

Bulletins des réseaux de surveillance

Données au 31 décembre 2012



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. En 2012, les principaux constats sont les suivants :

- > le nombre de syphilis récentes est en augmentation sur les quatre dernières années. Cette augmentation est constatée en Ile-de-France et dans le reste de la métropole, chez les hommes homo-bisexuels (qui représentent 87 % des cas) consultant dans les structures spécialisées (Ciddist, CDAG) ;
- > le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter depuis une dizaine d'années chez l'homme et la femme, quelle que soit la région et quelle que soit l'orientation sexuelle. Une partie de cette augmentation est liée à la montée en charge de la PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné *Chlamydia* / gonocoque, notamment chez la femme ;
- > la proportion de souches de gonocoque résistantes au céfixime a augmenté en 2012 (3,0 %). En revanche, aucun cas de résistance à la ceftriaxone, traitement de 1^{ère} intention, n'a été détecté depuis 2010. La culture avant antibiothérapie reste indispensable pour tester la sensibilité des souches aux antibiotiques, de même que le maintien d'une étroite surveillance de la sensibilité aux céphalosporines ;
- > le nombre d'infections urogénitales à *Chlamydia* continue d'augmenter depuis 2006 chez l'homme comme chez la femme. Cette augmentation reflète d'une part une hausse de l'incidence et d'autre part un accroissement des pratiques de dépistage, notamment dans les CDAG, qui se traduit par une augmentation plus marquée des infections asymptomatiques que des infections symptomatiques ;
- > le nombre de LGV rectales est relativement stable depuis 2008 tandis que le nombre de rectites à *Chlamydia* non L est en augmentation. La quasi-totalité des cas concerne des hommes homo-bisexuels.
- > chez les patients qui présentent une rectite à *Chlamydia* (LGV ou non L), une syphilis ou une gonococcie le niveau de co-infections par le VIH reste élevé ;
- > chez les patients présentant une syphilis ou une gonococcie, l'utilisation des préservatifs reste insuffisante, en particulier lors des fellations qui sont un mode de contamination très efficace de ces IST.

Syphilis récentes

- > Les cas de syphilis récente (datant de moins d'un an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) sont surveillés à travers le réseau RésIST des cliniciens.
 - Le nombre de sites participants a diminué en 2012 (91 sites contre 108 sites en 2011, figure S1).
 - Plus de deux tiers des patients consultent 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).

- > Au cours des quatre dernières années, le nombre de cas rapportés de syphilis récente augmente chez les hommes tandis que chez les femmes, ce nombre est relativement stable (figure S1).
 - Une augmentation du nombre de cas est constatée en Ile-de-France et dans les autres régions métropolitaines (figure S3). Depuis 2010, le nombre de cas franciliens représente environ un quart des cas rapportés (tableau S1). Le nombre de sites participant au réseau dans les DOM reste limité en 2012.
 - Dans les seuls sites à participation constante sur les trois dernières années, le nombre de cas rapportés augmente en Ile-de-France comme dans le reste de la métropole (figure S3).

- > Les courbes de vente de benzathine benzylpénicilline (Extencilline®), traitement de référence de la syphilis et indicateur indirect, montrent une légère augmentation ces quatre dernières années en Ile-de-France et une relative stabilité dans les autres régions métropolitaines (figure S4).

- > Les femmes ayant une syphilis récente (qui ne représentent que 4 % des cas rapportés en 2012) sont plus jeunes que les hommes : âge médian respectivement de 28 ans contre 36 ans en 2012.

- > L'orientation sexuelle est définie par le sexe des partenaires. Les hommes homo-bisexuels représentent plus de 80 % de l'ensemble des cas rapportés par le réseau RésIST (tableau S1). Cette proportion augmente en 2012 (87 %). L'augmentation du nombre de cas de syphilis récente n'est observée que chez les hommes homo-bisexuels, que ce soit dans les sites pris dans leur globalité ou dans les sites à participation constante au cours des trois dernières années (figure S5).

- > Les motifs de consultation sont assez stables. En 2012, l'existence de signes cliniques d'IST motive 51 % des consultations et le dépistage systématique concerne 20 % des cas. Il s'agit moins fréquemment de l'existence d'une IST chez un partenaire (14 %) ou du suivi des personnes infectées par le VIH (12 %).

- > Les co-infections syphilis récente et VIH représentent un tiers des cas rapportés en 2012 : 32 % de sérologies VIH + connues et 2 % de découvertes à l'occasion de la syphilis. Cette proportion de co-infections par le VIH est relativement stable depuis 2003 (figure S6). Elle reste très différente selon l'orientation sexuelle : en 2012, ces co-infections concernent 38 % des hommes homo-bisexuels, 13 % des hommes hétérosexuels et 7 % des femmes mais les petits effectifs dans ces deux dernières catégories expliquent d'importantes variations annuelles. En 2012, parmi les patients VIH+ connus, 79 % 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 régulière (« toujours » ou « souvent ») au cours des 12 derniers mois du préservatif lors des fellations est rare (6 % en 2012) quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la fellation est un mode de contamination très efficace de la syphilis.

Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Figure S1

Évolution des nombres de cas de syphilis récente et de sites participants selon le sexe, réseau RésIST, France, 2000-2012

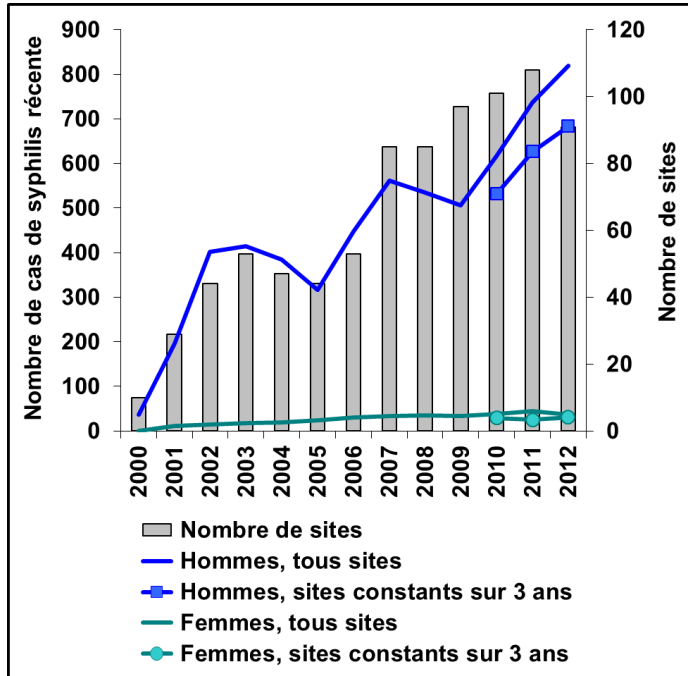


Figure S2

Évolution des lieux de consultation des patients avec syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2012

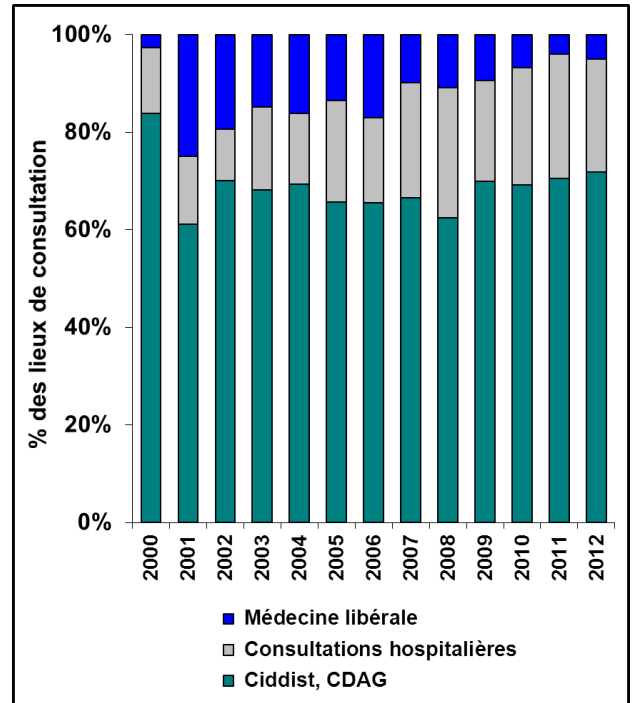


Figure S3

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon la région, réseau RésIST, France, 2000-2012

