

Données au 31 décembre 2016

Points clés

Tendances par pathologie

- > En 2016, le nombre de cas de syphilis récente diagnostiqués majoritairement en centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) reste élevé mais n'augmente pas par rapport à 2015, quelle que soit l'orientation sexuelle, peut-être en raison d'un retour de patients vers la médecine de ville depuis la disponibilité de l'extencilline. La stabilisation est observée en Ile-de-France et dans la plupart des régions hors Ile-de-France. Les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) représentent 81% des cas rapportés en 2016 ;
- > Le nombre d'infections à gonocoque déclarées continue d'augmenter (+32% entre 2015 et 2016), aussi bien en Ile-de-France que globalement dans les autres régions. L'augmentation est plus marquée chez les HSH (+41% sur la même période) comparativement aux hétérosexuels (+4%). Les HSH représentent 69% des cas rapportés en 2016 ;
- > Concernant la surveillance de la sensibilité du gonocoque aux antibiotiques, aucune souche résistante à la ceftriaxone (traitement de référence) n'a été isolée depuis 2011. Néanmoins, la culture avant antibiothérapie reste indispensable pour tester la sensibilité des souches de gonocoque ;
- > Entre 2015 et 2016, le nombre notifié d'infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* n'augmente pas. Le nombre de cas avait augmenté de 14% entre 2014 et 2015. Les deux tiers (63%) des cas rapportés en 2016 concernent des femmes, en majorité âgées de 15 à 24 ans ;
- > Le nombre d'infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* (lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et infections de sérovar non L) est en augmentation en 2016. Plus de 90% des cas concernent des HSH ;
- > Le niveau de co-infection par le VIH reste élevé chez les HSH présentant une infection ano-rectale à *Chlamydia trachomatis* (LGV ou non L), une syphilis récente ou une gonococcie, reflétant une utilisation insuffisante du préservatif chez les HSH séropositifs ;

Tendances par population à risque

Chez les HSH, la progression du nombre d'infections à gonocoque et d'infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* se poursuit. Par contre, le nombre de cas de syphilis diagnostiqués en CeGIDD dans cette population n'augmente pas en 2016, peut-être en raison d'un retour des consultants vers la ville depuis la disponibilité de l'extencilline.

Chez les hétérosexuels, on constate une poursuite de l'augmentation du nombre de gonococcies, mais une stabilisation de la syphilis et des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis*.

- > **Les constats relatifs à la stabilisation de la syphilis et des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* en 2016 devront néanmoins être consolidés dans les années à venir. Dans une approche globale de santé sexuelle, le dépistage régulier des IST, associé à celui du VIH, reste indispensable en cas de prises de risque, afin de diagnostiquer les formes asymptomatiques et mettre en œuvre une prise en charge adaptée.**

Syphilis récentes

> Les syphilis récentes (datant de moins d'un an : syphilis primaire, secondaire ou latente précoce) sont surveillées à travers le réseau de cliniciens RésIST. Près des trois quarts des patients déclarés à travers ce réseau sont diagnostiqués dans des structures spécialisées : centres d'information, de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist), consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et depuis 2016, centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD).

> Le nombre de cas de syphilis récente notifiés chez les HSH n'augmente pas en 2016. Chez les hétérosexuels, malgré des effectifs relativement faibles, cette tendance à la stabilisation est aussi observée (figure S1). Dans ces deux populations, la stabilisation est observée en Ile-de-France et globalement dans les régions hors Ile-de-France (figures S3 et S4).

> Parmi les patients déclarés pour une syphilis récente en 2016, 81 % sont des HSH, les femmes ne représentant que 5 % des cas rapportés (tableau 1).

> Chez les HSH et les hommes hétérosexuels, les 20-49 ans représentent la classe d'âge la plus touchée (respectivement 80% et 71% de l'ensemble des cas), tandis que la majorité des femmes ont moins de 39 ans (72%) (figure S2). L'âge médian au diagnostic est de 37 ans chez les HSH, de 36 ans chez les hommes hétérosexuels et de 32 ans chez les femmes hétérosexuelles.

> Le niveau de co-infection par le VIH reste très élevé : près d'un tiers des patients diagnostiqués pour une syphilis récente (32%) en 2016 étaient co-infectés par le VIH. La majorité des patients co-infectés par le VIH connaissaient leur séropositivité. Ces co-infections sont plus fréquentes chez les HSH (36 % versus respectivement 14 % et 8% chez les hommes et femmes hétérosexuels).

| Tableau 1 |

Évolution des caractéristiques des patients diagnostiqués pour une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2016

	2000-2013 N=7 390	2014 N=1 405	2015 N=1 755	2016 N=1 749
Age médian (ans)				
HSH	36	36	37	37
Hommes hétérosexuels	38	36	36	35
Femmes hétérosexuelles	29	28	29	32
Lieu de naissance (%)				
France	72,7	76,3	77,6	71,7
Autres pays européens	4,7	4,3	3,3	3,9
Afrique du nord	2,4	2,6	2,2	1,7
Afrique subsaharienne	2,7	3,2	2,5	5,3
Autres continents	4,6	5,1	5,1	3,8
Inconnu	12,9	8,5	9,3	13,6
Orientation sexuelle (%)				
HSH	82,5	82,5	84,5	81,2
Hommes hétérosexuels	11,3	10,5	9,8	10,7
Femmes hétérosexuelles	5,2	5,3	4,4	4,4
Femmes homo-bisexuelles	0,1	0,1	0,2	0,5
Inconnue	1,0	1,6	1,0	3,3
Stade de la syphilis (%)				
Primaire	22,7	25,5	24,8	26,8
Secondaire	40,2	35,4	37,3	30,8
Latente précoce	37,1	39,1	37,9	42,4
Statut sérologique VIH (%)				
Positif connu	34,4	29,5	30,3	28,9
Découverte de séropositivité	3,9	3,1	2,5	2,6
Négatif	56,2	60,7	61,5	62,7
Inconnu	5,5	6,6	5,8	5,8

Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes

Figure S1 |

Évolution du nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2000-2016

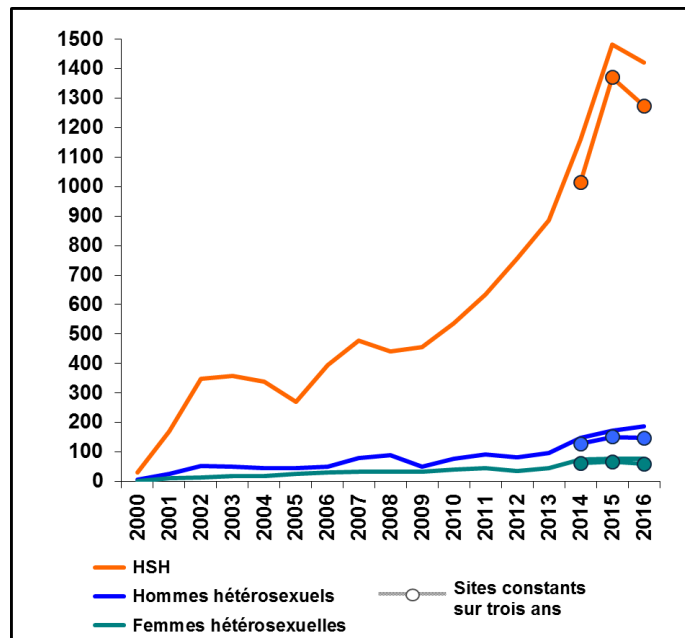


Figure S2 |

Distribution des cas de syphilis récente par classes d'âge selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2016

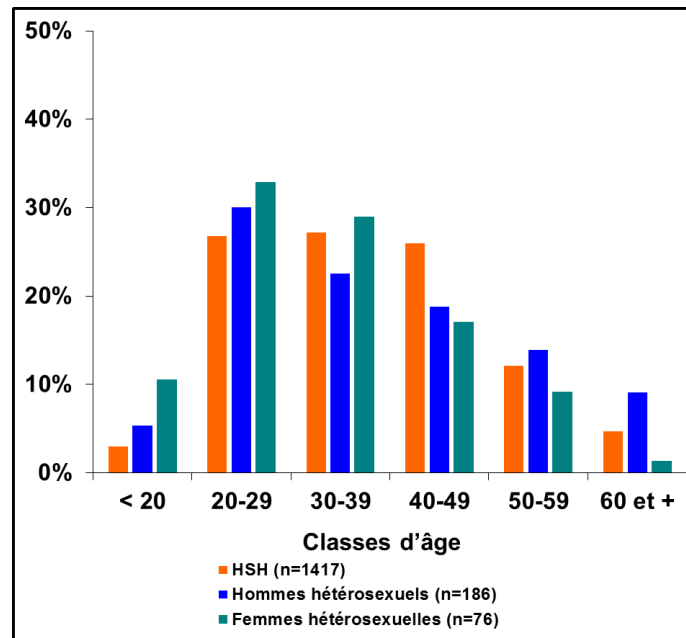


Figure S3 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récente chez les HSH selon la région du déclarant, réseau RésIST, France, 2000-2016

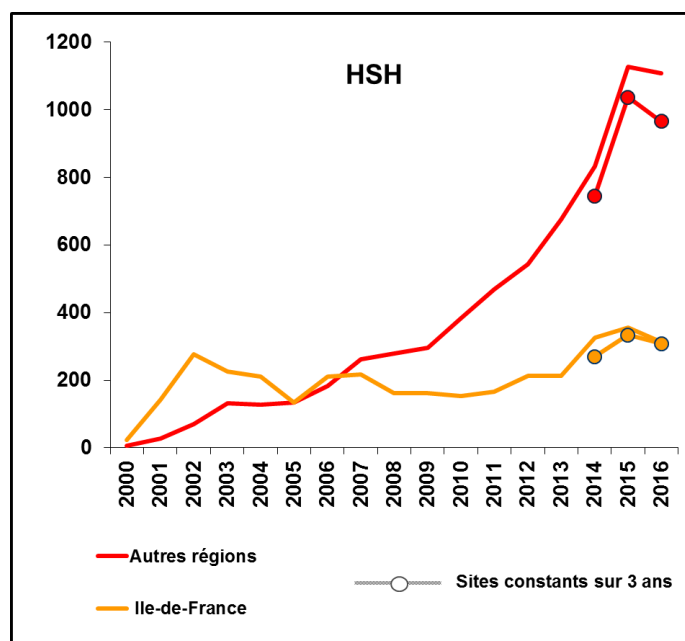
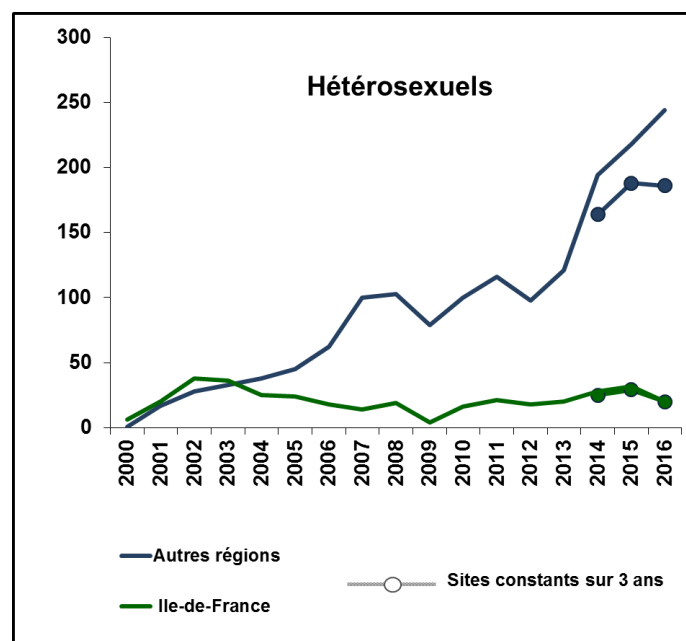


Figure S4 |

Evolution du nombre de cas de syphilis récente chez les hétérosexuels selon la région du déclarant, réseau RésIST, France, 2000-2016



