

Progression importante des infections à gonocoques en France : données des réseaux Rénago et RésIST au 31 décembre 2009

Émilie Nguyen¹, Alice Bouyssou¹, François Lassau², Betty Basselier¹, Patrice Sednaoui³, Anne Gallay (a.gallay@invs.sante.fr)¹ ; et les partenaires des réseaux Rénago et RésIST

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

2/ Hôpital Saint-Louis, AP-HP, Paris, France

3/ Institut Alfred Fournier, Centre national de référence des gonocoques, Paris, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'analyse des données de surveillance permet de décrire l'épidémiologie des infections à gonocoques en France en termes de tendance temporelle entre 1996 et 2009 et de décrire les caractéristiques des malades et des souches de gonocoque en 2009.

Méthodes – Les laboratoires participant volontairement au réseau Rénago envoient les souches isolées au Centre national de référence (CNR) des gonocoques, accompagnées d'une fiche d'informations épidémiologiques pour chaque patient. Le CNR teste la sensibilité des gonocoques à six antibiotiques. Le nombre moyen de gonocoques isolés par an et par laboratoire actif (Ng/lab/an) permet le suivi de l'évolution des gonococcies. Depuis 2004, le réseau de cliniciens RésIST envoie à l'InVS des questionnaires avec les données cliniques, thérapeutiques et comportementales documentées de chaque patient.

Résultats – Le Ng/lab/an est en nette progression (+52%) entre 2008 (4,16 Ng/lab) et 2009 (6,32 Ng/lab), et ce pour les deux sexes et dans l'ensemble des régions. En 2009, le nombre de gonocoques isolés était toujours plus élevé chez l'homme (5,5 Ng/lab vs. 0,78 Ng/lab chez la femme) et en Île-de-France (16,0 Ng/lab vs. 4,5 Ng/lab dans les autres régions). Le nombre de cas déclarés chez les hommes ayant des rapports avec des hommes (63%) est toujours supérieur au nombre de cas déclarés chez les hétérosexuels (38%). Les proportions de souches avec une diminution de la sensibilité à la ceftriaxone ont augmenté de 8,7% en 2007-2009, et de 8% en 2008-2009 pour la cefixime.

Conclusion – L'analyse des données sur les infections à gonocoques confirme leur progression chez l'homme et la femme quelle que soit l'orientation sexuelle, justifiant de rester vigilant. Ces tendances reflètent la progression des comportements sexuels à risque. Cette constatation laisse présager l'augmentation de la transmission d'IST plus graves, notamment du VIH et des hépatites B dans les populations les moins averties de la nécessité de se protéger. Dans ce contexte, l'émergence de souches de sensibilité réduite aux céphalosporines en France, dernier rempart du traitement en monothérapie, doit alerter sur la nécessité de renforcer l'information concernant les bonnes pratiques de prise en charge probabiliste de ces infections.

Mots clés / Key words

Infection à gonocoque, surveillance, infection sexuellement transmissible, résistance aux antibiotiques, orientation sexuelle / *Neisseria gonorrhoeae* infection, surveillance, sexual transmitted infection, antibiotic resistance, sexual behaviour

Introduction

L'infection à gonocoques est une infection sexuellement transmissible (IST) causée par la bactérie *Neisseria gonorrhoeae* (Ng). L'infection non traitée peut être à l'origine de complications graves et favoriser la contamination par d'autres IST. La courte période d'incubation et la symptomatologie bruyante des urétrites gonococciques chez l'homme en font un indicateur épidémiologique très réactif quant à l'évolution des comportements sexuels et de leurs éventuelles dégradations. Les infections à gonocoques, comme d'autres IST, ont bénéficié des mesures de prévention vis-à-vis du risque VIH, ceci se traduisant par une diminution de leur incidence jusqu'au milieu des années 1990. La surveillance des gonococcies a ensuite montré une augmen-

tation de l'incidence en France, ainsi que dans d'autres pays européens, indiquant un relâchement des comportements de prévention [1;2].

Au début de l'année 2000, plusieurs pays dans le monde ont signalé une résistance à la ciprofloxacine, qui était le traitement de première intention des urétrites et cervicites non compliquées. En France, la résistance à la ciprofloxacine est passée de 6,8% en 2001 à 31,6% en 2005 [1;3;4]. Ainsi, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afsaps) préconisait en 2005 de ne plus utiliser la ciprofloxacine en première intention, et recommandait un traitement par une céphalosporine de 3^{ème} génération en première intention.