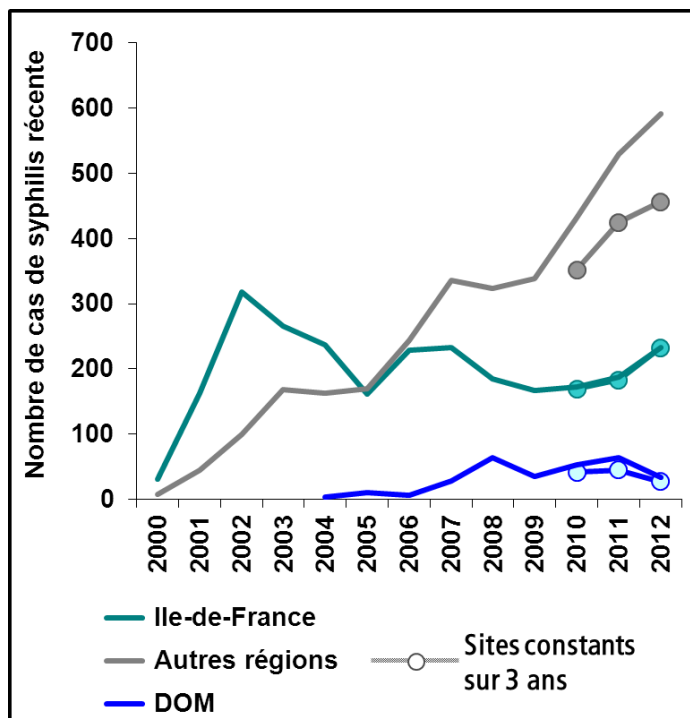


Figure S4

Évolution des ventes d'Extencilline® 2,4 M UI selon la région, France métropolitaine, 2001-2012 (Source : GERS)

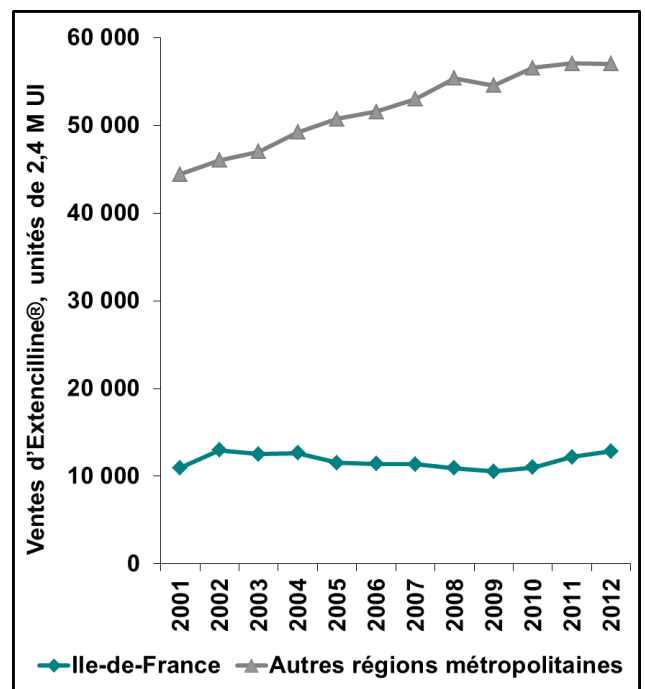


Figure S5

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2012

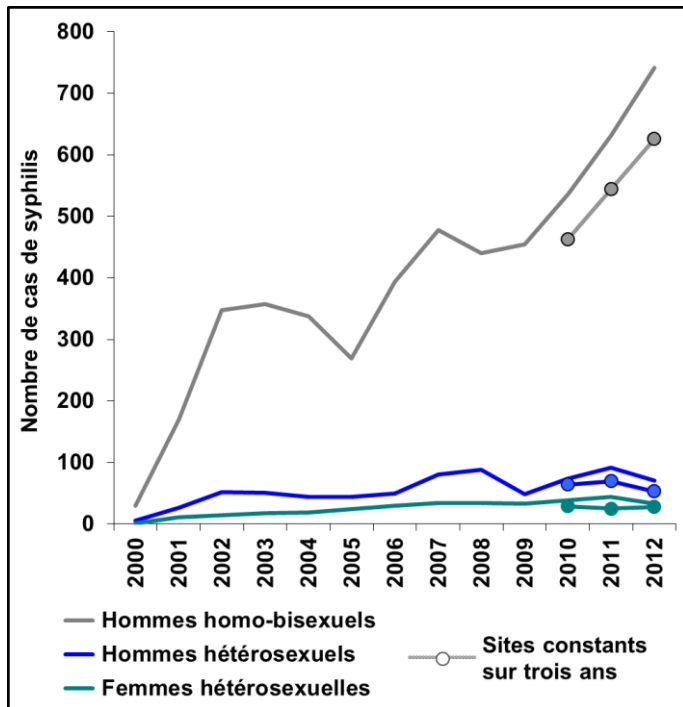
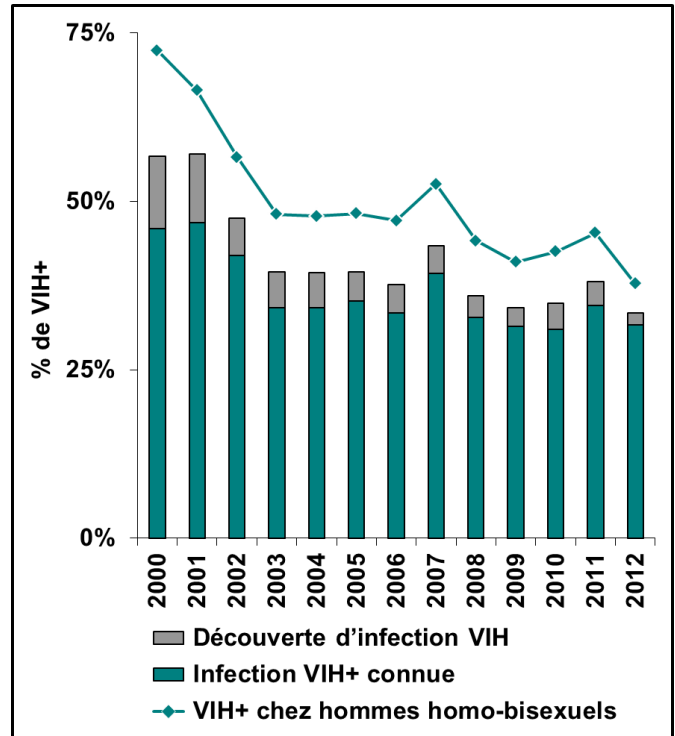


Figure S6

Fréquence des co-infections VIH et syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2012



Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Tableau S1

Évolution des caractéristiques des patients ayant une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2012

	2000-2009 N=4 023	2010 N=657	2011 N=782	2012 N=857
Région (%)				
Ile-de-France	49,4	26,2	24,0	27,1
Autres régions métropolitaines	47,0	65,7	67,8	69,1
DOM	3,6	8,1	8,2	3,8
Stade de la syphilis (%)				
Primaire	24,0	21,5	22,4	21,7
Secondaire	40,7	40,6	39,1	39,7
Latente précoce	35,3	37,9	38,5	38,6
Orientation sexuelle (%)				
Hommes homo-bisexuels	82,2	82,6	82,4	87,4
Hommes hétérosexuels	12,3	11,4	11,9	8,4
Femmes bisexuelles	0,1	0,0	0,0	0,3
Femmes hétérosexuelles	5,4	6,0	5,7	3,9
Pays de naissance (%)				
France	81,9	86,0	85,8	85,8
Autres pays européens	5,3	4,6	3,8	5,2
Pays des autres continents	12,8	9,4	10,4	9,0
Statut sérologique VIH (%)				
Positif connu	36,0	31,1	34,5	31,6
Découverte de séropositivité	4,6	3,8	3,6	1,9
Négatif	53,4	58,3	56,4	63,2
Statut inconnu	6,0	6,8	5,5	3,3
Age médian (ans)				
Hommes homo-bisexuels	36	37	36	36
Hommes hétérosexuels	39	36,5	39	35
Femmes hétérosexuelles	31	26	29,5	28

Tableau S2

Évolution des comportements sexuels^a au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une syphilis, réseau RésIST, France, 2000-2012

	2000-2009	2010	2011	2012
Utilisation systématique du préservatif (%)				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	48	37	36	38
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	46	36	38	46
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	16	22	23	11
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	9	4	3	8
Utilisation régulière^b du préservatif (%)				
Fellation	8	7	7	6
Nombre médian de partenaires				
Homosexuels masculins	10	6	6	6
Hommes bisexuels	6	6	6	6
Hommes hétérosexuels	2	2	2	2
Femmes hétérosexuelles	1	1	1,5	1

^a Les informations sur les comportements ne sont disponibles que pour environ deux tiers des patients.

^b Utilisation du préservatif « souvent » ou « toujours ».

