

## 4.1 - Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Rédigé par Annie Velter (a.velter@invs.sante.fr), Caroline Semaille et Alice Bouyssou-Michel

### Les points clés

- Sur la période 2003-2005, 2 630 homosexuels ont découvert leur séropositivité, soit 23 % des découvertes de séropositivité ; près de la moitié d'entre eux se sont contaminés dans les six mois ayant précédé le diagnostic.
- Plus d'un homosexuel sur dix "se déclare" séropositif pour le VIH.
- Depuis 2000, une augmentation des comportements sexuels à risque est observée, particulièrement importante parmi les hommes séropositifs et ceux n'étant plus certains d'être encore séronégatifs.
- Ces comportements sexuels à risque se traduisent par une augmentation des infections sexuellement transmissibles, notamment de la syphilis et de la lymphogranulomatose vénérienne.
- En 2004, plusieurs cas d'hépatite aiguë C, liés à des pratiques sexuelles sanglantes, ont été signalés parmi des patients homosexuels séropositifs.

### 4.1.1. INTRODUCTION

Depuis 2000, une recrudescence des pratiques sexuelles à risque est observée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) à travers les enquêtes de comportements dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest [1-5] et d'Amérique du Nord [6,7]. Parallèlement à ces observations, l'augmentation de plus de 50 % du nombre de découvertes de séropositivité au VIH chez les HSH entre 2001 et 2004 dans les pays d'Europe de l'Ouest [8], la résurgence de la syphilis depuis 2000 [9], puis l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) rectale, depuis 2003 [10], dans la même région, viennent corroborer ce constat alarmant.

La situation épidémiologique de l'infection à VIH chez les HSH est donc préoccupante. L'ensemble des données disponibles (surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST), notifications obligatoires du VIH/sida, enquêtes de comportements, pratique du dépistage, enquêtes hospitalières sur les HSH séropositifs) est nécessaire pour mieux comprendre la progression du VIH dans cette population, estimée à près de 300 000 personnes<sup>1</sup> [11], afin de mieux cibler les actions, renouveler les messages de prévention et identifier des pratiques à risque émergentes.

Ce chapitre met en perspective les données épidémiologiques disponibles jusque fin 2005 dans la population homosexuelle masculine en analysant les données des notifications obligatoires des cas de sida, de VIH, de la surveillance virologique et les données d'enquêtes comportementales issues des enquêtes Presse Gay (EPG)<sup>2</sup> et Baromètre Gay (BG), permettant de suivre l'évolution des comportements sexuels préventifs des homosexuels masculins.

Les définitions utilisées dans les deux dispositifs de surveillance épidémiologique et comportementale ne sont pas similaires. Ainsi, dans le cadre de la notification obligatoire, le mode de contamination par rapport homosexuel est établi par le clinicien réalisant le diagnostic. Dans les enquêtes comportementales, la notion d'homosexualité repose sur le fait de répondre de manière volontaire à un questionnaire destiné spécifiquement aux homosexuels masculins, que ce soit dans la presse identitaire (EPG) ou dans des lieux de rencontre communautaires (BG) et de s'autodéfinir en tant que tel.

### 4.1.2. PRÉVALENCE DU VIH, DIAGNOSTICS DE SIDA, DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ AU VIH ET SURVEILLANCE VIROLOGIQUE CHEZ LES HOMOSEXUELS MASCULINS

#### 4.1.2.1. Prévalence du VIH

La prévalence de l'infection à VIH chez les homosexuels est basée sur les déclarations des répondants homosexuels séropositifs participant

<sup>1</sup> L'enquête "Analyses des comportements sexuels en France" (ACSF/Inserm) réalisée en 1992 auprès de 20 000 Français a estimé le nombre d'homosexuels actifs sexuellement à 280 000 personnes.