Cet article rapporte les résultats de la surveillance des infections à gonocoque en France entre 1996 et 2009 par deux réseaux :

– le réseau Rénago de laboratoires volontaires, articulé avec la surveillance de la résistance aux antibiotiques ;

– le réseau RésIST de cliniciens des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Cid-dist), permettant le recueil de données cliniques, thérapeutiques et comportementales, mis en place en 2004.

Cette surveillance avait déjà montré en 2006 une recrudescence des infections à gonocoques, marqueur du relâchement de la prévention chez les homosexuels en Île-de-France et une augmentation très importante de la résistance à la ciprofloxacine [1]. Ce travail montre l'évolution du nombre d'infections à gonocoques entre 1996 et 2009 et décrit les caractéristiques des malades et des souches de gonocoques en 2009.

Méthodes

Réseau RénaGo

Chaque laboratoire envoie à l'Institut de veille sanitaire (InVS) une fiche trimestrielle avec les nombres mensuels de prélèvements et de gonocoques isolés. Ces données permettent de calculer le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an (Ng/lab/an), utilisé comme indicateur pour estimer l'évolution de l'incidence des gonocoques. Un laboratoire est dit « actif » lorsqu'il a participé au moins pendant six mois consécutifs dans l'année. Parallèlement, les laboratoires participants (au nombre d'environ 210 par an, avec 77% de laboratoires privés et 23% de laboratoires hospitaliers) envoient les souches isolées à l'Institut Alfred Fournier (Centre national de référence (CNR) des gonocoques) accompagnées d'une fiche d'informations épidémiologiques pour chaque patient. Cette fiche contient des informations concernant le sexe, l'âge, le site de prélèvement et le code postal du laboratoire ; elle est ensuite envoyée à l'InVS. L'Institut Alfred Fournier teste la sensibilité des souches de Ng à six antibiotiques (pénicilline, tétracycline, ciprofloxacine, ceftriaxone, cefixime (depuis 2008) et spectinomycine). Les critères de définitions des résistances utilisés sont ceux du *National Committee for Clinical Laboratory Standards*. Les résultats de ces tests sont collectés par l'InVS. Lorsqu'une souche n'est pas cultivable, la confirmation de Ng est réalisée par un test PCR.

Réseau de cliniciens : RésIST

Depuis 2004, la surveillance des infections à gonocoques s'appuie également sur le réseau de cliniciens participant à la surveillance des IST et exerçant dans les Ciddist. Ce réseau permet, après consentement du patient, de recueillir des données cliniques, thérapeutiques et comportementales, documentées dans un questionnaire commun à trois IST (syphilis, gonocoques et lymphogranulomatose vénérienne) envoyé à l'InVS.

Résultats

Évolution des tendances

L'incidence des infections à gonocoques augmente régulièrement ces dernières années, alors que le nombre de laboratoires actifs participant chaque année au réseau RénaGo est stable aux alentours de 210 (figure 1). Cette tendance est également observée quand n'est pris en compte que le sous-groupe des laboratoires qui ont participé sans interruption ces trois dernières années.

Le nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire et par an est en nette progression (+52%) entre 2008 (4,0 Ng/lab) et 2009 (6,3 Ng/lab), pour les deux sexes, passant de 3,6 Ng/lab en 2008 à 5,5 Ng/lab en 2009 chez les hommes (+52%) et de 0,5 Ng/lab en 2008 à 0,8 Ng/lab en 2009 chez les femmes (+47%) (figure 1) et dans l'ensemble des régions (+43% en Île-de-France et +54% dans les autres régions (figure 2)).

En 2009, le nombre de gonocoques isolés était toujours plus élevé en Île-de-France (16,0 Ng/lab) que dans les autres régions (4,5 Ng/lab).

Entre 2008 et 2009, l'augmentation du nombre d'infections à gonocoques chez les hommes est

constatée dans l'ensemble des régions (+48% en Île-de-France et +51% dans les autres régions). Chez les femmes, l'indicateur est relativement stable en Île-de-France (-3%) alors qu'il augmente dans les autres régions (+73%).