Gonococcies

- > Les gonococcies sont surveillées à travers deux réseaux :
 - le réseau de laboratoires RénaGo, dont les patients consultent majoritairement en médecine de ville (figure G2). Ce réseau permet une surveillance de la sensibilité des souches aux antibiotiques ;
 - le réseau des cliniciens RéSISt, dont les patients consultent quasi exclusivement dans des structures spécialisées (figure G4) : Ciddist et CDAG.
- > Le nombre d'infections à gonocoque continue d'augmenter en 2012 au sein des deux réseaux (figures G1 et G3), chez l'homme comme chez la femme. Ces augmentations sont retrouvées dans les sites à participation constante les trois dernières années. Elles concernent à la fois l'Île-de-France et les autres régions métropolitaines (figures G5 et G6).
- > L'augmentation des gonococcies rapportées par les deux réseaux s'explique en partie par une montée en charge progressive de la PCR depuis 2009 lors du dépistage combiné *Chlamydia* / gonocoque, notamment chez la femme (figures G7 et G8).
- > On observe à la fois une augmentation des infections gonococciques symptomatiques et asymptomatiques à travers les deux réseaux (figures G9 et G10). Chez l'homme, les infections symptomatiques restent très largement majoritaires tandis que chez la femme, les infections symptomatiques et asymptomatiques sont à des niveaux plus proches.
- > En 2012, les femmes ayant une gonococcie restent plus jeunes que les hommes : âge médian de 21 ans contre 26 ans pour les patients du réseau RénaGo, et 22 ans contre 27 ans pour les patients du réseau RéSISt. Les hommes homo-bisexuels sont plus âgés que les autres patients (tableau G1).
- > L'augmentation des gonococcies est observée notamment chez les hommes homo-bisexuels et chez les femmes hétérosexuelles (figure G11). Les hommes homo-bisexuels représentent 50 % des cas rapportés au réseau RéSISt en 2012 (tableau G1).
- > Les co-infections gonocoque et VIH représentent 7 % des cas en 2012, proportion assez stable depuis 2009 (réseau RéSISt, figure G12 et tableau G1). En 2012, ces co-infections n'ont été rapportées que chez des hommes homo-bisexuels (proportion de co-infections : 14 %).
- > Concernant les comportements sexuels, le nombre de partenaires sexuels est assez stable. L'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales chez les hommes homo-bisexuels est en diminution sur les trois dernières années (tableau G2). L'utilisation régulière du préservatif lors des fellations est rare (<5 %) quelle que soit l'orientation sexuelle, alors que la fellation est un mode de contamination très efficace de la gonococcie.
- > La culture avant antibiothérapie est indispensable pour tester la sensibilité des souches de gonocoque aux antibiotiques.
 - Les proportions de souches résistantes à la pénicilline G, à la tétracycline et à la ciprofloxacine restent élevées (figure G13). Ces trois familles d'antibiotique ont un niveau de résistance qui ne permet pas de les utiliser en pratique courante pour le traitement des gonococcies.
 - La baisse de sensibilité des souches aux céphalosporines de 3^{ème} génération (C3G) reste modérée (figure G14) mais justifie le maintien d'une étroite surveillance. En effet, la proportion de souches résistantes au céfixime, C3G orale, qui était de 0,7 % en 2011 a augmenté à 3,0 % en 2012. En outre, les valeurs hautes des concentrations minimales inhibitrices (CMI) du céfixime ont augmenté régulièrement entre 2008 et 2012. Concernant la ceftriaxone, C3G injectable qui est le traitement de 1^{ère} intention des gonococcies non compliquées, la tendance à la hausse des CMI constatée entre 2008 et 2010 ne s'est pas poursuivie en 2011-2012 et aucun cas de résistance à la ceftriaxone n'a été détecté en 2011 et 2012 au sein du réseau RénaGo.

Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Figure G1

Évolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2000-2012

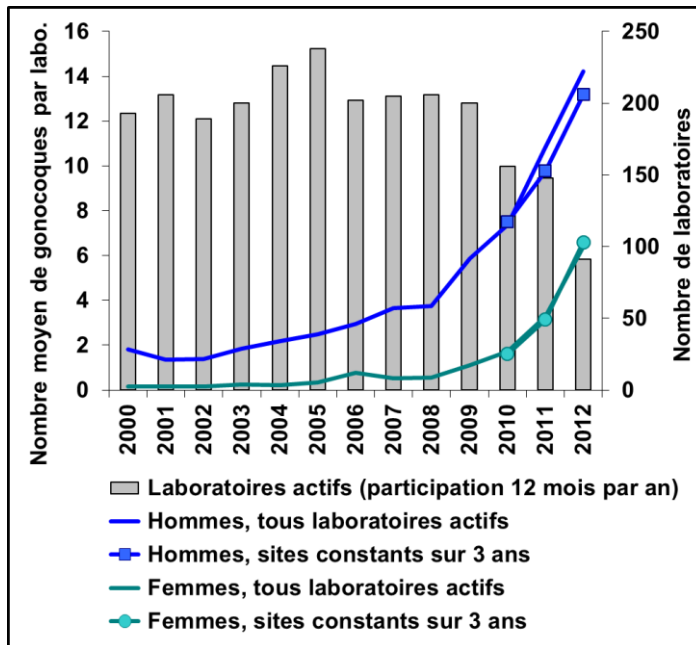


Figure G2

Évolution des lieux de consultation des patients avec gonococcie, réseau Rénago, France, 2003-2012

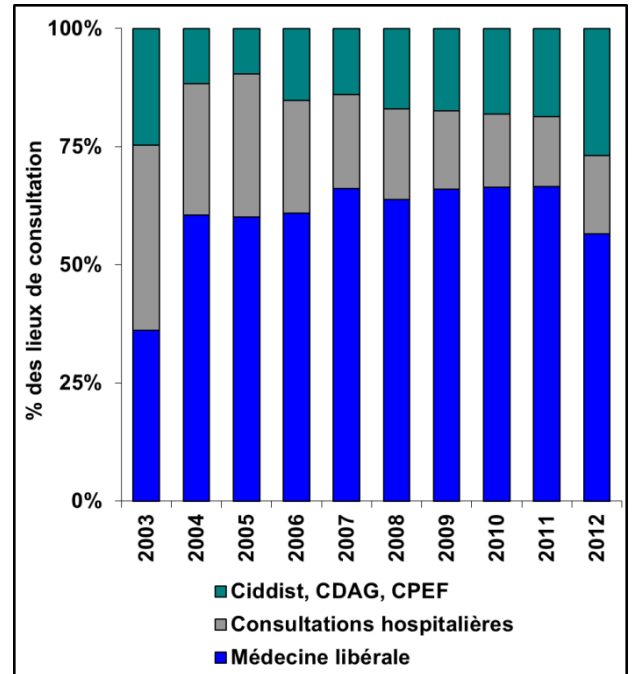


Figure G3

Évolution des nombres de cas de gonococcie et de sites participants selon le sexe, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2012

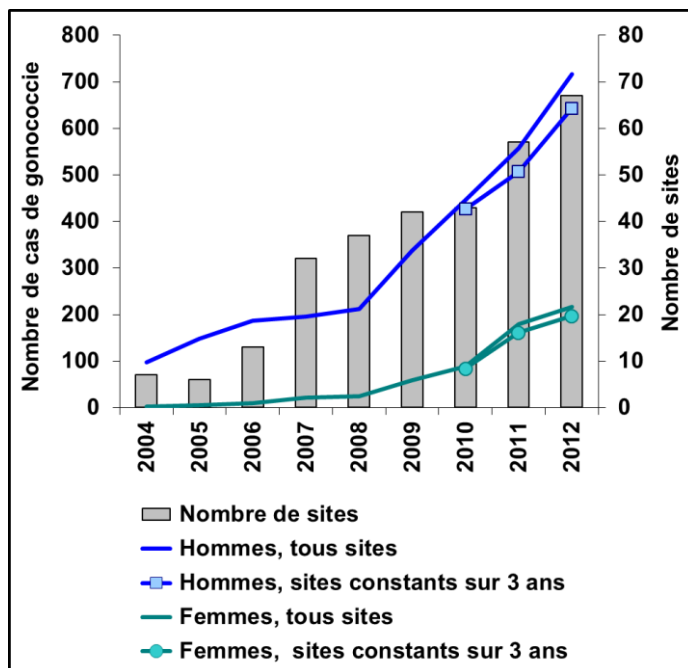
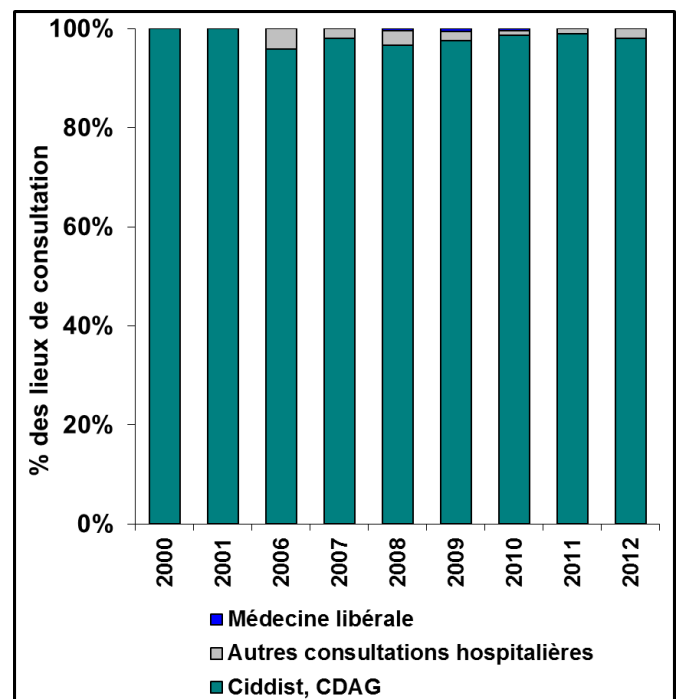


