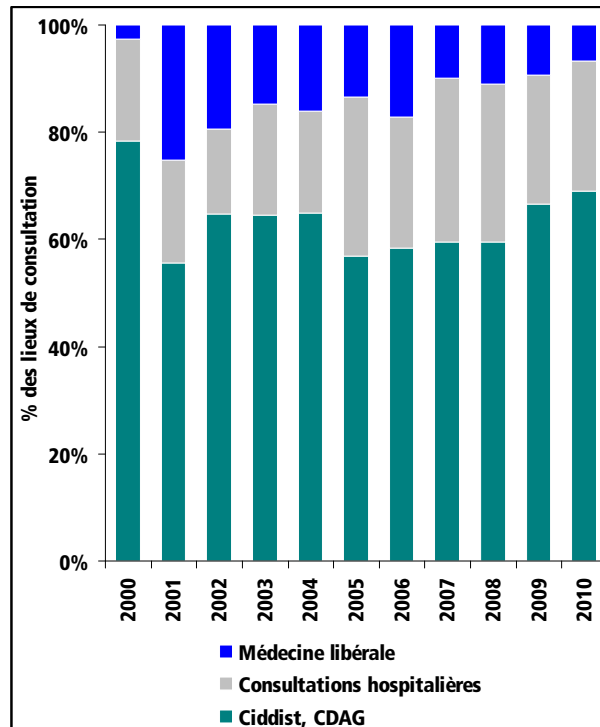


Figure S3

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

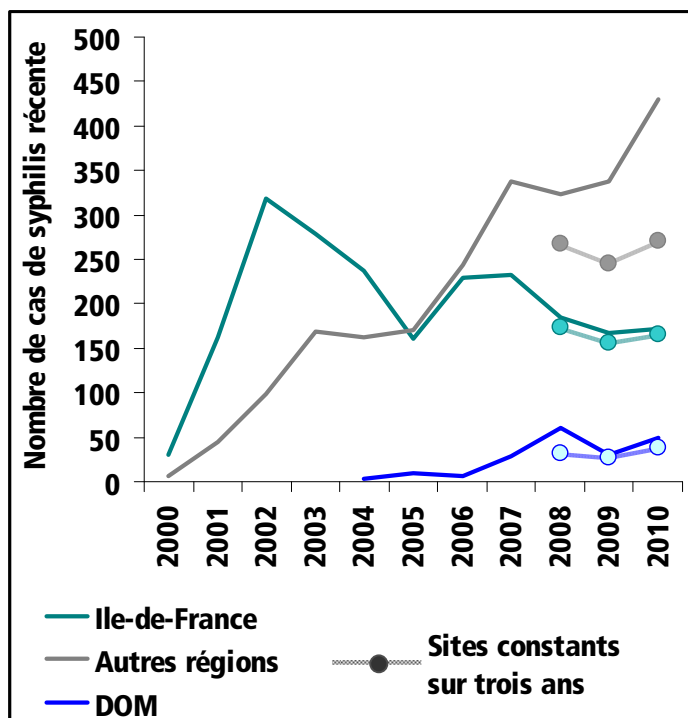


Figure S4

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

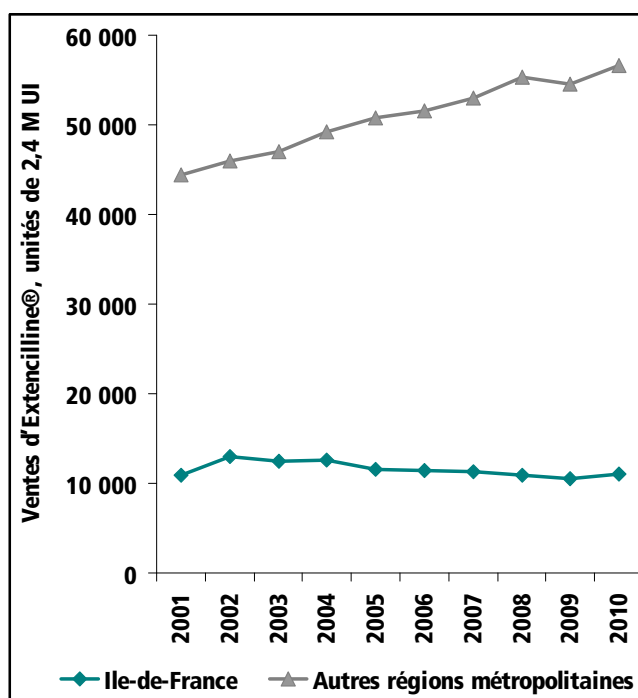


Figure S5

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

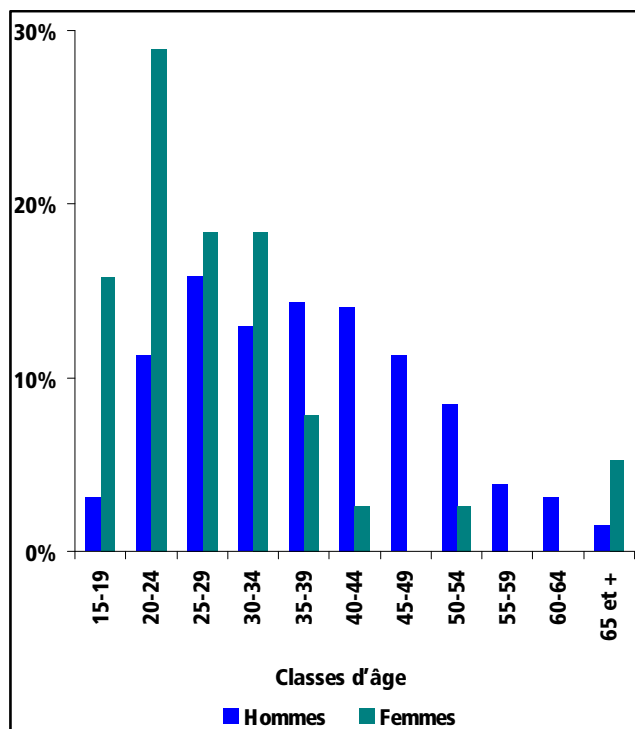


Figure S6

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

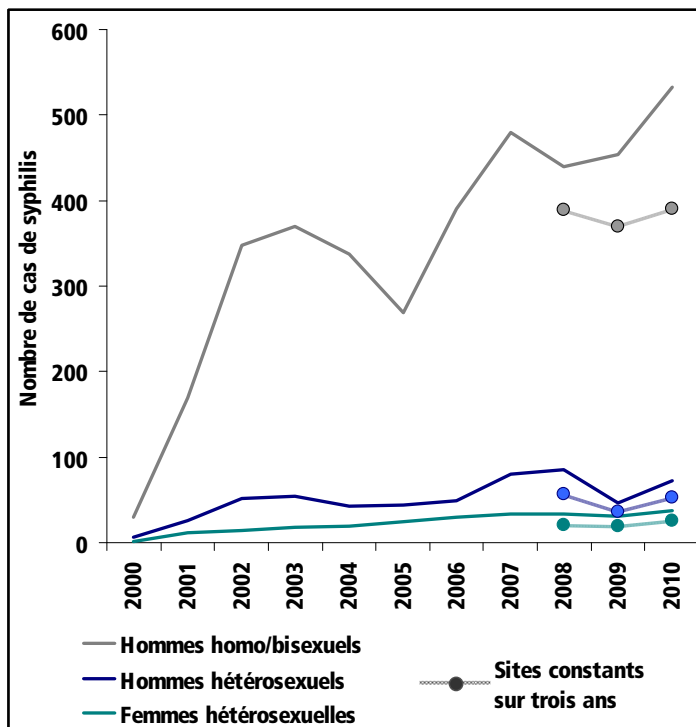


Figure S7

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