Gonococcies

- > Les gonococcies sont surveillées à travers deux réseaux :
 - le réseau de cliniciens RésIST, dont les patients sont diagnostiqués quasi-exclusivement dans des structures spécialisées (95% en 2016) ;
 - le réseau de laboratoires Rénago, dont les patients sont diagnostiqués en médecine de ville pour près de 50% d'entre eux. Ce réseau ne permet pas de connaître l'orientation sexuelle des patients, mais il surveille la sensibilité des souches de gonocoque aux antibiotiques. L'exhaustivité de ce réseau a été estimée à 23,5% [21,9–25,1] en 2012.
- > L'augmentation du nombre de gonococcies se poursuit en 2016 chez les hommes (figure G1). Les HSH représentent 69 % des patients diagnostiqués en 2016 dans le cadre du réseau RésIST (tableau 2), avec une augmentation du nombre de cas de 127% entre 2014 et 2016 (figure G2). Cette augmentation est observée quelle que soit la région (figure G3). Le nombre de cas a augmenté de 40% chez les hommes hétérosexuels et de 20% chez les femmes hétérosexuelles (figure G2), cette augmentation parmi les hétérosexuels n'étant observée que hors Ile-de-France (figure G4).
- > Les classes d'âges les plus touchées sont les 20-39 ans chez les HSH (72% des cas) et les 20-29 ans pour les femmes (59%) et les hommes hétérosexuels (64%) (figure G5). L'âge médian au diagnostic est de 29 ans chez les HSH, de 25 ans chez les hommes hétérosexuels et de 22 ans chez les femmes hétérosexuelles. Les principaux sites de prélèvement ayant conduit au diagnostic sont urinaires (72%) pour les hommes et cervico-vaginaux pour les femmes (85%) (figure G6). L'augmentation des diagnostics par PCR (+ou- associée à la culture) se poursuit en 2016 chez les hommes et les femmes (figures G7 et G8).
- > Environ 13% des patients diagnostiqués pour une gonococcie en 2016 étaient co-infectés par le VIH, la plupart d'entre eux étant des séropositifs connus (tableau 2). Ces co-infections sont plus importantes chez les HSH (19 %).
- > La proportion de souches résistantes au céfixime est stable entre 2014 et 2016. Aucune souche résistante à la ceftriaxone, traitement de référence, n'a été isolée depuis 2011.

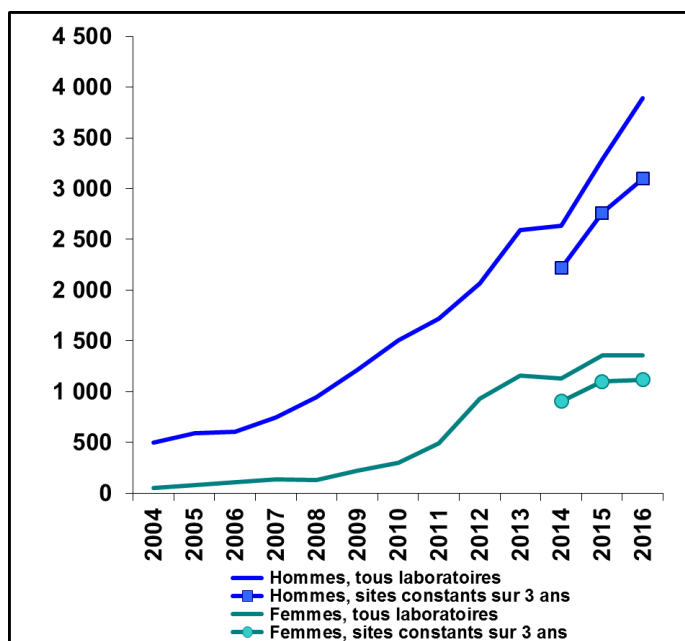
Tableau 2

Évolution des caractéristiques des patients diagnostiqués pour une gonococcie, réseau RésIST, France, 2004-2016

	2004-2013 N=4 889	2014 N=1 436	2015 N=1 918	2016 N=2 528
Age médian (ans)				
HSH	29	27	29	29
Hommes hétérosexuels	25	25	25	25
Femmes hétérosexuelles	21	21	21	22
Lieu de naissance (%)				
France	72,2	78,9	76,7	74,3
Autres pays européens	5,3	3,4	4,8	3,9
Afrique du nord	4,7	1,6	2,3	2,3
Afrique subsaharienne	6,6	5,8	5,0	4,5
Autres continents	5,5	4,7	4,4	4,8
Inconnu	5,9	5,6	6,8	10,2
Orientation sexuelle (%)				
HSH	52,4	60,7	66,8	68,8
Hommes hétérosexuels	28,5	19,1	15,3	14,2
Femmes hétérosexuelles	17,6	19,5	16,4	13,3
Femmes homo-bisexuelles	0,5	0,4	0,8	1,1
Inconnue	1,0	0,3	0,7	2,7
Statut sérologique VIH (%)				
Positif connu	8,4	7,3	11,9	12,3
Découverte de séropositivité	0,9	0,8	0,6	1,1
Négatif	80,8	84,3	81,4	81,2
Inconnu	9,8	7,6	6,1	5,5

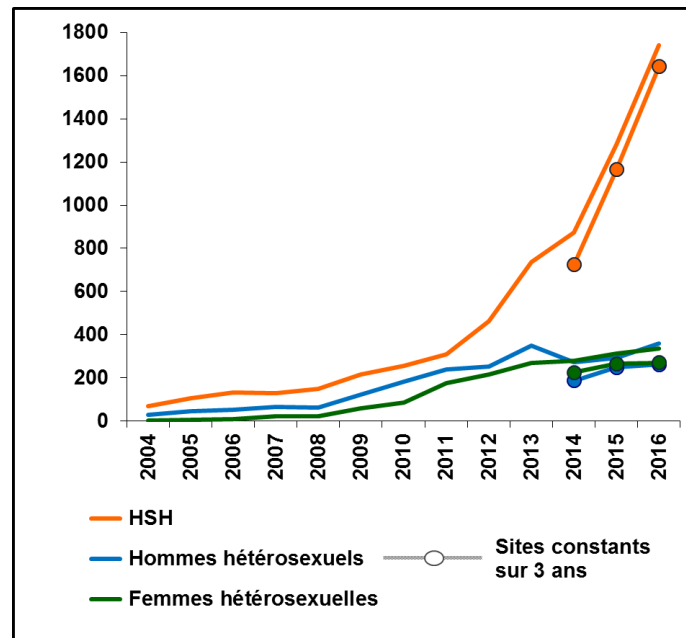
| Figure G1 |

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon le sexe, réseau des laboratoires Rénago, France, 2004-2016