Figure G4

Évolution des lieux de consultation des patients avec gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2012



Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Figure G5

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon la région, réseau des laboratoires RénaGo, France, 2001-2012

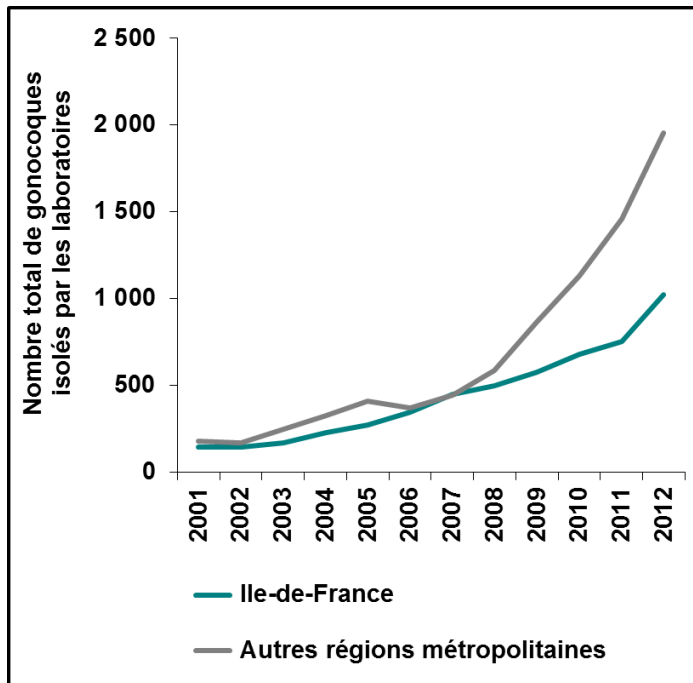


Figure G6

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon la région, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2012

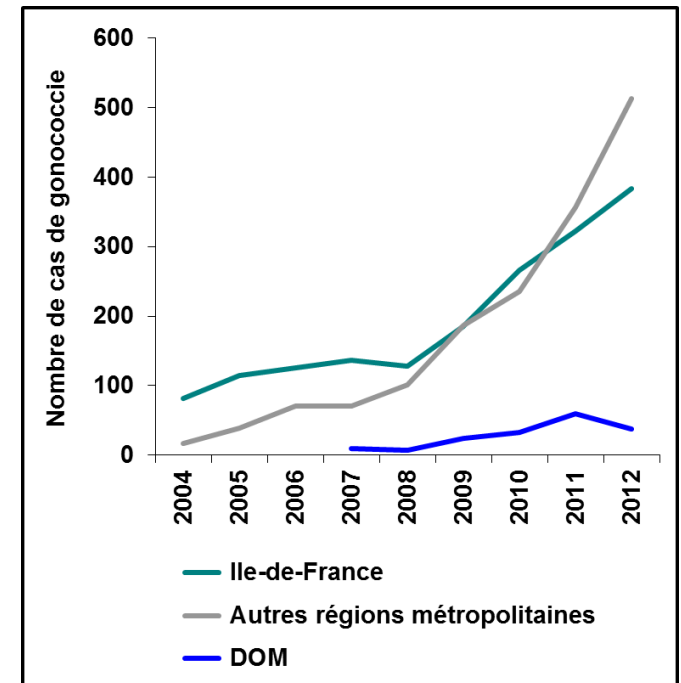


Figure G7

Évolution du nombre de cas de gonococcie par culture ou par culture + PCR selon le sexe, réseau des laboratoires RénaGo, France, 2001-2012

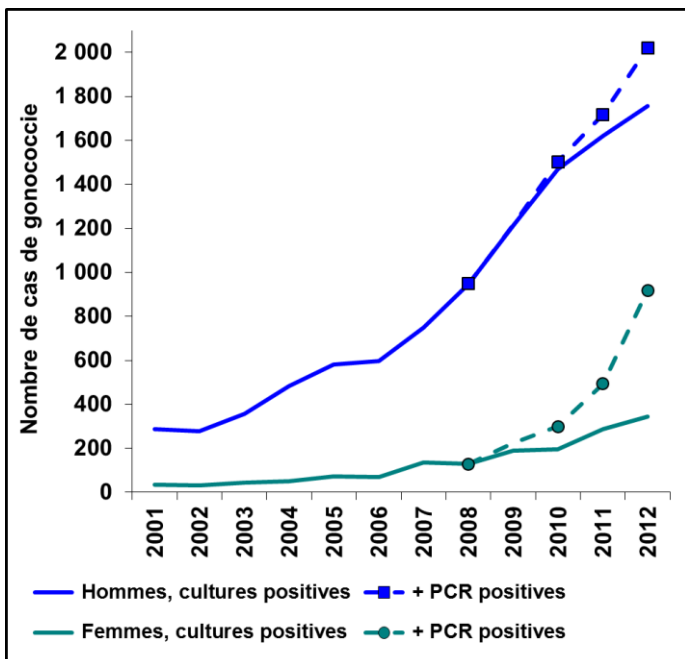
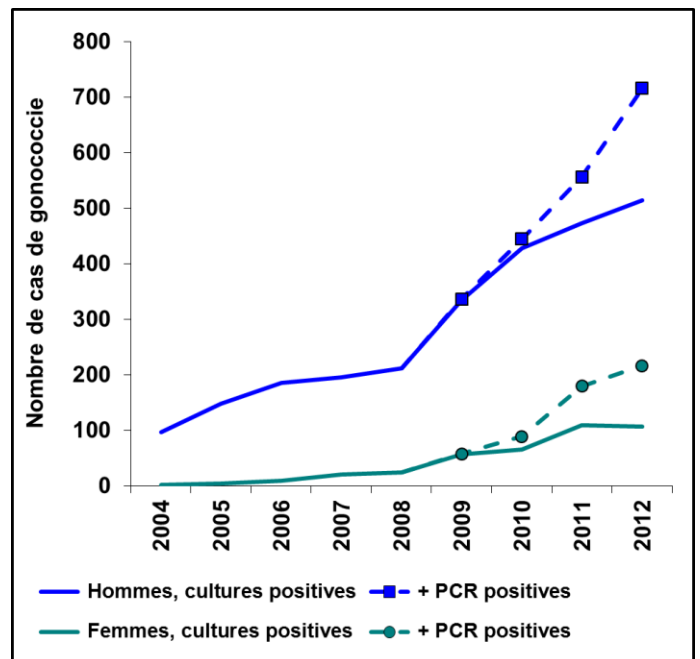


Figure G8

Évolution du nombre de cas de gonococcie par culture et par culture + PCR selon le sexe, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2012



Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Figure G9

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon la présence de symptômes et selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2000-2012

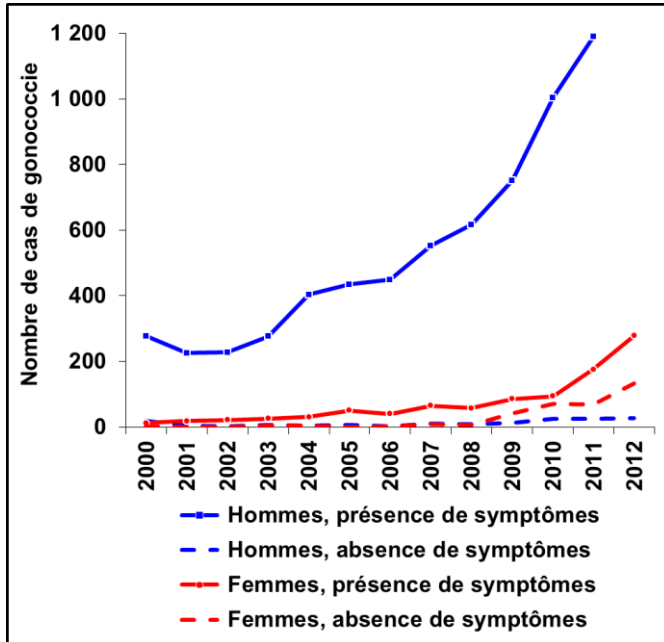


Figure G10

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon la présence de symptômes et selon le sexe, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2012