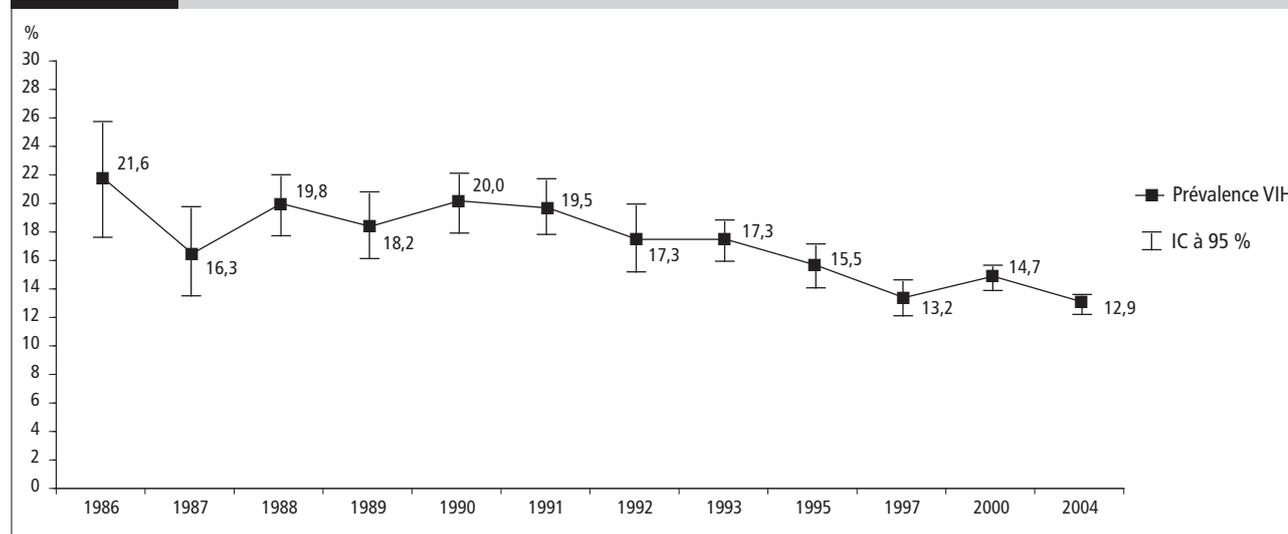
<sup>2</sup> Enquêtes recevant l'appui scientifique et financier de l'ANRS.

aux enquêtes comportementales réalisées auprès de cette population. Depuis 1986, la part des répondants de l'EPG déclarant être séropositifs a significativement diminué, passant de 22 % [IC95 % : 17,6-25,7] à 15 % en 1995 [14,0-17,0], puis à 13 % [11,8-13,9] en 2004 pour les

répondants de la presse uniquement (figure 1). La même tendance est constatée parmi les répondants de l'Île-de-France (IDF) du BG : alors que 17 % [14,9-18,4] déclaraient être séropositifs en 2000, ils étaient 14 % [12,7-15,5] à l'indiquer en 2005.

FIGURE 1

### ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE VIH DÉCLARÉE DES RÉPONDANTS DE L'ENQUÊTE PRESSE GAY



L'âge moyen auquel les répondants séropositifs de l'EPG ont eu connaissance de leur statut tend à augmenter. Cet âge s'élevait à 29 ans en moyenne en 1997 contre 32 ans en 2004. De même, alors qu'en 1997, ils étaient 24 % à avoir été diagnostiqués au moins dix ans avant la date de l'enquête, en 2004, la moitié est dans ce cas.

L'âge moyen des répondants séropositifs s'élève à 42 ans en 2004, il n'a cessé d'augmenter depuis 1997 (35 ans). La prévalence VIH déclarée parmi les répondants de l'EPG âgés de moins de 25 ans est très faible et baisse depuis 1997, passant de 2 % à 1 % en 2004 (les différences ne sont pas significatives du fait de la faiblesse des effectifs).

Les autres caractéristiques des répondants de l'EPG se déclarant séropositifs au VIH restent constantes dans le temps. Ils appartiennent pour la plupart à un milieu plutôt favorisé : 55 % ont suivi des études supérieures et plus du tiers sont cadres. Cependant, 15 % ont un salaire mensuel net inférieur à 1 000 euros de manière constante depuis 2000 et ils sont moins nombreux à indiquer exercer une activité professionnelle en 2004 (76 %) qu'en 1997 (83 %). Concernant plus spécifiquement la prise en charge thérapeutique des répondants

séropositifs, près des trois quarts (74 %) prennent un traitement anti-VIH : il s'agit alors principalement de trithérapies. Le fait de ne pas recevoir de traitement est majoritairement acté avec le médecin. La dernière charge virale des répondants séropositifs était en 2004, pour 64 % d'entre eux, indétectable.