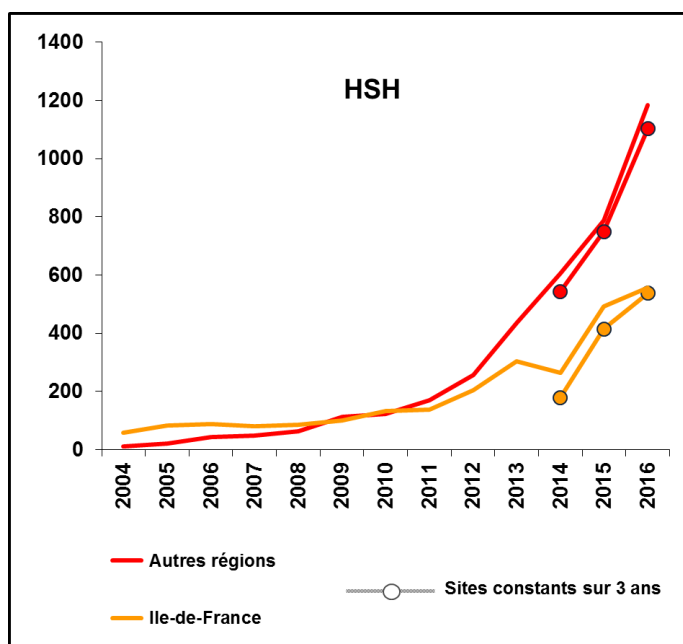
| Figure G2 |

Évolution du nombre de cas de gonococcie selon l'orientation sexuelle, réseau des cliniciens RésIST, France, 2004-2016



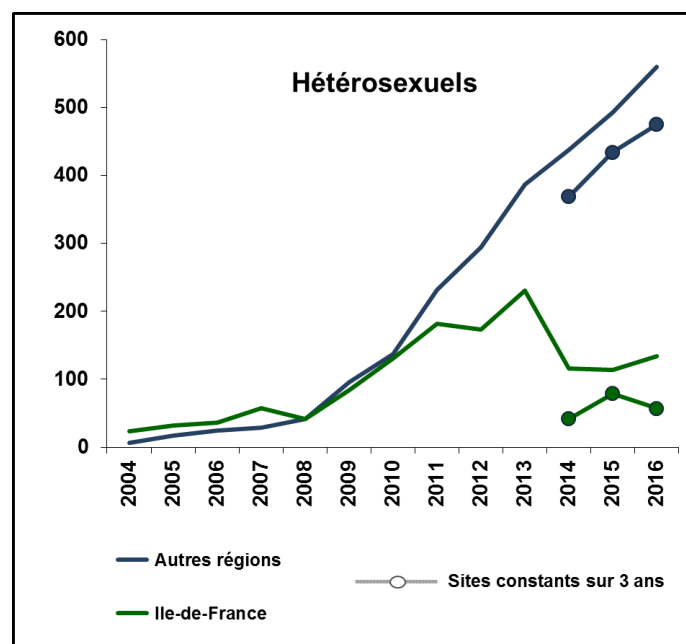
| Figure G3 |

Evolution du nombre de cas de gonococcie chez les HSH selon la région du déclarant, réseau RésIST, France, 2004-2016



| Figure G4 |

Evolution du nombre de cas de gonococcie chez les hétérosexuels selon la région du déclarant, réseau RésIST, France, 2004-2016



Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes

Figure G5

Distribution des cas de gonococcie par classe d'âge selon l'orientation sexuelle, réseau RésIST, France, 2016

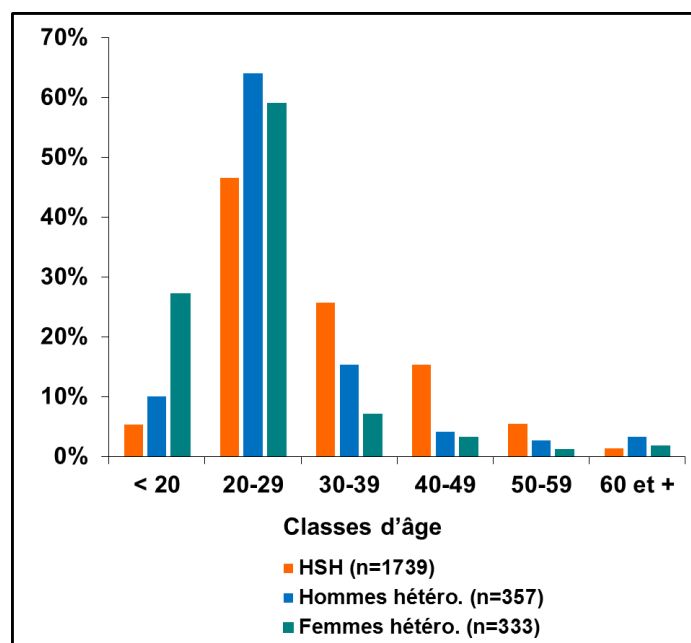


Figure G6

Evolution de la distribution des sites de prélèvement selon le sexe des cas de gonococcie, réseau Rénago, France, 2004-2016

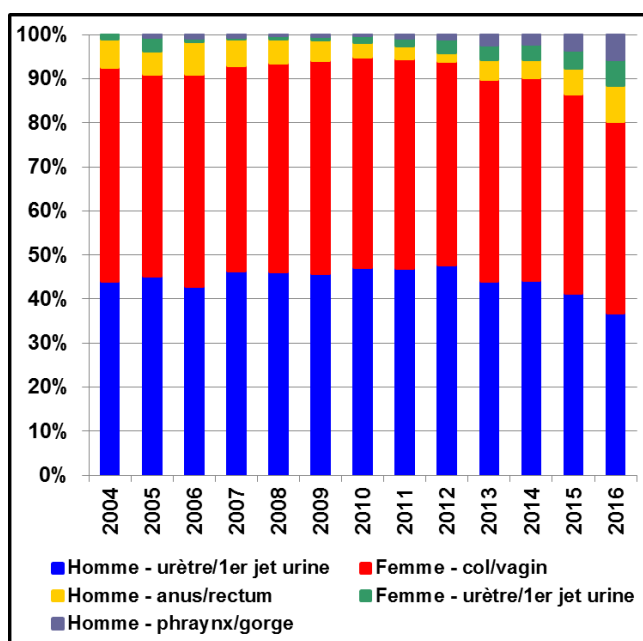


Figure G7

Évolution de la distribution des cas de gonococcies selon la technique utilisée chez les hommes, réseau Rénago, France, 2008-2016