Le nombre de cas d'infections gonococciques déclarées dans RésIST augmente aussi chaque année. Cette évolution n'est pas identique en Île-de-France et dans les autres régions. En Île-de-France, le nombre de sites participants est constant et le nombre d'infections déclarées est stable. Dans les autres régions, l'augmentation est liée en partie à l'augmentation annuelle du nombre de sites participants. Le profil de progression des gonocoques entre 2004 et 2009 est identique quelle que soit l'orientation sexuelle (figure 3). Le nombre de cas déclarés chez les hommes ayant des rapports avec des hommes est toujours supérieur au nombre de cas déclarés chez les hétérosexuels. Chez les hétérosexuels, le nombre de cas déclarés est toujours supérieur pour les hommes à celui des femmes.

Description des patients

Entre 2001 et 2009, le nombre de souches de gonocoques isolées dans le réseau RénaGo a augmenté chaque année (de 322 en 2001 à 1 422 en 2009). Parmi les 6 381 souches de gonocoques isolées durant cette période pour lesquelles une fiche d'informations a été envoyée, 2 796 (43,8%) provenaient de la région Île-de-France. Le sex ratio

homme / femme était de 6,5. L'âge médian était de 30 ans pour les hommes et de 24 ans pour les femmes (tableau 1). Les souches de gonocoques étaient majoritairement isolées au niveau de l'urètre chez l'homme (87%) et au niveau du col de l'utérus chez la femme (88%). Les souches anales représentaient 10% des souches isolées chez des hommes. Les infections étaient le plus souvent symptomatiques chez les hommes (73%). Chez les femmes, seules 48% des infections étaient symptomatiques, mais pour 43% l'information n'était pas renseignée.

La plupart des diagnostics ont été établis dans des lieux de consultation privés pour les hommes (63%) et publics pour les femmes (57%). Les prélèvements ont été effectués majoritairement par des médecins généralistes chez les hommes (64%) et par des gynécologues chez les femmes (50%).

Parmi les 1 297 cas d'infections à gonocoques déclarés entre 2004 et 2009 dans RésIST, 58% l'ont été en Île-de-France. Les hommes représentaient 91% des cas (tableau 1). Globalement, l'âge médian était de 28 ans, plus élevé en Île-de-France (30 ans) que dans les autres régions (26 ans). La majorité des patients infectés par le gonocoque sont nés en France (78% des femmes et 73% des hommes), alors que 6% des femmes et des hommes sont nés dans d'autres pays européens et que 12% des femmes et 15% des hommes sont nés en Afrique. Les hommes ayant des rapports avec des hommes représentaient

Figure 1 Évolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an (Ng/lab/an) selon le sexe, RénaGo, France, 1996-2009. / Figure 1 Trends for the average number of gonorrhoea infections isolated per year and per active laboratory (Ng/lab/an) by sex, RENAGO network, France, 1996-2009.

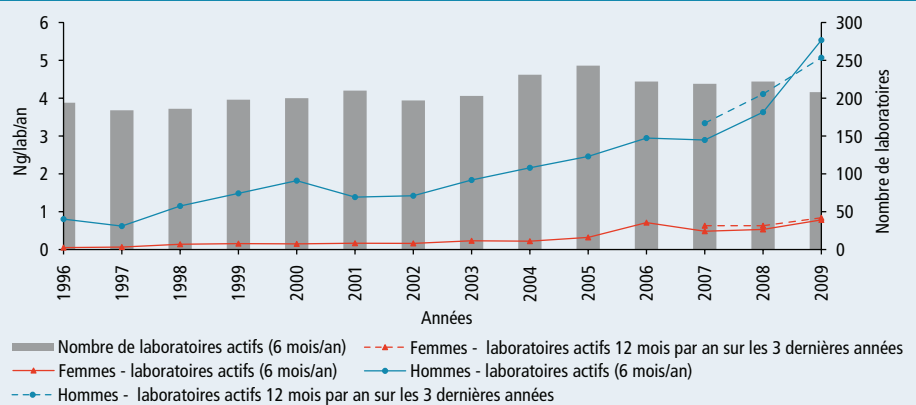


Figure 2 Évolution du nombre moyen de gonocoques isolés par laboratoire actif et par an (Ng/lab/an) selon la région, RénaGo, France, 1996-2009. / Figure 2 Trends for the average number of gonorrhoea infections isolated per year and per active laboratory (Ng/lab/an) by region, RENAGO network, France, 1996-2009.