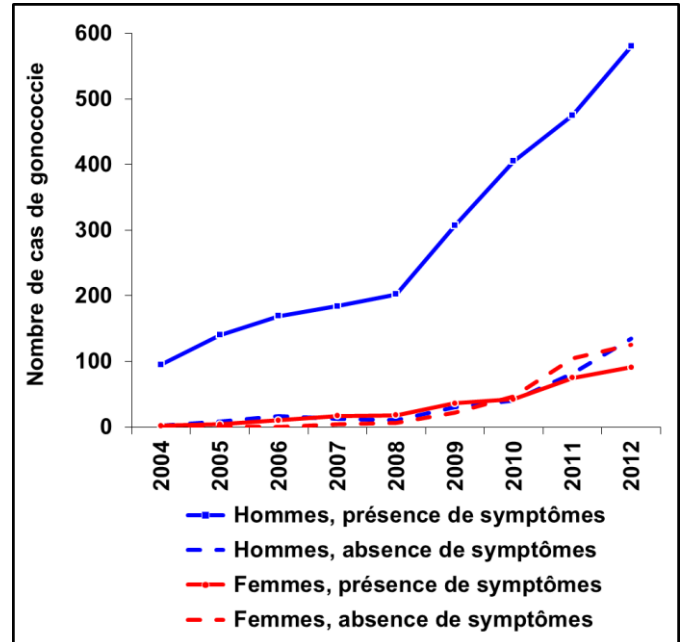


Figure G11

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2004-2012

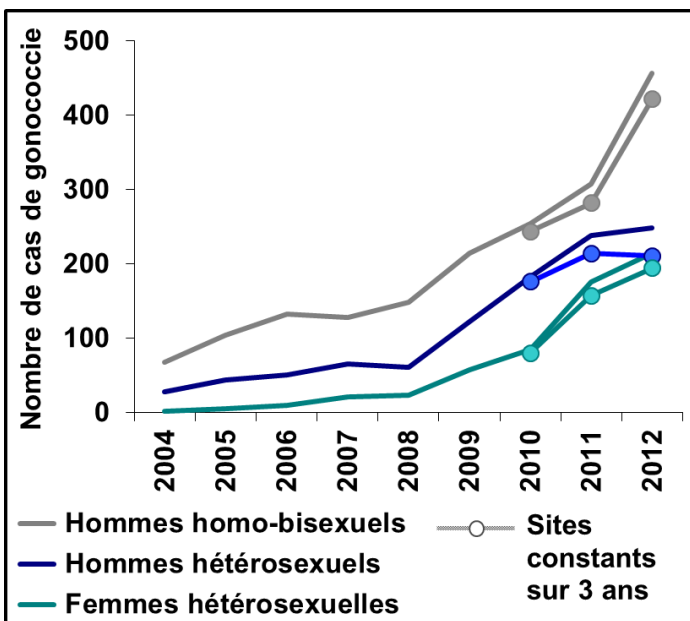


Figure G12

Fréquence de l'infection VIH en cas de gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2012

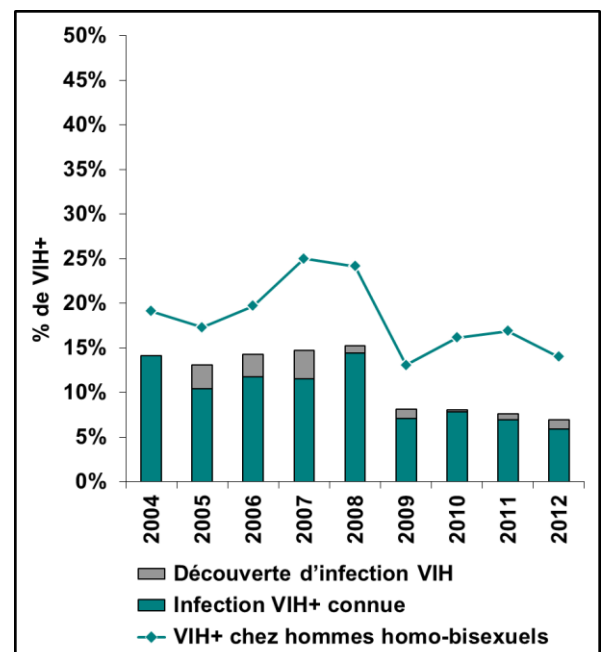


Figure G13

Evolution de la résistance des souches de gonocoque à la tétracycline, la ciprofloxacine et la pénicilline, Réseau-CNR des gonocoques, 2001-2012

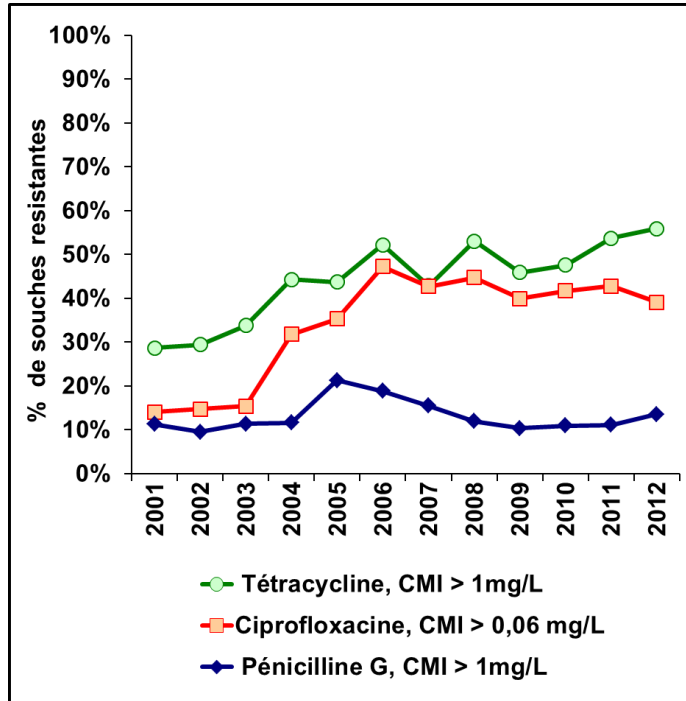
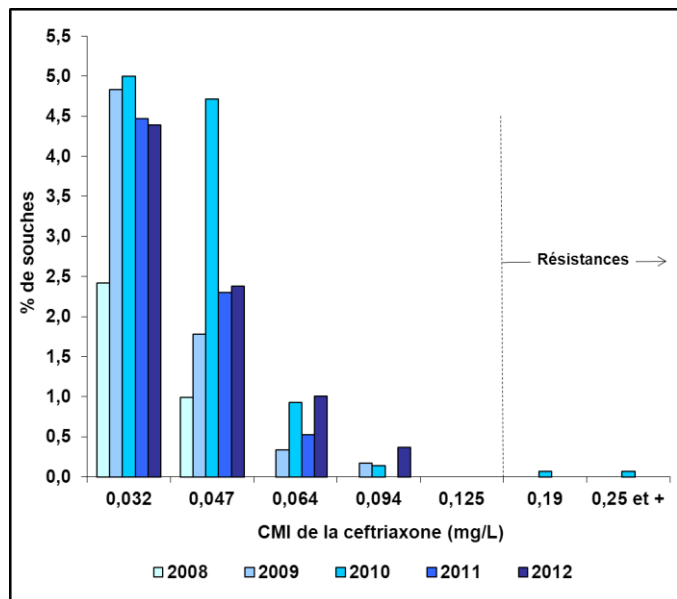
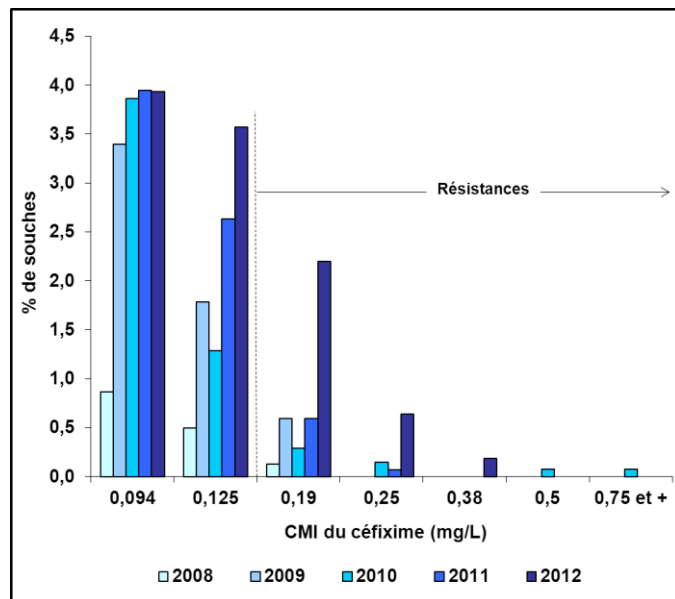