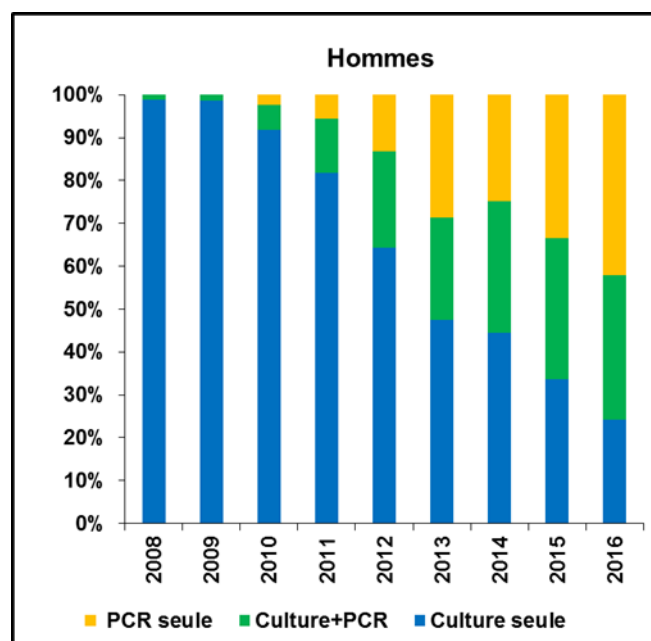
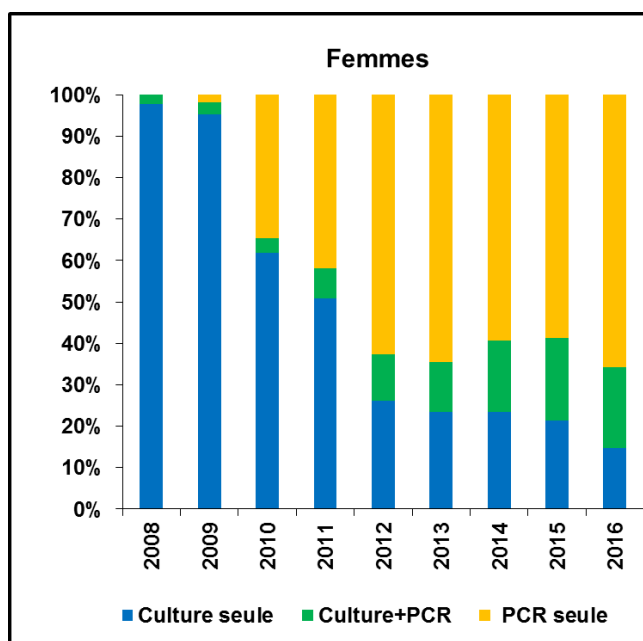


Figure G8

Évolution de la distribution des cas de gonococcies selon la technique utilisée chez les femmes, réseau Rénago, France, 2008-2016



Infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis*

- > La surveillance des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* est basée sur le réseau de laboratoires Rénachla, qui ne permet pas de connaître l'orientation sexuelle des patients. L'exhaustivité de ce réseau a été estimée à 18,2% [10,6–25,9] en 2012.
- > Les patients déclarés par ces laboratoires sont diagnostiqués dans des structures spécialisées (CeGIDD ou centre de planification et d'éducation familiale CPEF) (43%) et en médecine générale (23%). Les autres lieux de diagnostic sont les suivants : gynécologues hospitaliers (16 %) et libéraux (11 %), ou autres libéraux (5%) ou hospitaliers (2%).
- > Le nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* n'augmente pas en 2016 chez les femmes et les hommes. La proportion de femmes parmi les cas déclarés reste élevée en 2016 (63%) (figure C1).
- > La proportion de patients asymptomatiques est stable en 2016 (45% globalement, 47% chez les femmes vs 43% chez les hommes) (figure C2). Cette proportion de patients asymptomatiques varie selon les lieux de consultation (de 26% en consultation hospitalière de gynécologie à 79% en CeGIDD).
- > Les femmes diagnostiquées ont majoritairement moins de 25 ans (61%), mais 20% ont entre 25 et 29 ans, tandis que la part des hommes de moins de 30 ans est de 67% en 2016 (figures C3 et C4).

Bulletins des réseaux de surveillance des infections sexuellement transmissibles bactériennes

Figure C1 |

Évolution du nombre d'infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis*, réseau Rénachla, France, 2000-2016

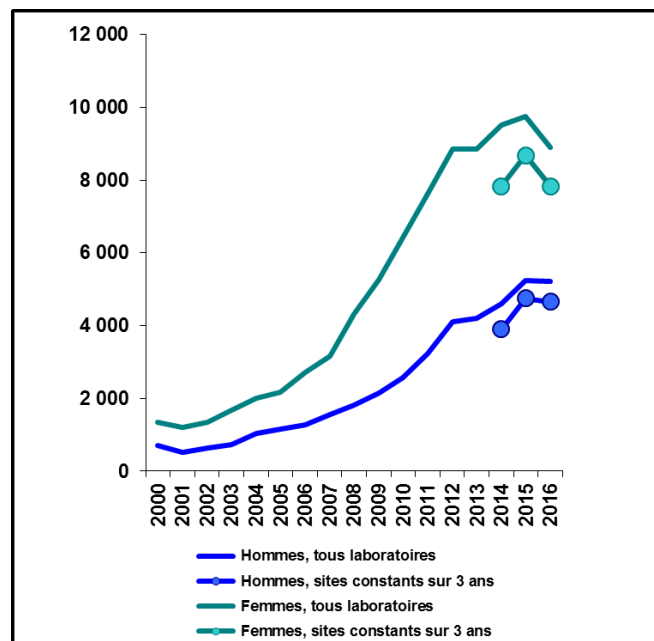


Figure C2 |

Évolution de la proportion d'infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* asymptomatiques selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2016