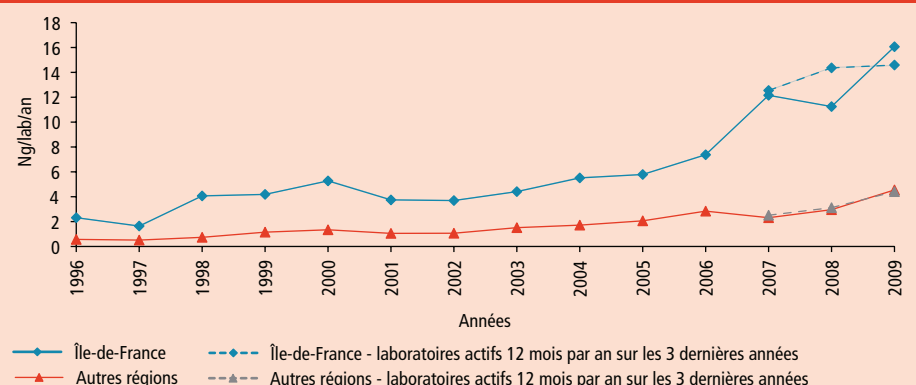
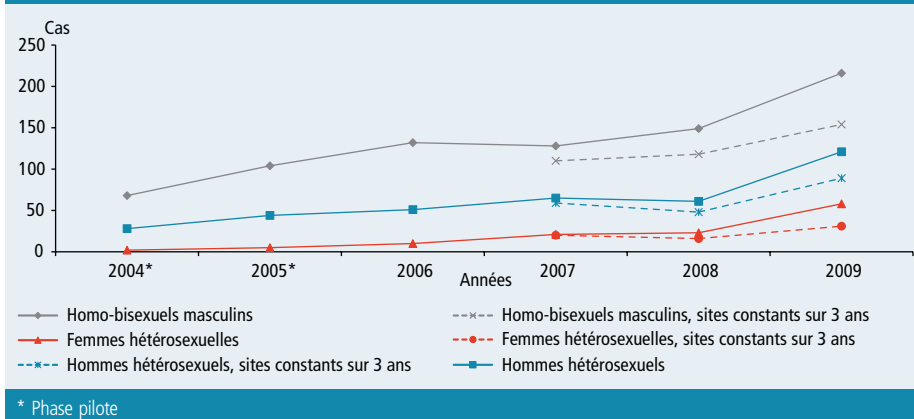


Figure 3 Évolution du nombre de cas d'infection à gonocoques selon l'orientation sexuelle, RésIST, France, 2004-2009 | Figure 3 New trends in number of cases of *N. gonorrhoeae* infections by sexual orientation, RESIST network, France, 2004-2009



63% des cas, les hommes hétérosexuels 28% et les femmes hétérosexuelles 9% (tableau 2). Le statut sérologique vis-à-vis du VIH était positif pour 14% des patients (séropositivité déjà connue pour 12% et découverte de la séropositivité lors du diagnostic de gonococcie pour 2%), négatif chez 72% et inconnu chez 14% des patients. L'analyse comportementale montre que l'utilisation systématique d'un préservatif était insuffisamment appliquée pour les pénétrations anales ou vaginales (respectivement 42% et 21%), et n'était pas adoptée pour la fellation (1%). Un traitement par l'antibiotique de référence (ceftriaxone) a été instauré dans 92% des cas d'infection à gonocoque.