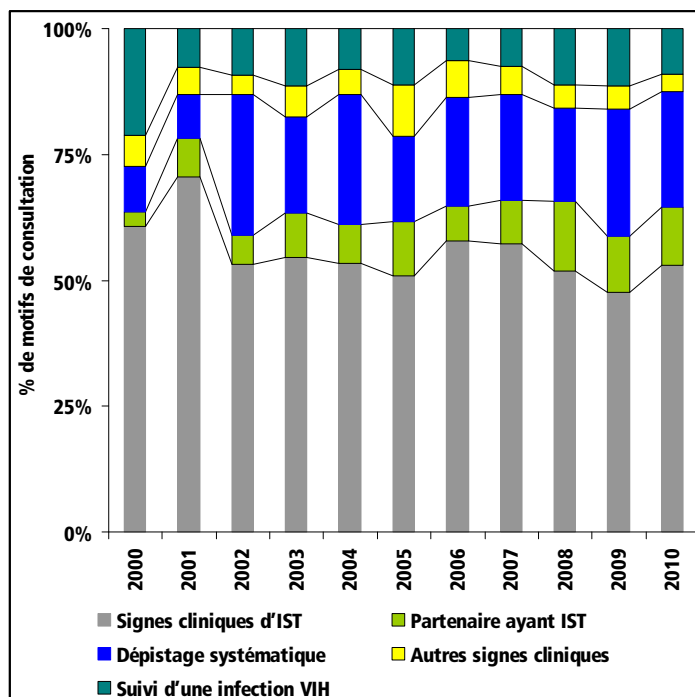


Figure S8

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

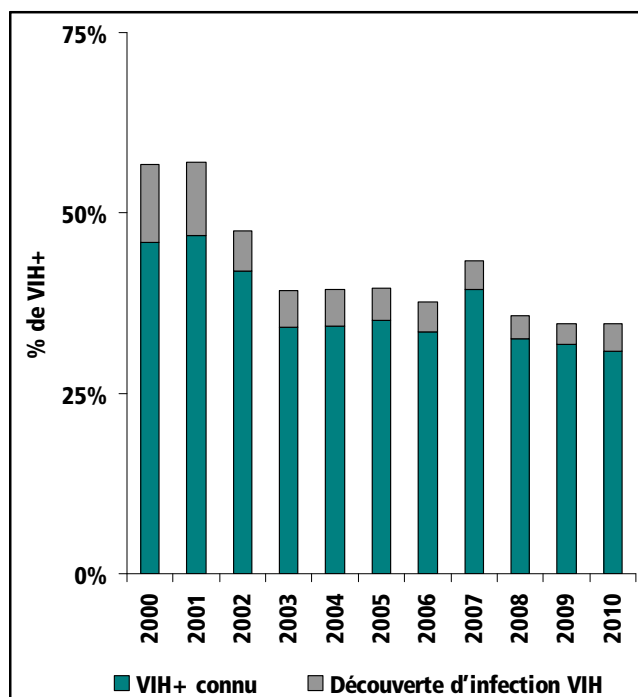


Tableau S1

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

Tableau S2

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

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

Gonococcies

Points clés

- 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/bisexuelles, 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.