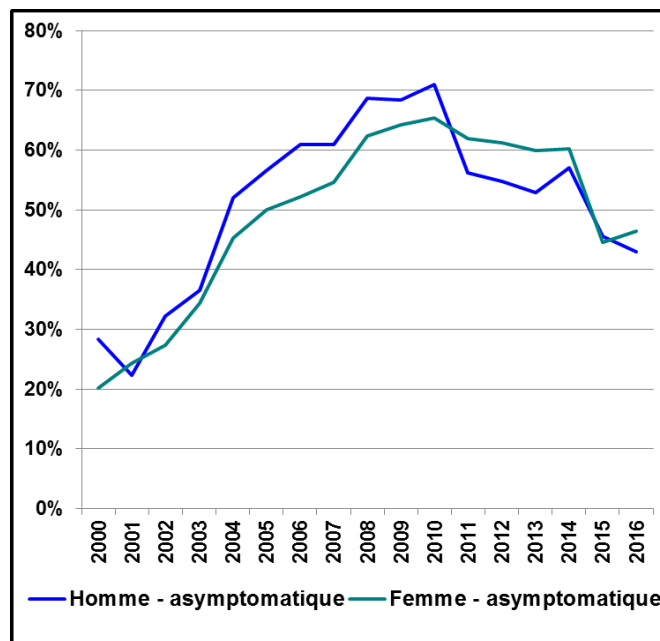


Figure C3 |

Distribution des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* par classe d'âge chez les hommes, réseau Rénachla, France, 2000-2016

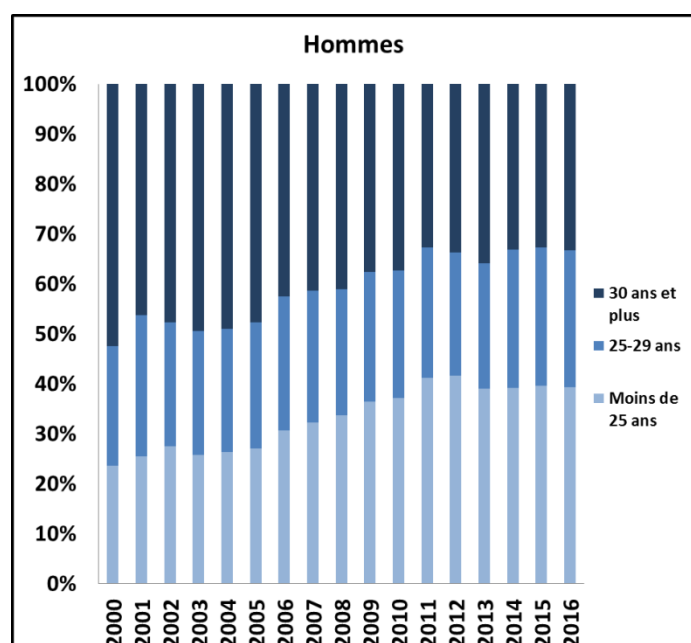
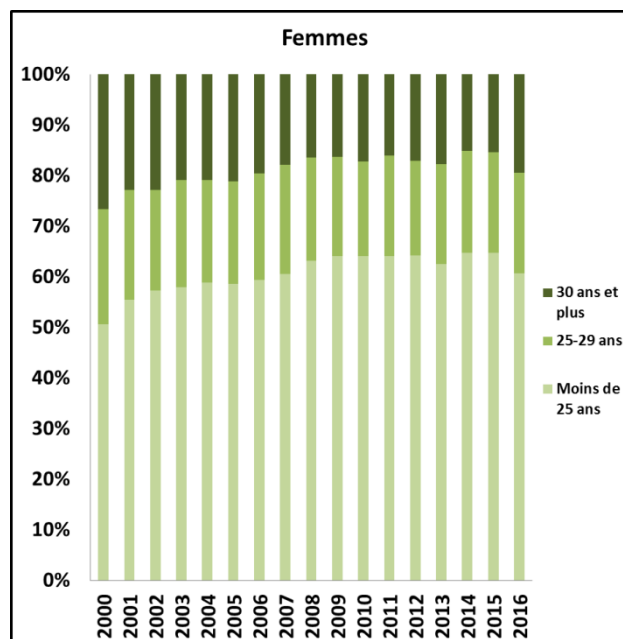


Figure C4 |

Distribution des infections uro-génitales à *Chlamydia trachomatis* par classe d'âge chez les femmes, réseau Rénachla, France, 2000-2016



Lymphogranulomatoses vénériennes rectales

> La surveillance des infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* (lymphogranulomatoses vénériennes (LGV) rectales et infections de sérovar non L) est réalisée grâce à un réseau de laboratoires, coordonné par le CNR des IST bactériennes qui effectue le génotypage des souches pour différencier les LGV des autres infections. Les données biologiques sont complétées par des données cliniques auprès des médecins prescripteurs.

> Le nombre de LGV et d'infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* de sérovar non L poursuivent leur augmentation entre 2015 et 2016 (figure L1).

> Parmi les patients pour lesquels l'information est connue :

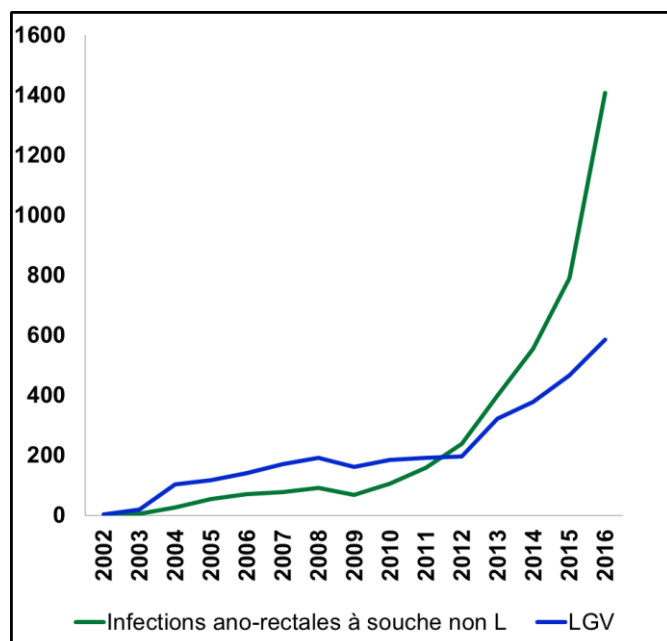
- plus de 90% des cas de LGV ou d'infections non L concernent des HSH en 2016 ;
- aucun cas de LGV rectale n'a été diagnostiqué chez une femme. Par contre, quelques cas d'infections non L sont déclarés chez des femmes.