Figure G14

Evolution de la distribution des valeurs hautes des concentrations minimales inhibitrices (CMI) du céfixime (à gauche) et de la ceftriaxone (à droite), réseau Réseau-CNR des gonocoques, 2008-2012



Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Tableau G1

Évolution des caractéristiques des patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2012

	2004-2009 N= 1296	2010 N= 534	2011 N= 737	2012 N= 933
Région (%)				
Ile-de-France	59,6	49,8	43,7	41,0
Autres régions métropolitaines	37,4	44,0	48,3	55,0
DOM	3,1	6,2	8,0	4,0
Type de pratiques sexuelles (%)				
Hommes homo-bisexuels	61,8	48,3	42,4	49,5
Hommes hétérosexuels	28,9	34,8	32,8	27,0
Femmes bisexuelles	0,1	0,8	0,5	0,3
Femmes hétérosexuelles	9,2	16,1	24,3	23,2
Pays de naissance (%)				
France	72,5	77,2	76,7	78,1
Autres pays d'Europe	6,1	5,6	5,4	4,0
Pays des autres continents	21,4	17,2	17,9	17,9
Statut sérologique VIH (%)				
Positif connu	10,8	7,9	6,9	5,9
Découverte de séropositivité	1,7	0,2	0,7	1,1
Négatif	74,5	78,8	83,2	84,1
Statut inconnu	13,0	13,1	9,2	8,9
Age médian (ans)				
Hommes homo-bisexuels	31	30	29	29
Hommes hétérosexuels	27	26	24	25
Femmes hétérosexuelles	22	23	21	22

Tableau G2

Évolution des comportements sexuels^a au cours des 12 derniers mois chez les patients ayant une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2012

	2004-2009	2010	2011	2012
Utilisation systématique du préservatif (%)				
Pénétration anale (hommes homo-bisexuels)	41	43	35	27
Pénétration vaginale (hommes bisexuels)	50	50	30	42
Pénétration vaginale (hommes hétérosexuels)	16	15	11	9
Pénétration vaginale (femmes hétérosexuelles)	5	10	4	5
Utilisation régulière^b du préservatif (%)				
Fellation	4	4	4	3
Nombre médian de partenaires				
Homosexuels masculins	10	10	10	10
Hommes bisexuels	7	9	12	7
Hommes hétérosexuels	3	4	3	3
Femmes hétérosexuelles	2	2	2	2

^a Les informations sur les comportements ne sont disponibles que pour environ deux tiers des patients.

^b Utilisation du préservatif « souvent » ou « toujours ».

Infections uro-génitales à *Chlamydia*

- > La surveillance des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* est réalisée par l'intermédiaire du réseau de laboratoires Rénachla. Alors que le nombre de laboratoires participant au réseau diminue, le nombre moyen de recherches et d'infections uro-génitales à *Chlamydia* par laboratoire continue d'augmenter en 2012, chez l'homme comme chez la femme (figure C1).
- > Les patients du réseau Rénachla consultent majoritairement des structures spécialisées : CDAG, Ciddist ou centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), respectivement dans 31 %, 12 % et 14 % des cas en 2012 (figure C2). Les autres patients de ce réseau consultent des gynécologues (hospitaliers : 11 %, libéraux : 9 %), des généralistes (13 %) ou d'autres médecins (10 %).
- > L'augmentation des infections à *Chlamydia* est plus marquée chez les sujets asymptomatiques que chez les sujets symptomatiques pour les deux sexes (figure C3).
 - En 2012, la proportion de sujets asymptomatiques représente 60 % des cas rapportés alors que cette proportion représentait 23 % des cas au début de la décennie 2000 (figure C4). Cette évolution s'explique par une augmentation des pratiques de dépistage.
 - La mise en place depuis 2008 d'un dépistage systématique des infections à *Chlamydia* chez les jeunes femmes de moins de 25 ans consultant dans les CDAG parisiennes explique en grande partie la proportion très différente de sujets asymptomatiques à Paris et dans le reste de la métropole (figure C5). Ceci souligne l'importance de prendre en compte les pratiques locales de dépistage lors de l'interprétation des résultats.
 - Les structures qui pratiquent principalement le dépistage sont les CDAG, les Ciddist et les CPEF : 82 % des personnes infectées y sont asymptomatiques en 2012. 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 64 % des cas (figure C6).
- > En 2012, le taux de positivité (nombre de cas positifs/nombre de recherches) est d'environ 7 % chez les hommes et les femmes (figure C7), ce qui est supérieur à la prévalence dans la population générale, estimée entre 1 et 3 % par l'enquête Natchla (réalisée en 2006). Cela témoigne d'un dépistage ciblé sur des personnes plus à risque.
- > En 2012, les femmes ayant une infection uro-génitale à *Chlamydia* restent plus jeunes que les hommes : âge médian de 22 ans contre 25 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 C8).

Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Figure C1

Évolution du nombre moyen d'infections à *Chlamydia* diagnostiquées par laboratoire actif selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012

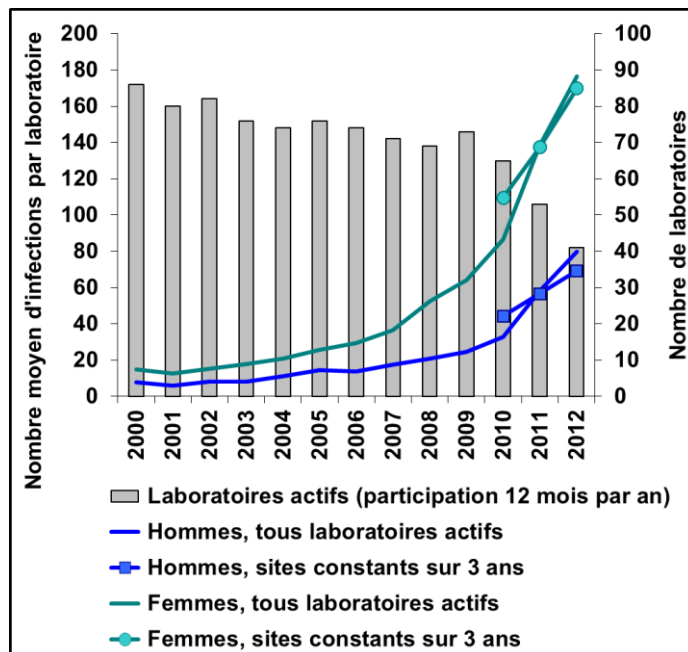


Figure C2

Évolution des lieux de consultation des patients avec infection à *Chlamydia*, réseau Rénachla, France, 2004-2012

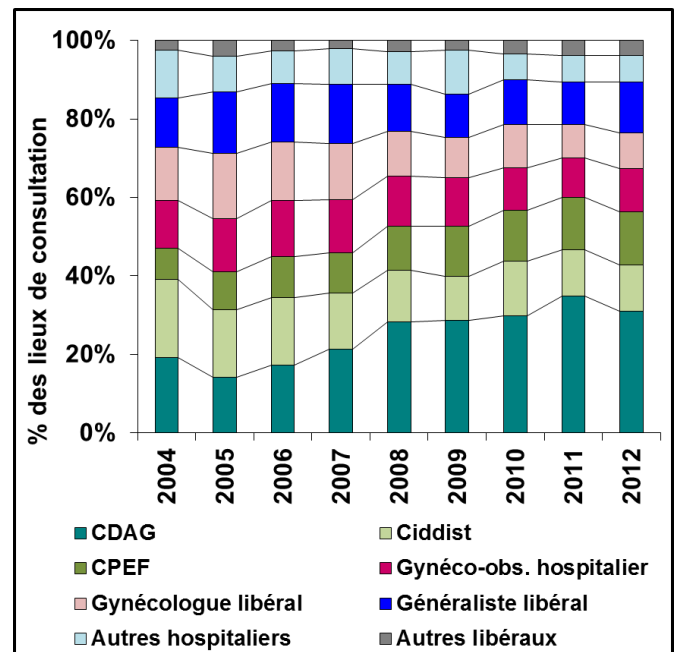


Figure C3

Évolution du nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia* selon la présence ou non de symptômes et selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012