Figure G1

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

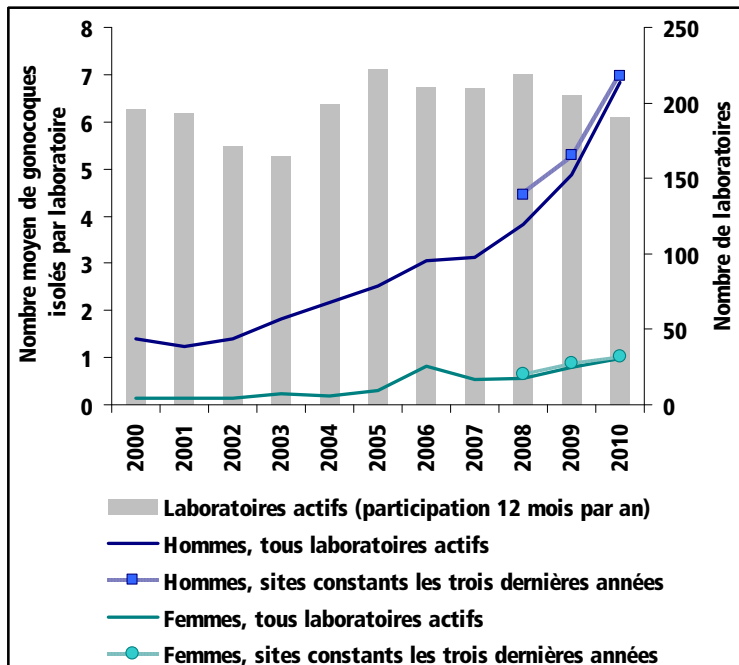


Figure G2

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

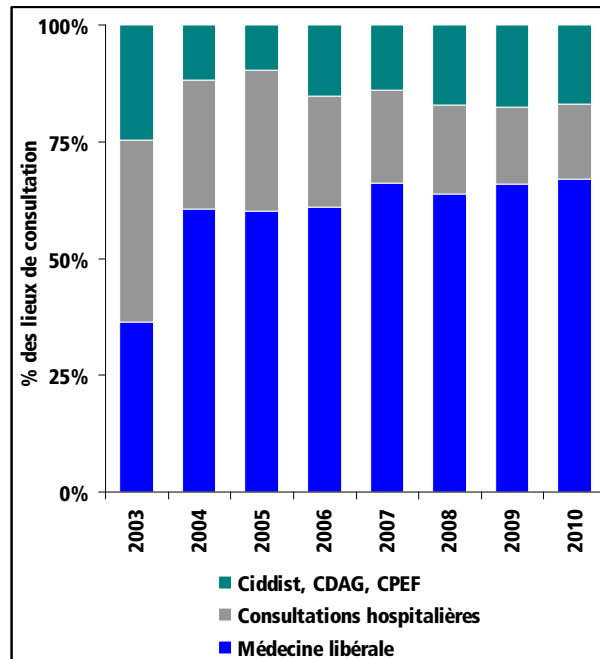


Figure G3

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

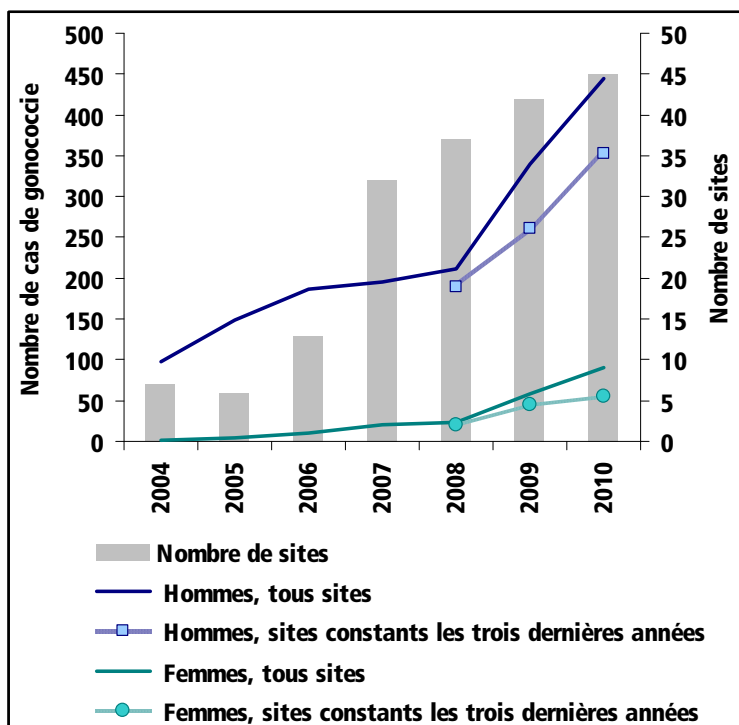


Figure G4

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

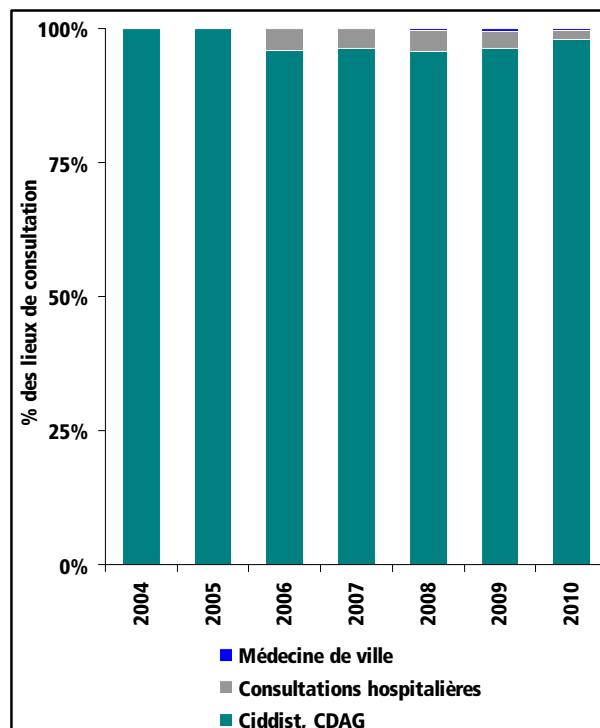


Figure G5

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

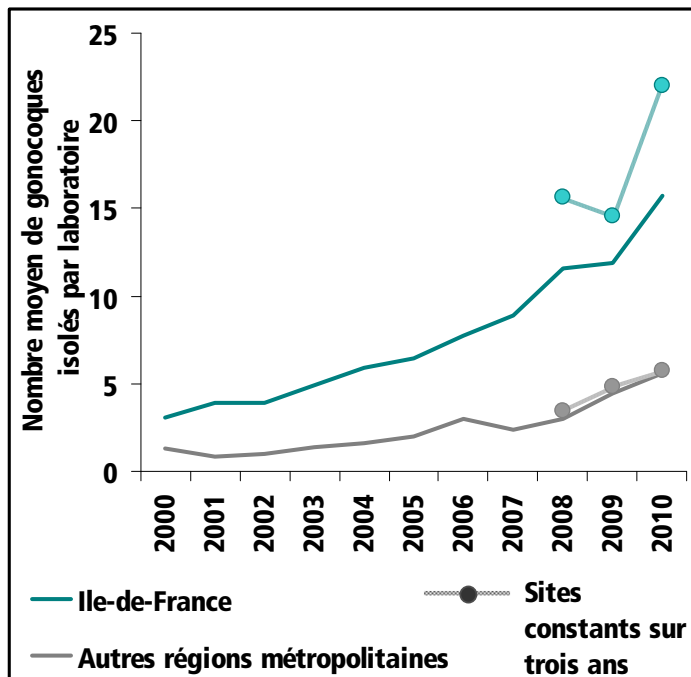


Figure G6

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