Tableau 1 Caractéristiques des patients avec une infection à gonocoque à partir des données des réseaux Rénago (2001-2009) et RésIST (2004-2009), France | Table 1 Characteristics of patients with gonorrhoea based on data from the RENAGO (2001-2009) and RESIST networks (2004-2009), France

	Rénago 2001-2009 n=6 381 %		RésIST 2004-2009 n=1 297 %	
	Hommes (87%)	Femmes (13%)	Hommes (91%)	Femmes (9%)
Âge	30 ans [1-83]	24 ans [4-74]	29 ans [15-75]	22 ans [16-62]
Localisation du prélèvement* (culture positive)				
Anal	10	1	12	4
Cervical (+ vaginal)	—	88	—	88
Pharyngé	0	0	11	4
Urétral (+ urines)	87	5	89	17
Autres	2	6	0	0
Symptômes				
Signes cliniques	73	48	91	67
Sans signes cliniques	1	9	8	30
Non renseigné	26	43	1	2
Lieu de consultation				
Privé	63	43	0	1
Public	24	32	3	3
Ciddist / Planning familial	13	25	97	96
Spécialité des médecins prescripteurs				
Médecin généraliste	64	35		
Dermatologue	17	8		
Gynécologue	4	50		
Proctologue	4	1		
Urologue	1	0		
Autres	10	5		

* Total >100% car isolement d'une souche au niveau de plusieurs sites de prélèvements

Résistance aux antibiotiques

Parmi les 6 381 souches de gonocoques isolées entre 2001 et 2009, 4 612 (74,9%) ont été testées pour la sensibilité aux antibiotiques par le CNR des gonocoques.

Le taux de résistance de haut niveau des gonocoques à la ciprofloxacine a augmenté de 2001 (6,8%) à 2006 (43,2%) puis a amorcé une diminution, il était de 35,8% en 2009. Aucune souche n'était résistante à la spectinomycine. Entre 2001 et 2009, toutes les souches étaient sensibles à la ceftriaxone et au cefixime. Cependant, on observait une diminution de la sensibilité à ces antibiotiques, qui semblait plus rapide pour le cefixime que pour la ceftriaxone. La proportion de souches avec une diminution de la sensibilité à la ceftriaxone, se traduisant par un glissement des concentrations minimales inhibitrices (CMI) au delà de 0,016 mg/l, augmentait de 1,7% en 2001-2003 à 8,7% en 2007-2009. Toutes les CMI restaient inférieures à 0,125 mg/l.

La proportion de souches avec une diminution de la sensibilité au cefixime a augmenté entre 2008

Tableau 2 Caractéristiques des patients avec une infection à gonocoque, réseau RésIST (2004-2009), France | Table 2 Characteristics of patients with gonorrhoea infection, RESIST network, 2004-2009, France

	RésIST 2004-2009 n= 1 297 %
Orientation sexuelle	
Homosexuels masculins	51
Bisexuels *	11
Hommes hétérosexuels	28
Femmes hétérosexuelles	9
Statut sérologique VIH	
Négatif	72
Positif connu	12
Découverte de séropositivité	2
Inconnu	14
Utilisation systématique du préservatif (les 12 mois précédents)	
Pour les fellations	24
Pour les pénétrations anales (entre hommes)	5
Pour les pénétrations vaginales (hommes)	92
Pour les pénétrations vaginales (femmes)	3
Traitement de la gonococcie	
Ceftriaxone	92
Cefixime	3
Spectinomycine	2
Autres	3

* Dont 1 femme

(10%) et 2009 (18%). Parmi les neuf souches ayant une sensibilité très diminuée au cefixime (CMI >0,125 mg/l), une a été détectée en 2008 et huit en 2009. Toutes les souches ont été isolées chez des hommes au niveau de l'urètre. Aucun cluster n'a été identifié, les neuf souches provenaient de huit régions différentes.

Discussion

Les systèmes de surveillance Rénago et RésIST permettent de suivre l'évolution des tendances temporelles et spatiales des infections à gonocoques et des caractéristiques des patients.

Les données de ces deux systèmes de surveillance convergent et indiquent une augmentation importante de l'incidence pour les deux sexes, quelle que soit l'orientation sexuelle, et ce dans l'ensemble des régions. On observe toutefois toujours une prédominance chez les hommes, en Île-de-France et chez les hommes ayant des rapports avec les hommes. Concernant la résistance aux antibiotiques, on note l'émergence récente d'une diminution de la sensibilité des souches aux céphalosporines.

La surveillance des infections gonococciques en 2009 montre une nette progression, accentuant l'augmentation observée ces dernières années. Cette évolution est cohérente avec l'évolution des urétrites masculines rapportée par le réseau Sentinelles® de médecins généralistes [5]. L'augmentation de ces infections aiguës et celle d'autres IST (syphilis) constitue un indicateur de la progression des comportements sexuels à risque. Les populations touchées ne se limitent plus au groupe initialement affecté (hommes, Île-de-France). Une extension vers les populations hétérosexuelles et dans les autres régions est observée.