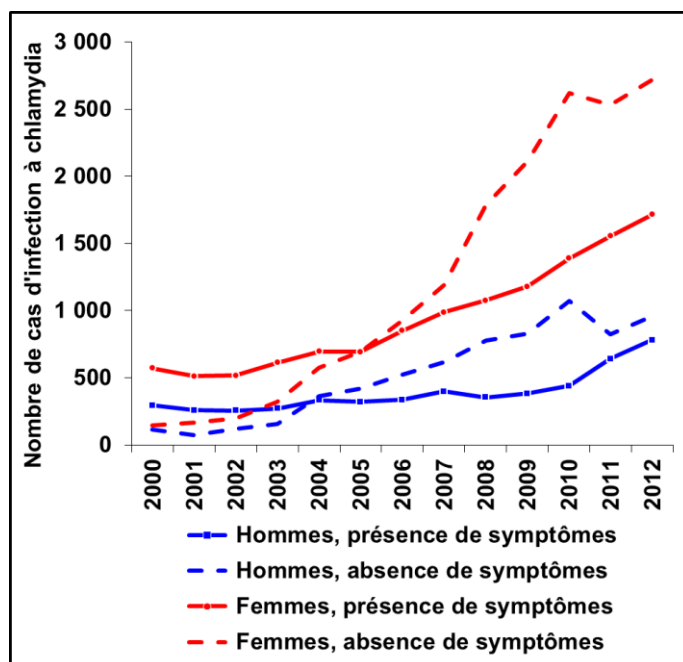
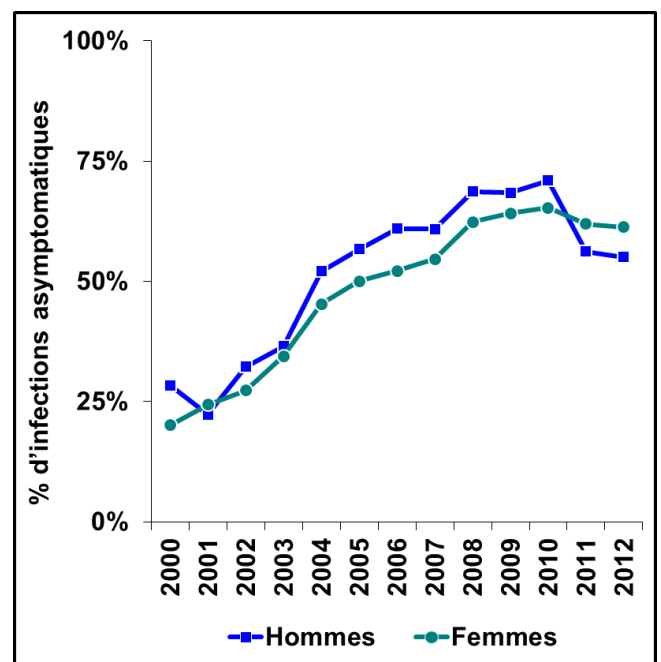


Figure C4

Évolution du pourcentage d'infections uro-génitales à *Chlamydia* asymptomatiques selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012



Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles

Figure C5

Évolution du pourcentage d'infections uro-génitales à *Chlamydia* asymptomatiques à Paris et dans le reste de la métropole, réseau Rénachla, France, 2000-2012

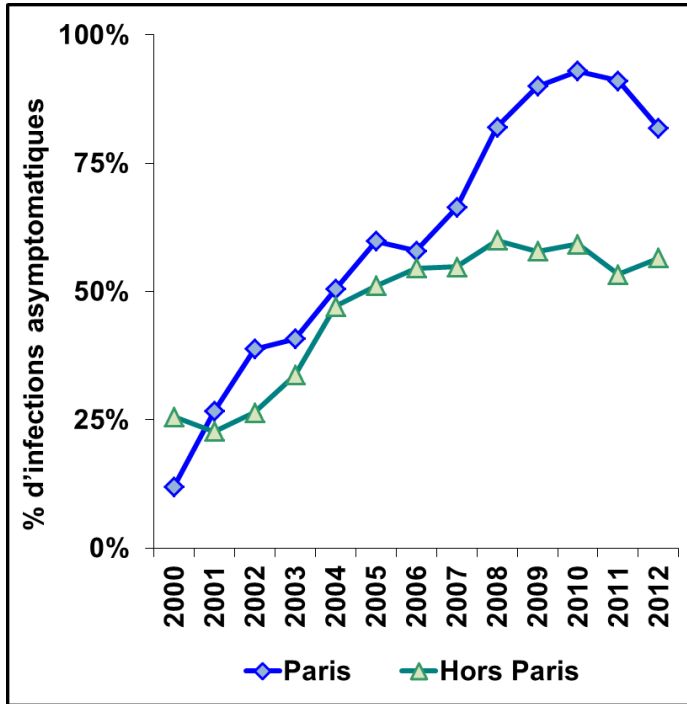


Figure C6

Proportion de patients asymptomatiques infectés par *Chlamydia*, selon le lieu de consultation, réseau Rénachla, 2012

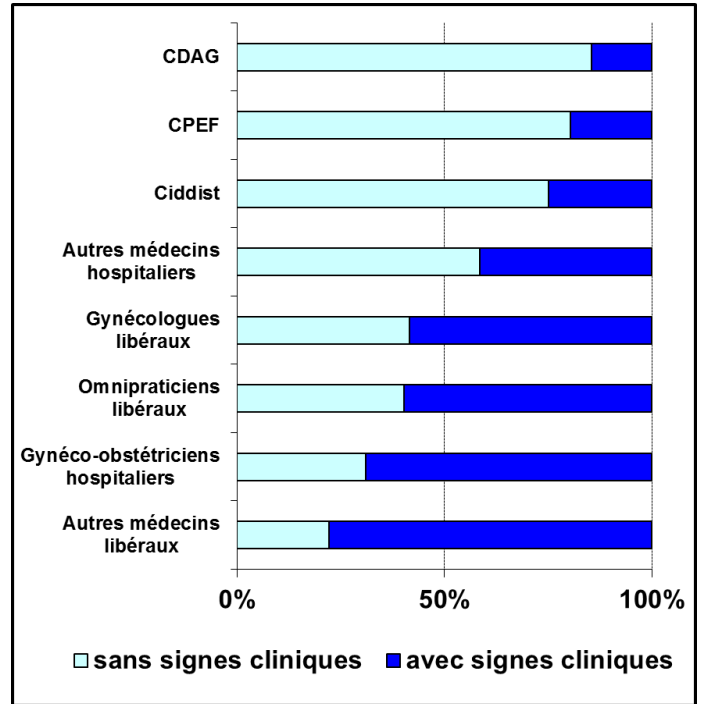


Figure C7

Évolution du taux de positivité (nombre d'infections à *Chlamydia* / nombre de recherches) selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012

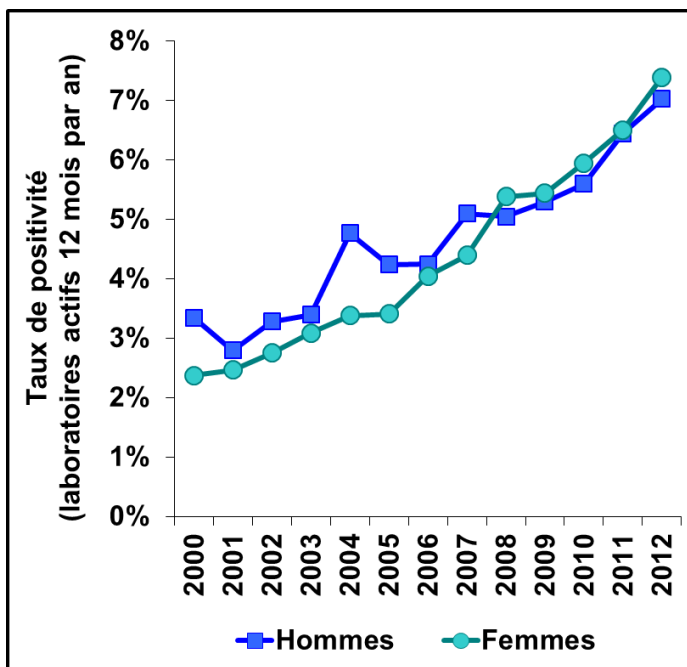
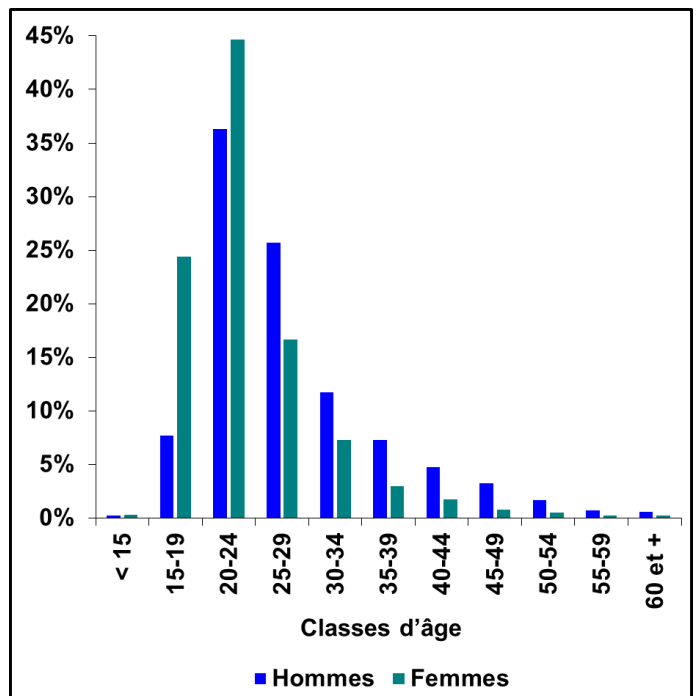