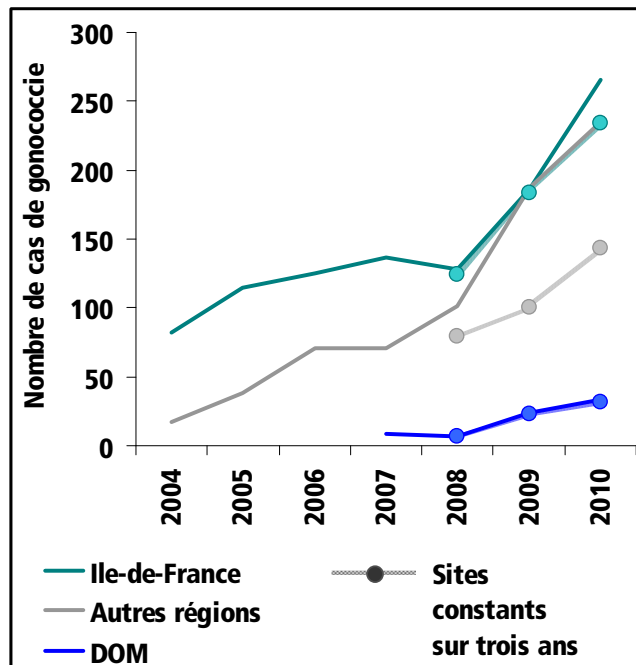


Figure G7

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

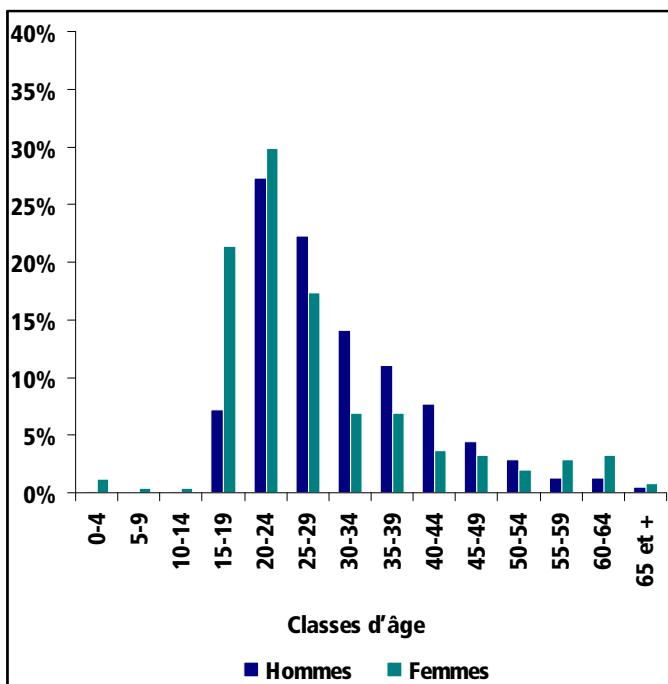


Figure G8

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

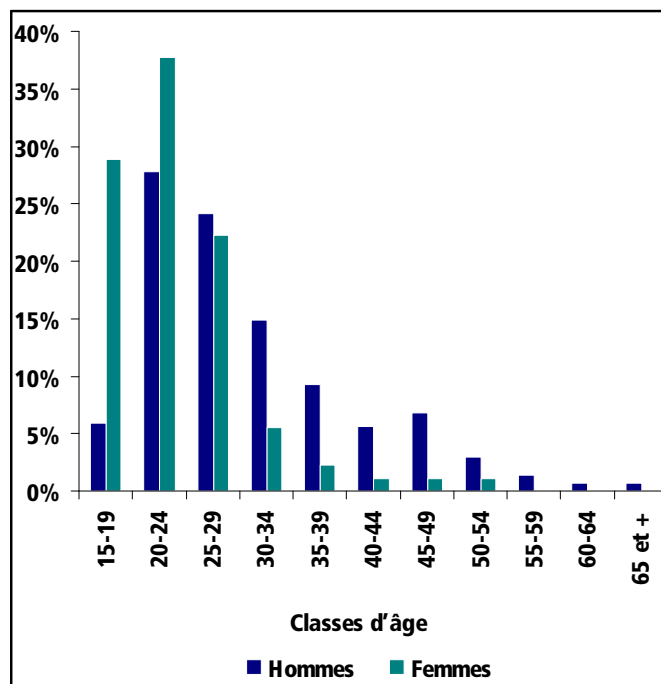


Figure G9

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

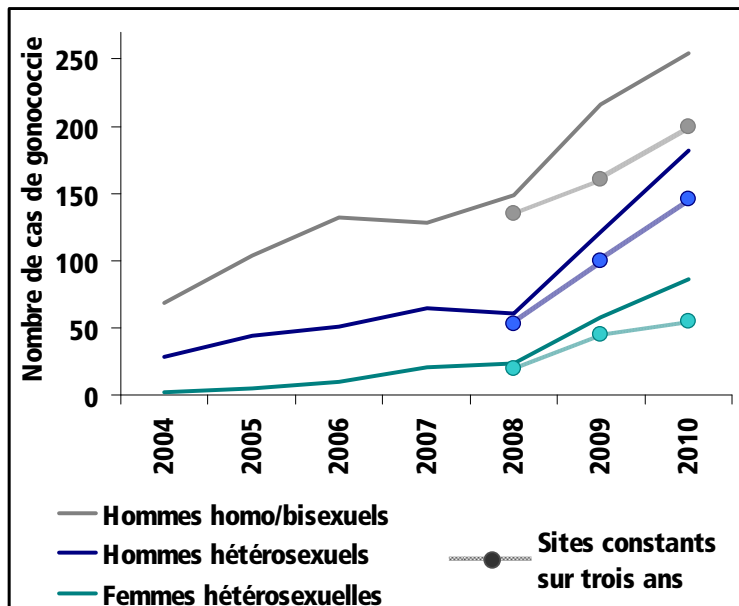


Figure G10

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

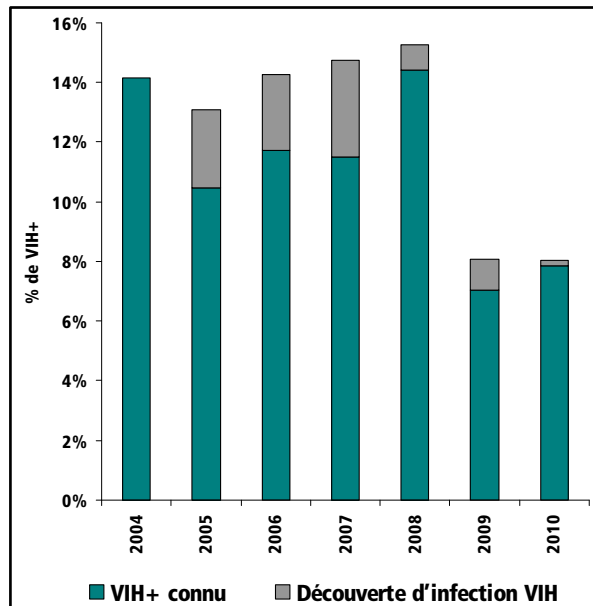
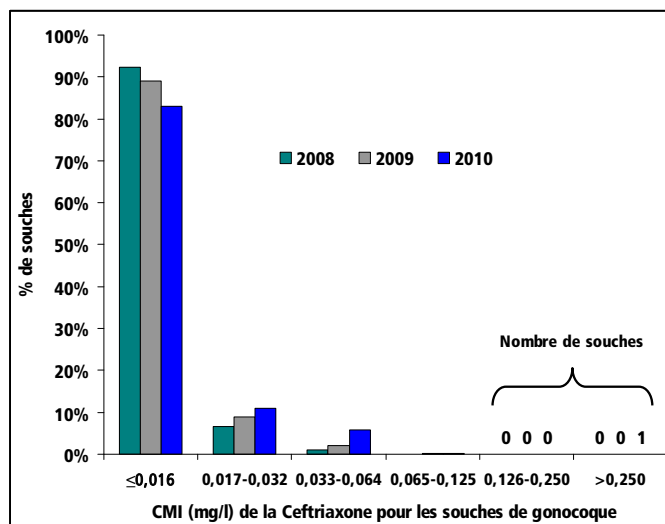
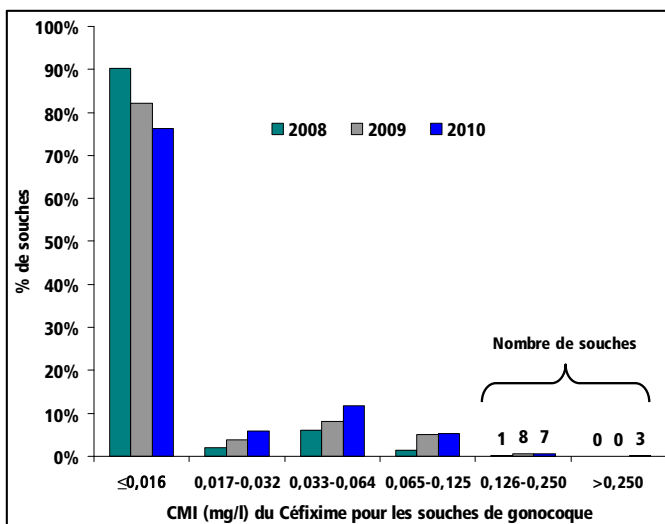


Figure G11

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>0,125mg/l est indiqué. La ceftriaxone injectable (500 mg en IM) est le traitement de première intention des gonococcies urogénitales non compliquées.

Tableau G1

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

	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

Tableau G2

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

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

Infections uro-génitales à chlamydia

Points clés

- 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 2/3 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).