> Les classes d'âge les plus touchées sont les 30-49 ans pour les LGV et les 20-39 ans pour les infections non L (figure L2), les âges médians au diagnostic étant respectivement de 41 ans et de 33 ans en 2016.

> La part de co-infections à VIH reste très fréquente : les trois quarts (76%) des patients diagnostiqués en 2016 pour une LGV étaient co-infectés par le VIH. Cette proportion était de 36% pour les patients diagnostiqués pour une infection rectale non L.

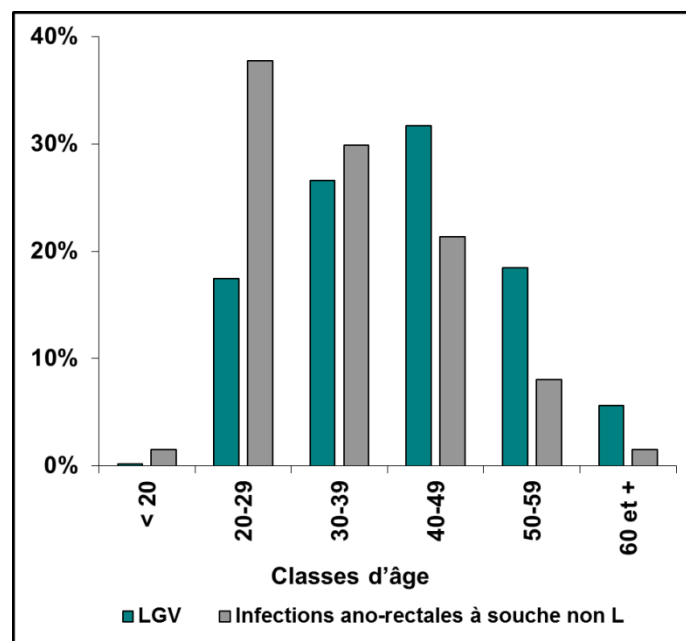
| Figure L1 |

Évolution du nombre d'infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* (LGV et non L), CNR des IST bactériennes, France, 2002-2016



| Figure L2 |

Distribution du nombre d'infections ano-rectales à *Chlamydia trachomatis* (LGV et non L) par classe d'âge, CNR des IST bactériennes, France, 2016



Infections uro-génitales à méningocoque

> *Neisseria meningitidis* est une bactérie commensale du rhinopharynx dont le portage dans la population est fréquent (estimé à environ 5 % chez les jeunes enfants et 25% chez les jeunes adultes). Dans la plupart des cas, le portage est asymptomatique, mais certaines souches invasives peuvent traverser l'épithélium respiratoire et entraîner des formes graves telles que des méningites ou des septicémies. Le méningocoque peut également coloniser les voies uro-génitales et provoquer des infections locales (urétrite, cervicite, proctite...) qui ont notamment été décrites en lien avec une transmission sexuelle lors de rapports oro-génitaux.

> La majorité des études publiées rapporte des cas sporadiques, mais des clusters de cas ont été décrits dans certains états aux Etats-Unis (ex : 122 cas confirmés dans une clinique de santé sexuelle en 2015 dans l'Ohio contre 3 cas possibles l'année précédente¹). En France, à la suite d'une recrudescence de cas d'infections invasives à méningocoque du sérogroupe C chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) en 2013-2014, une étude du CNR des méningocoques a montré des caractéristiques témoignant d'une adaptation du méningocoque à la sphère génitale et une parenté entre les souches isolées d'urétrites et des cas invasifs sur la base des analyses phylogénétiques².

> Le diagnostic des infections uro-génitales à méningocoque repose sur la mise en culture ou une PCR spécifique recherchant les gènes du méningocoque. En l'absence de recherche spécifique du méningocoque, le diagnostic clinique peut parfois être confondu avec une infection à *Neisseria gonorrhoeae*. La stratégie de prise en charge des urétrites et cervicites non compliquées inclut le traitement par un antibiotique efficace sur le méningocoque (dose unique de Ceftriaxone 500 mg en intramusculaire)³. Le traitement du ou des partenaires sexuels habituels et/ou récents est également recommandé. Certaines des souches présentent une augmentation des CMI (concentration minimale inhibitrice) de Ceftriaxone et de Cefotaxime mais restent sensibles à ces antibiotiques⁴.

> Les prélèvements positifs à *N. meningitidis* et les souches isolées de sites uro-génitaux peuvent être transmises au CNR Méningocoques et *Haemophilus influenzae* qui procède à la caractérisation des souches. Les conditions de prélèvement et de transport sont précisées sur le site internet du CNR (<https://www.pasteur.fr/fr/sante-publique/CNR/les-cnr/meningocoques/envoyer-un-echantillon>). La surveillance de ces souches est importante et permettra de mieux comprendre la dynamique de transmission de la bactérie.

Références

¹ Bazan JA, Turner AN, Kirkcaldy RD, Retchless AC, Kretz CB, Briere E, et al. Large cluster of *Neisseria meningitidis* Urethritis in Columbus, Ohio, 2015. Clin Infect Dis 2017;65(1):92-99.

² Taha MK, Claus H, Lappann M, Veyrier FJ, Otto A, Becher D, et al. Evolutionary Events Associated with an Outbreak of Meningococcal Disease in Men Who Have Sex with Men. PLoS One 2016; 11: e0154047

³ Haute Autorité de Santé. Urétrites et cervicites non compliquées : stratégie diagnostique et thérapeutique de prise en charge. Rapport d'élaboration. Octobre 2015.

⁴ Deghmane AE, Hong E, Taha MK Emergence of meningococci with reduced susceptibility to third-generation cephalosporins. J Antimicrob Chemother. 2017; 72(1):95-98.