Figure C8

Distribution des infections à *Chlamydia* par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2012



Lymphogranulomatoses vénériennes rectales

- > La surveillance des lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et des infections rectales à *Chlamydia trachomatis* à souches non L est réalisée grâce à un réseau de laboratoires et de cliniciens, coordonné par le CNR des *Chlamydiae* qui effectue le génotypage des souches pour différencier les LGV des autres types de chlamydioses ano-rectales.
- > Malgré des variations, le nombre de LGV rapporté s'avère relativement stable depuis 2008 tandis que le nombre de rectites à *Chlamydia* sérovar non L est en augmentation sur les quatre dernières années (figure L1).
- > Chez les patients pour lesquels l'information sur l'orientation sexuelle est connue en 2012,
 - la très grande majorité sont des hommes homo-bisexuels (99 % pour les LGV et 92 % pour les rectites non L) ;
 - un seul cas de LGV a été diagnostiqué chez un homme hétérosexuel (deux en 2011) et aucun cas chez des femmes. Deux cas de rectite non L ont été diagnostiqués chez des hommes hétérosexuels (un seul en 2011) et neuf cas chez des femmes (six en 2011).
- > La majorité des cas de LGV est diagnostiquée en Ile-de-France. Cependant, la proportion de LGV diagnostiquées dans les autres régions métropolitaines a augmenté : elle est de 28 % en 2012. La proportion de rectites non L diagnostiquées hors Ile-de-France est aussi en augmentation ; elle a dépassé 50 % en 2012 (figure L2).
- > En 2012, l'âge médian des patients est de 37 ans (42 ans en cas de LGV et 30 ans en cas de rectite non L, figure L3).
- > Les co-infections rectite à *Chlamydia* et VIH restent très fréquentes, mais sont en diminution en 2012 (figure L4) :
 - pour la LGV, 69 % de co-infections (89 % en 2011) ;
 - pour la rectite non L, 28 % de co-infections en 2012 (40 % en 2011).

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, 2002-2012

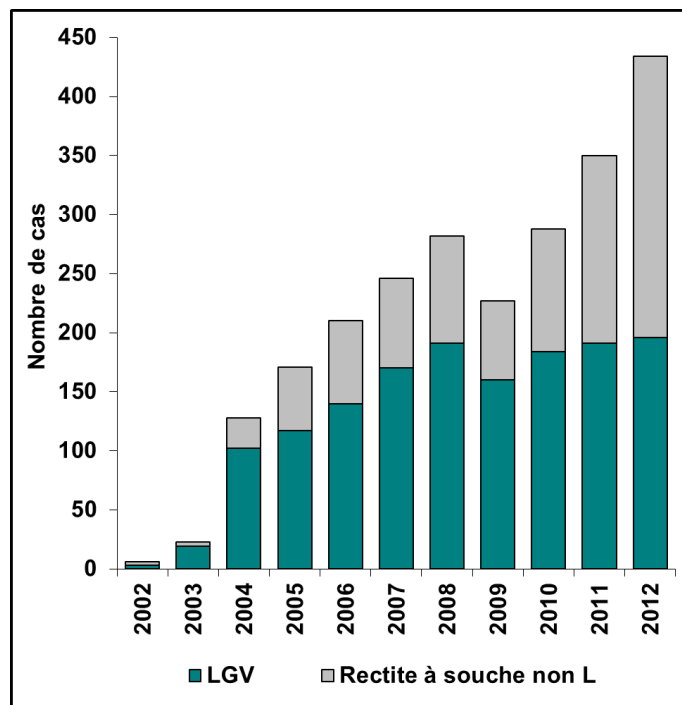


Figure L2

Évolution de la proportion de LGV et de rectites à *Chlamydia* non L diagnostiquées en métropole hors Ile-de-France, CNR *Chlamydiae*, France, 2002-2012

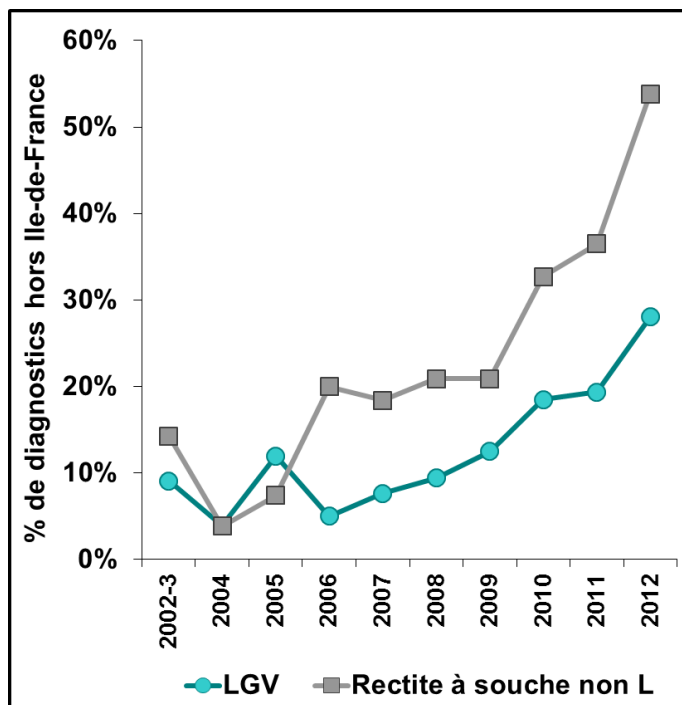


Figure L3

Distribution des LGV et des rectites à *Chlamydia* à souche non L par classe d'âge, CNR *Chlamydiae*, France, 2012

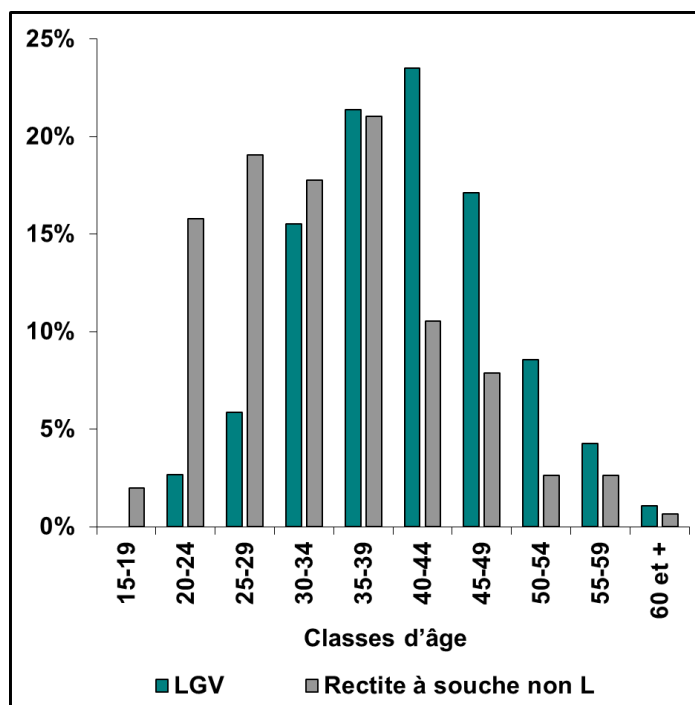


Figure L4

Fréquence de l'infection VIH en cas de LGV et de rectite à *Chlamydia* à souche non L, CNR *Chlamydiae*, France, 2004-2012