Figure C1

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

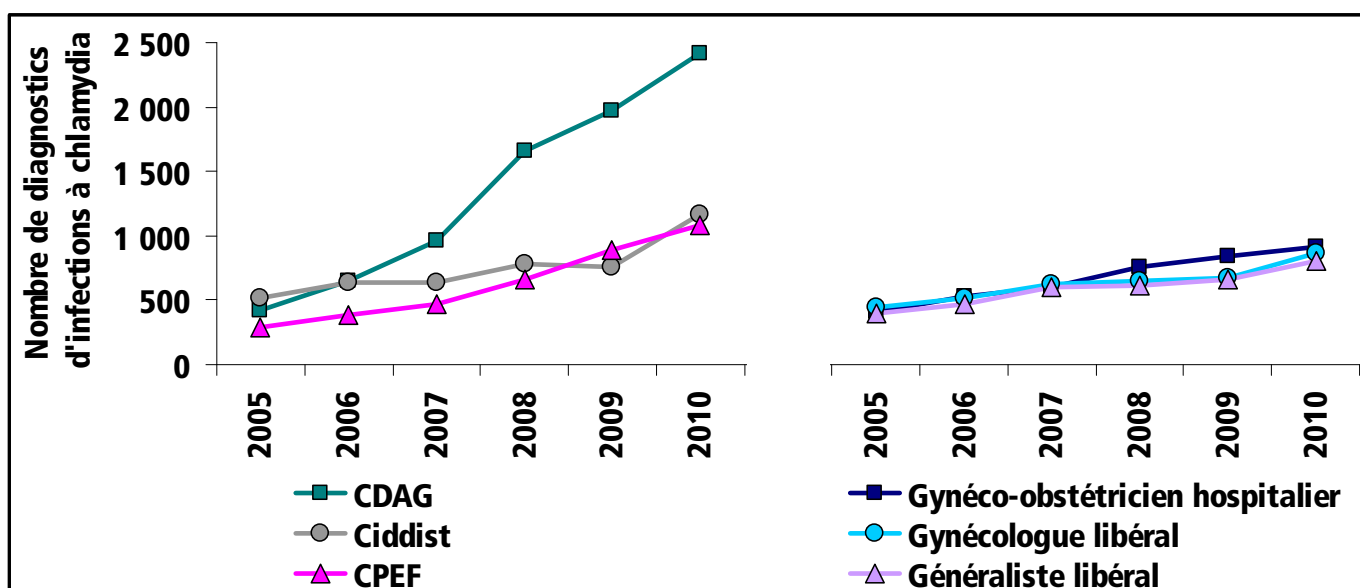


Figure C2

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

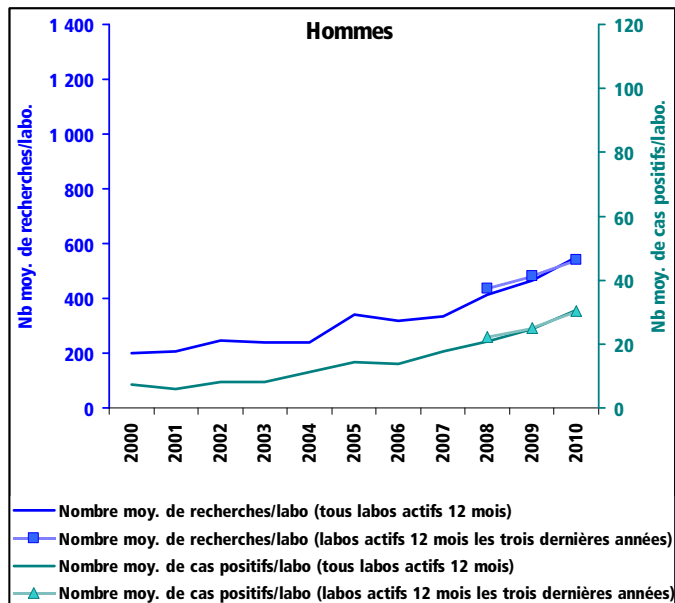


Figure C3

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

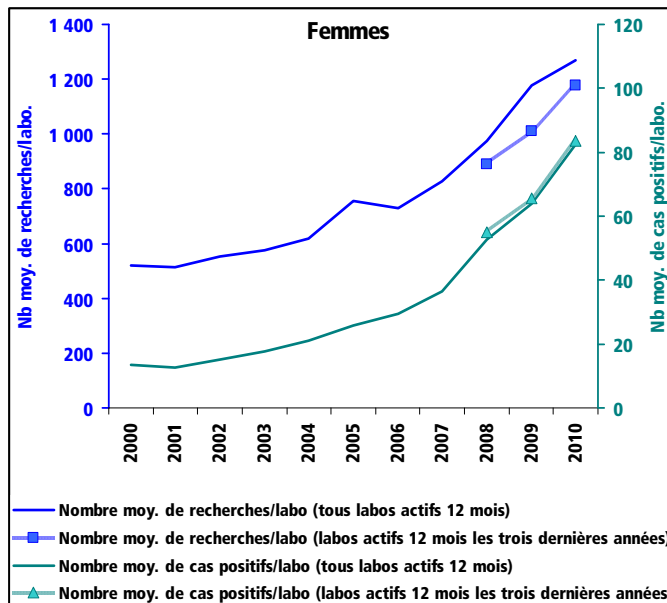


Figure C4

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

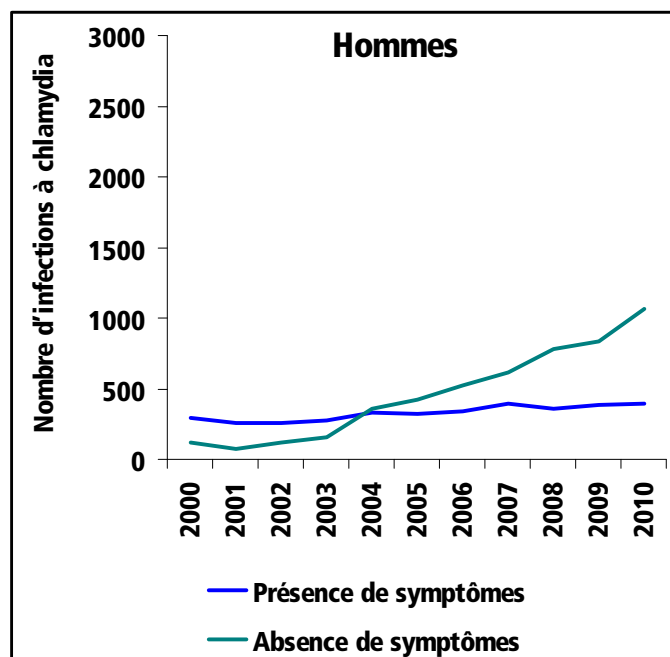


Figure C5

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

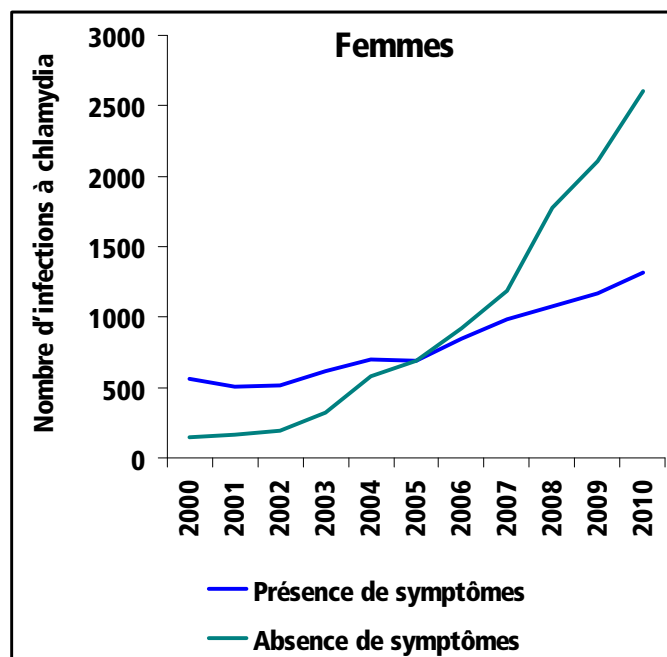