Dépistage du VIH et des IST

Au regard des données épidémiologiques et des recommandations de la Haute Autorité de Santé, le recours au dépistage des populations prioritaires reste insuffisant. C'est pourquoi identifier les personnes non diagnostiquées et réduire le délai entre l'infection et le diagnostic sont des objectifs majeurs de santé publique.

Une offre de dépistage variée qui répond aux besoins de chacun

Depuis janvier 2016, l'offre de dépistage s'est développée. Il existe quatre façons de faire un test de dépistage VIH, associé ou non à un dépistage d'autres IST :

- Le **test dans un laboratoire d'analyses médicales** est remboursé sur ordonnance d'un médecin, confidentiel et on peut également y faire des tests de dépistage des autres IST (sur prescription).
- Le **test dans un CeGIDD** (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic du VIH, des hépatites et des IST) est gratuit, anonyme, sans rendez-vous et ces centres proposent également des tests de dépistage des autres IST.
- Le **TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) VIH** proposé par les acteurs associatifs est gratuit, anonyme et permet d'avoir un résultat rapide et d'être accompagné par des chargés de prévention spécialisés.
- L'**autotest VIH**, en vente dans les pharmacies, permet de faire le test soi-même et d'obtenir un résultat rapide, quand on veut, où l'on veut.



Poser une question : Sida info service.org 0 800 840 800



Pourquoi se protéger ?

Les préservatifs

Les dépistages

La PrEP

Le TasP

Le TPE

Les vaccinations

À CHACUN SES DÉPISTAGES

Les dépistages permettent de détecter la présence du VIH et des autres IST dans l'organisme. Il est recommandé de se faire dépister régulièrement et aussi souvent que nécessaire pour recevoir un traitement et éviter de transmettre l'infection à son/ses partenaires.

Changer la taille de texte A A A

Accueil → A chacun ses dépistages

Que faut-il savoir sur les dépistages ?

Quand faut-il se faire dépister ?

Où peut-on se faire dépister ?

Partager

QUE FAUT-IL SAVOIR SUR LES DÉPISTAGES ?

Le dépistage est le seul moyen de connaître son statut vis-à-vis du VIH et des autres IST. Beaucoup d'IST ne présentent pas de symptômes. Seul un dépistage permet de les détecter.

Chaque IST demande un dépistage spécifique, il faut donc faire un bilan complet pour bien connaître sa situation.

Aujourd'hui, c'est important de savoir le plus tôt possible si l'on est séropositif pour le VIH car, avec les traitements disponibles, une prise en charge rapide prévient l'évolution de l'infection vers le sida.

Une personne dépistée tôt et sous traitement efficace a la même espérance de vie qu'une personne séronégative.

« SEXOSAFE.FR, le site de prévention sexualités pour les HSH », <http://sexosafe.fr/>

Commander les outils de la campagne « Le dépistage du VIH s'adapte à votre vie »

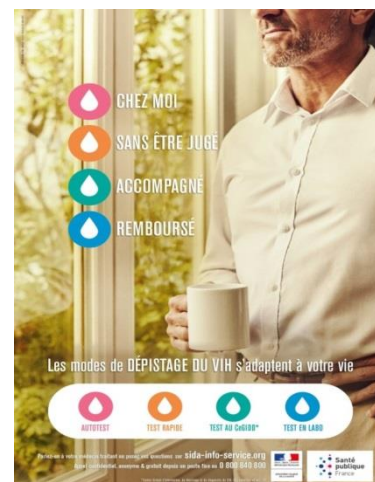
Santé publique France vous propose les affiches et cartes postales de la campagne d'incitation au dépistage de l'infection par le VIH lancée autour du 1^{er} décembre 2017.

Cette campagne met en valeur la diversité des modes de dépistage disponibles aujourd'hui en France.

Vous pouvez commander des exemplaires de ces documents en cliquant sur le lien ci-dessous :

<https://selfservice.santepubliquefrance.fr/sservice/login/inicioAction.do>

Si vous souhaitez les imprimer vous-même, des fichiers électroniques de ces documents sont à votre disposition. Ils offrent la possibilité d'ajouter vos logos et ceux de vos partenaires ainsi que les noms, dates et lieux d'événements autour du dépistage sur vos territoires. Ils peuvent vous être transmis, sur demande auprès de lucile.bluzat@santepubliquefrance.fr.



En savoir plus :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites>

<http://sexosafe.fr/> <http://www.onsexprime.fr/#> <http://www.info-ist.fr/tout-savoir-sur-les-ist/blennorragie-gonococcique.html>

Nous remercions vivement pour leur contribution à la surveillance des IST bactériennes :

- l'ensemble des participants (médecins, biologistes ou autres professionnels) aux réseaux volontaires Rénago, Rénachla, RésIST et LGV, qu'ils exercent en CeGIDD, en consultation hospitalière, en médecine de ville ou en laboratoires d'analyses médicales
- le CNR des IST bactériennes (*Chlamydia trachomatis*, mycoplasmes urogénitaux, syphilis, gonocoques) et le CNR Méningocoques et *Haemophilus influenzae*
- les référents IST des cellules d'intervention de Santé publique France en région (Cire)

L'organisation de la surveillance des IST et les contacts des personnes en charge de cette surveillance sont consultables sur le site de Santé publique France :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Comment-surveiller-les-IST>.

Retrouver ici les dernières données de surveillance des IST/VIH en région au travers des bulletins régionaux réalisés par les Cire : [http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/\(node_id\)/1688/\(query\)/Infections+sexuellement+transmissibles](http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/(node_id)/1688/(query)/Infections+sexuellement+transmissibles)

Rédacteurs :

Delphine Viriot (Santé publique France, Directions des Maladies Infectieuses DMI), Corinne Pioche (DMI), Anne-Sophie Barret (DMI), Muhamed-Kheir Taha (Centre National de Référence Méningocoques et *Haemophilus influenzae*), Lucile Bluzat (Santé publique France, Direction de la prévention et de la promotion de la santé), Ouassila Hannachi (DMI), Charly Ramus (DMI), Ndeindo Ndeikoundam (DMI) et Florence Lot (DMI)

Relecteurs :

Bruno Coignard et Didier Che (Direction de la DMI)