La proportion importante de formes asymptomatiques chez la femme est à l'origine d'une sous-estimation du diagnostic pour cette population. Ce phénomène est renforcé par un test diagnostique (culture) moins sensible chez la femme, qui pourrait être lié à une difficulté des prélèvements au niveau de l'endocol où se niche le gonocoque. En conséquence, l'infection non diagnostiquée chez la femme pourrait entraîner la persistance de la transmission et la diffusion de ces infections. Dans un proche avenir, un nouveau test diagnostique par PCR couplé au diagnostic d'infection à *Chlamydia trachomatis* pourrait modifier les indicateurs et montrer une augmentation importante des infections chez les femmes témoignant de l'augmentation des détections. Ces modifications des techniques et pratiques diagnostiques seraient à prendre en compte dans l'interprétation des indicateurs.

La prépondérance des cas d'infection chez les hommes ayant des rapports avec des hommes constatée dans le réseau RésIST s'explique par les caractéristiques spécifiques des patients au sein du réseau. Les gonococcies déclarées dans RésIST sont en effet diagnostiquées chez des patients consultant les Ciddist, caractérisés par des pratiques plus à risque d'acquisition d'IST et représentatifs de sous-groupes de population, alors que les diagnostics d'infection à gonocoques sont majoritairement réalisés par les médecins généralistes dans le réseau Rénago. L'orientation sexuelle n'est pas disponible

dans le réseau Rénago. Cependant, le réseau Sentinelles® regroupant des médecins généralistes, probablement proche du réseau Rénago pour le recrutement des patients, met en évidence un pourcentage plus élevé d'hétérosexuels consultant pour une urétrite masculine (88%) [5] que dans le réseau RésIST. Ces résultats confirment que les patients touchés par une infection à gonocoques ne se restreignent pas aux populations avec des pratiques à risque comme les hommes homosexuels. L'analyse de la sensibilité aux antibiotiques des gonocoques a mis en évidence une diminution de la sensibilité des souches aux céphalosporines. En Asie, l'apparition des souches résistantes à ces antibiotiques ces trois dernières années est documentée. En 2010, le CNR a identifié la première souche de gonocoque hautement résistante à la ceftriaxone en France. L'émergence de ces résistances et l'augmentation des échecs thérapeutiques qui pourrait en découler peuvent contribuer à l'augmentation de la transmission. L'étude réalisée en 2008 auprès des médecins généralistes du réseau Sentinelles® a montré que plus de 50% des médecins prescrivaient de la ciprofloxacine et 60% ne prenaient pas en compte la co-infection avec *Chlamydia trachomatis* trois ans après les nouvelles recommandations de l'Afssaps [6].

Ces résultats soulignent l'importance de rappeler et évaluer les bonnes pratiques diagnostiques et thérapeutiques. Une mise à jour des recommandations a été réalisée fin 2008 et diffusée à l'ensemble des professionnels de santé du secteur public et privé [7].

Conclusion

L'analyse des données de surveillance des infections à gonocoques montre une progression inquiétante. Cette évolution est le reflet d'une augmentation des comportements sexuels à risque. Elle laisse présager l'augmentation de la transmission d'IST plus graves, notamment du VIH, des hépatites B dans des populations jeunes moins averties de la nécessité de se protéger. L'application des recommandations de l'Afssaps pour la prise en charge de ces infections par le corps médical doit être accompagnée de la préconisation des mesures de prévention auprès du public pour diminuer la transmission des infections à gonocoques et plus largement celle des IST.

Remerciements

Nous remercions les laboratoires pour leur participation au réseau Rénago et les cliniciens des Ciddist du réseau RésIST participant au recueil des données des infections à gonocoques (liste sur le site web de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr>).