Figure C6

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

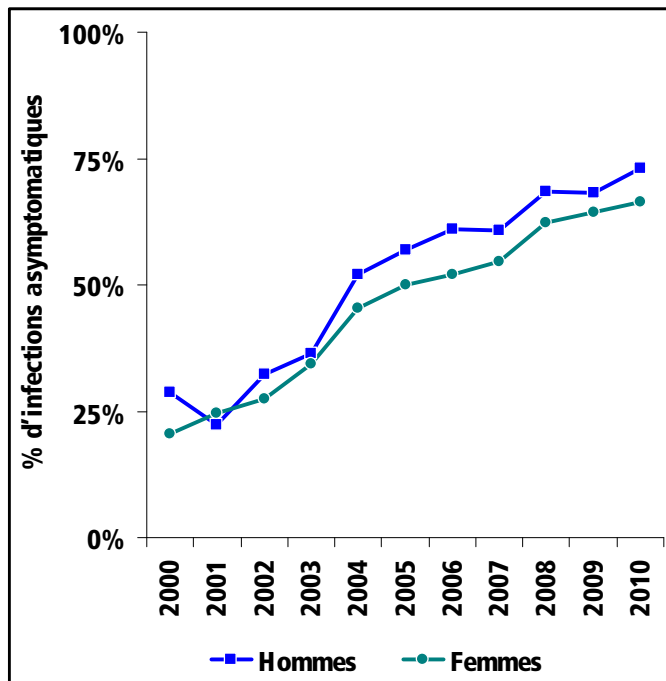


Figure C7

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

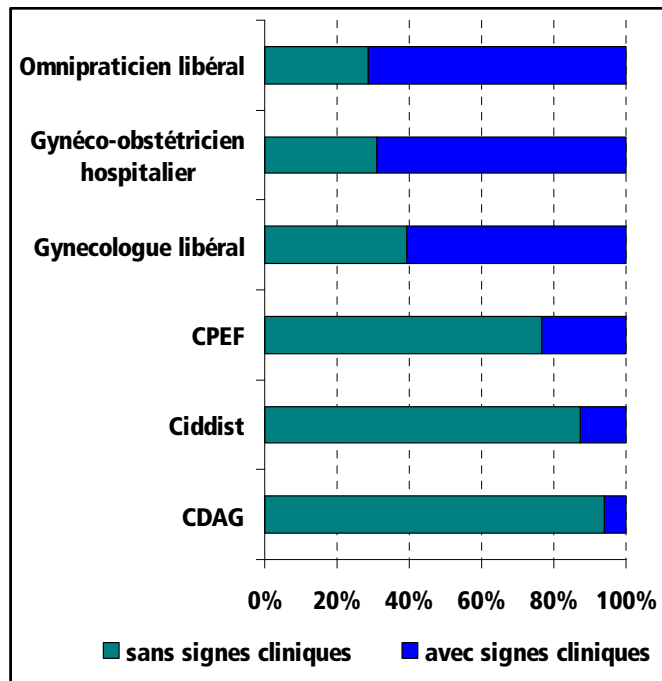


Figure C8

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

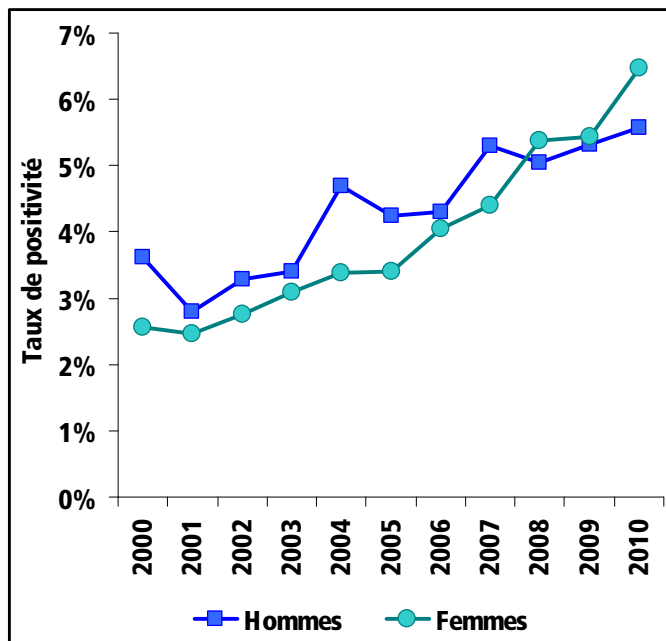
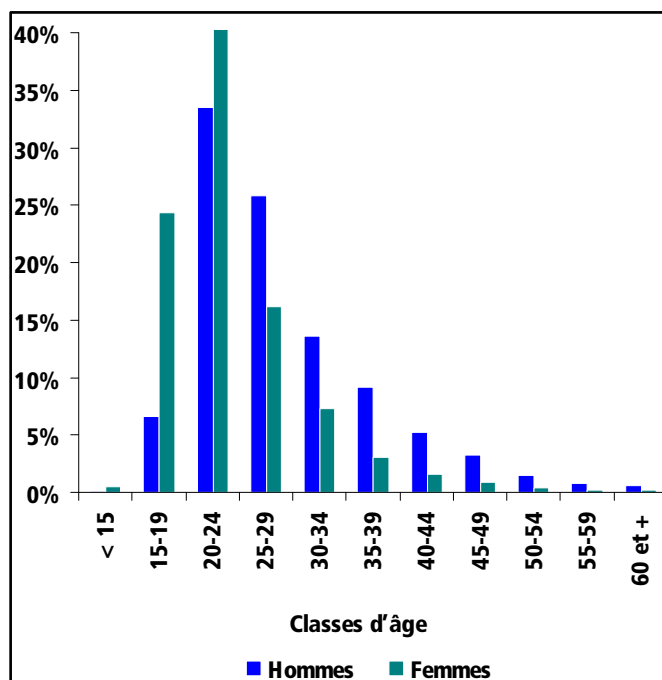


Figure C9

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



Lymphogranulomatoses vénériennes rectales

Points clés

- 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.

Figure L1

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)

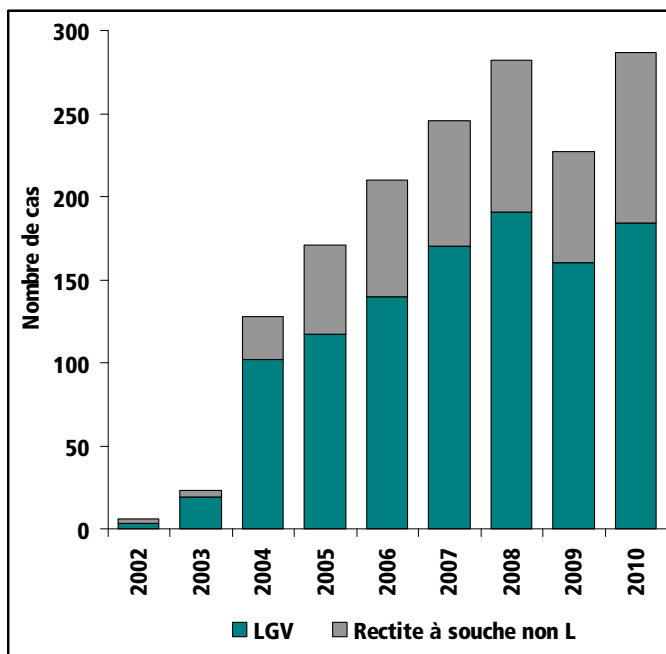


Figure L2

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)

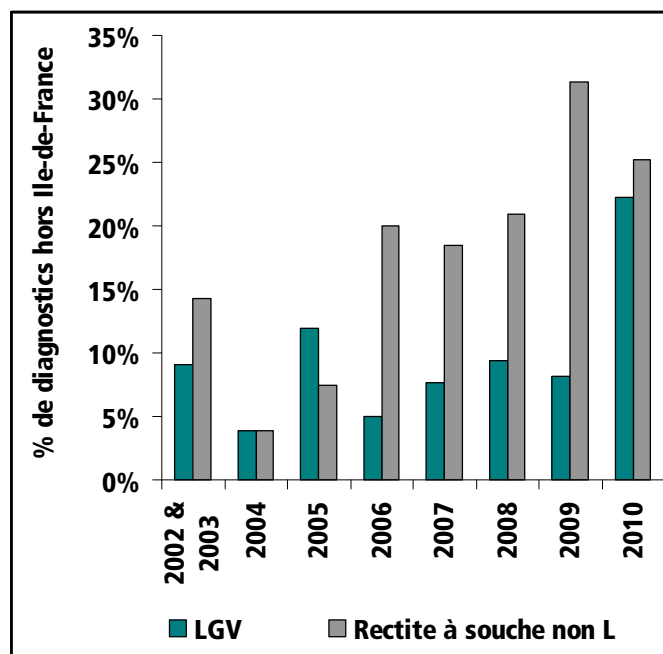


Figure L3

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

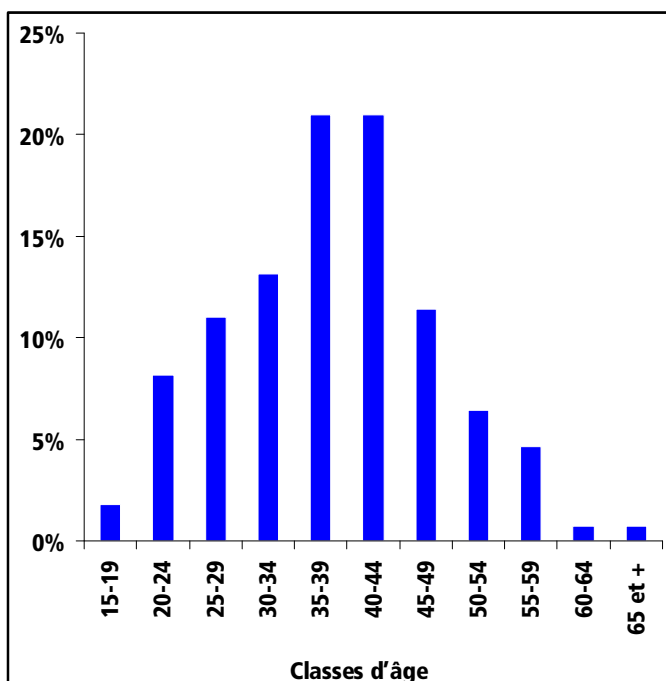
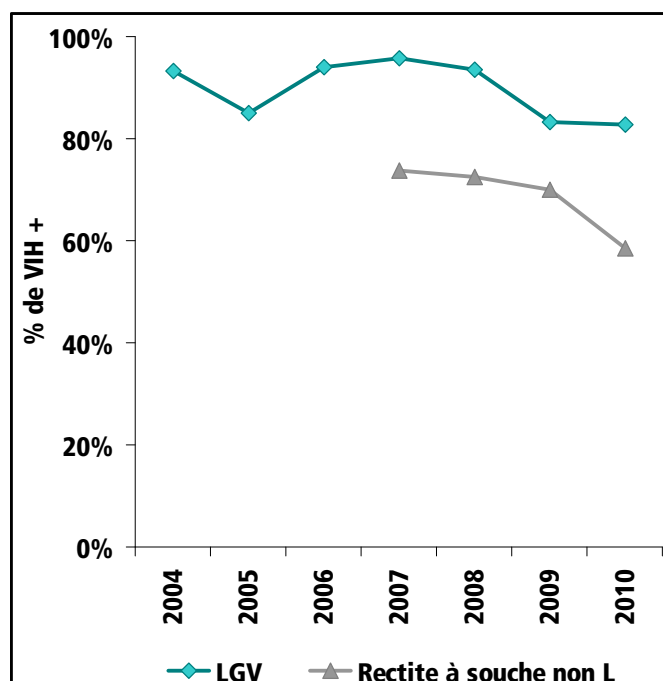


Figure L4

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



Vos contacts (suite)

Centres nationaux de référence (CNR)

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

CNR Gonocoques

Docteur Patrice SEDNAOUI
Institut Alfred Fournier
25 bd Saint Jacques - 75014 PARIS
Tél. : 01 40 78 26 70 – Fax : 01 40 78 26 27
Email : 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 av. de Verdun - 93140 BONDY
Tél. : 01 48 48 44 74 ou 01 48 48 16 34
Email : 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
Email : philippe.grange@cch.aphp.fr
Email : nicolas.dupin@cch.aphp.fr
Site Internet : <http://www.cnr-syphilis.fr/index.php>

CNR Chlamydiae

Docteur Bertille DE BARBEYRAC
Université Victor Segalen Bordeaux 2
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
Email : 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
Email : 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
Email : isabelle.heard@pasteur.fr
Site Internet :
<http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/sante/info-hpv>

Directeur de la publication :

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

Diffusion

InVS
12, rue du Val d'Osne
94440 Saint-Maurice Cedex
Tél. : +33 1 41 79 68 34
Fax : +33 1 41 79 69 65
<http://www.invs.sante.fr>

Publication : décembre 2011