Références

- [1] Gallay A, Bouyssou A, Lassau F, Basselier B, Sednaoui P. Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* en France en 2006 : progression importante chez les femmes et augmentation persistante des résistances à la ciprofloxacine. Bull Epidemiol Hebd. 2008;(5-6):33.
- [2] Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. Sex Transm Infect. 2004;80:255-63.
- [3] Herida M, Desenclos JC, Martin IM, Goulet V, Laurent E, Sednaoui P. Increase of *Neisseria gonorrhoeae* ciprofloxacin resistance in France in 2001-2003. Sex Transm Dis. 2006;(33):6-7.
- [4] GRASP 2008 report. Trends in Antimicrobial Resistant Gonorrhoea. Health Protection Agency. London. 2009. Disponible à : http://www.hpa.org.uk/web/HPAweb&HPAwebStandard/HPAweb_C/1245914959952
- [5] Bilan annuel 2009 du réseau Sentinelles. Disponible à : <http://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?rub=39>
- [6] Prise en charge thérapeutique du traitement probabiliste des urétrites non compliquées. Application des recommandations sur la prise en charge thérapeutique du traitement probabiliste des urétrites non compliquées. Réseau Sentinelles-Inserm -UPMC UMR-S 707. Report p. 45. Disponible à : http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/?rub=28&view=2008Falchi_sentinelle
- [7] Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Afssaps. actualisation-octobre 2008. Disponible à : http://www.afssaps.fr/var/afssaps_site/storage/original/application/cbe108d870b0b9e38f3b40cfdde1d46.pdf

Régionalisation de la surveillance de la syphilis et d'autres IST : principes et premiers résultats en Languedoc-Roussillon (France), 2009

Cyril Rousseau¹ (cyril.rousseau@ars.sante.fr), Hugues Aumaître², Éric Picot³, Isabelle Brosson⁴, Vincent Tribut³, Delphine Viriot¹

1/ Cellule interrégionale d'épidémiologie Languedoc-Roussillon, Montpellier, France
2/ Centre Hospitalier de Perpignan, France
3/ Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, Montpellier, France
4/ Centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, Nîmes, France

Résumé / Abstract

Introduction – Le réseau RésIST rassemble les cliniciens volontaires pour signaler à l'Institut de veille sanitaire les cas de syphilis, gonococcies et lymphogranulomatoses ano-génitales. Depuis 2008, la Cellule interrégionale d'épidémiologie (Cire) Languedoc-Roussillon pilote cette surveillance au niveau régional.

Méthode – Les modalités d'animation régionales sont décrites ainsi que les cibles prioritaires de la communication. Les données de signalements des infections sexuellement transmissibles (IST) sont décrites et comparées avec les années précédant la régionalisation de la surveillance.

Résultats – En 2009, la participation au réseau a nettement augmenté pour les centres de dépistage. Les données provenaient de 11 déclarants (centres de dépistage, hospitaliers et libéraux) contre moins de 5 en 2007 et 2008. On a observé une diversification des IST signalées, alors que le nombre de syphilis s'est stabilisé.

Conclusion – Ces résultats suggèrent un impact positif de la régionalisation de cette surveillance, avec un doublement de la participation et une diversification des pathologies rapportées. L'amélioration de la connaissance des dynamiques régionales permet de mieux cibler les priorités de santé publique en région.

Regionalization of syphilis and other sexually transmitted infections surveillance: principles and preliminary results in Languedoc-Roussillon (France), 2009

Introduction – RESIST is a network based on the voluntary participation of clinicians, who report cases of syphilis, gonorrhoeae and lymphogranuloma venereum. Since 2008, the Languedoc-Roussillon Regional Epidemiological Unit of the French Institute for Public Health Surveillance is in charge of its coordination.

Methods – Modalities of regional activities are described as well as the priority communication targets. Sexually transmitted infections (STIs) are described and compared with years preceding the regionalization of the survey.

Results – In 2009, participation in the network increased sharply. Data were provided by 11 medical partners (screening centres, private and hospital practice, or in specialized centers or in hospitals, while only five partners provided them in 2007 and 2008. A diversification of the notified STIs is observed, whereas the number of syphilis cases remained stable in spite of an increasing number of participants in surveillance.

Conclusion – The regionalisation of this surveillance seems to have a positive impact. The participation is increasing and there is a diversification of the reported diseases. Regionalisation allows a better knowledge of the regional trends, which can help choose public health priorities.

Mots clés / Key words

Syphilis, surveillance, infections sexuellement transmissibles, homosexuel masculin, régionalisation / Syphilis, surveillance, sexually transmitted infections, MSM, regionalization