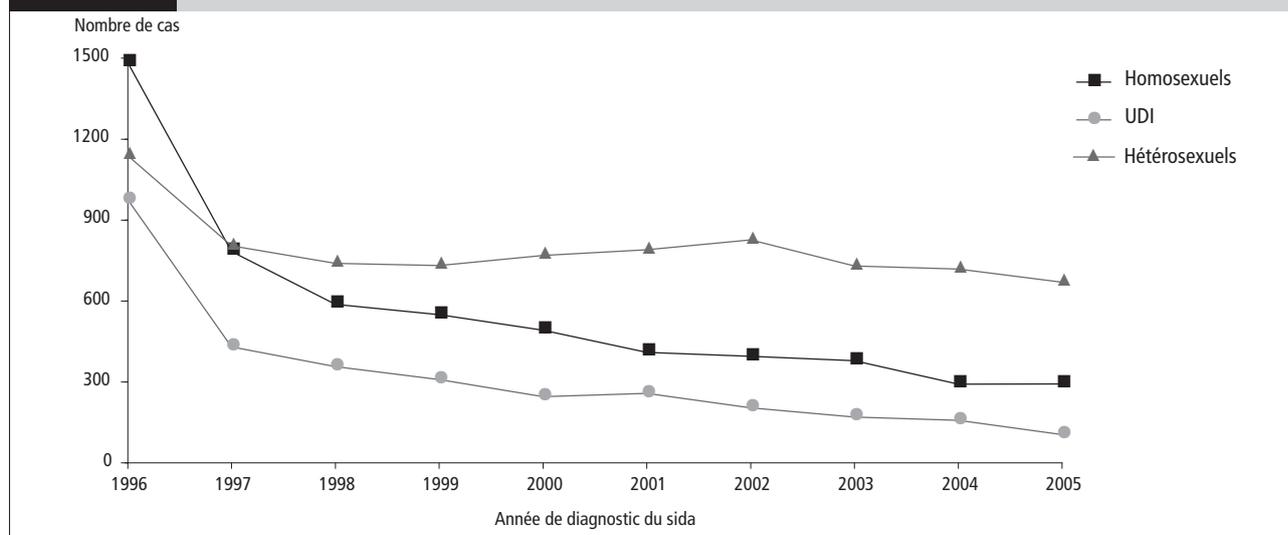
#### 4.1.2.2. Évolution des cas de sida

Le nombre et la proportion des homosexuels parmi les cas de sida (notification obligatoire) ont largement diminué entre 1996 et 2005 : de 1 483 cas, soit 37 % de l'ensemble des cas de sida en 1996, à 293 cas, après redressement, en 2005, soit 23 %.

Les homosexuels découvrent plus rarement leur séropositivité au moment du diagnostic de sida et sont plus souvent traités par antirétroviraux avant le sida que les hétérosexuels. C'est la raison pour laquelle la diminution du nombre de cas de sida a été plus marquée pour les homosexuels (-30 % par an) que pour les hétérosexuels (-18 %) entre 1996 et 1998 et s'est poursuivie au-delà de 1998 pour les homosexuels (-7 % par an).

FIGURE 2

NOMBRE DE CAS DE SIDA PAR MODE DE CONTAMINATION ET ANNÉE DE DIAGNOSTIC (FRANCE, DONNÉES AU 31/03/2006 REDRESSÉES POUR LES DÉLAIS DE DÉCLARATION)



L'âge moyen des homosexuels au diagnostic de sida, qui était de 41 ans sur la période 1996-2001, est de 43 ans sur la période 2002-2005. Comme dans les enquêtes comportementales, au moment du diagnostic du sida, les homosexuels appartiennent à des catégories socioprofessionnelles plutôt favorisées. Toutefois, 13 % d'entre eux indiquent ne pas avoir d'emploi.

Entre 1996 et 2001, les patients homosexuels et hétérosexuels avaient le même risque de décès après le diagnostic de sida [12].

#### 4.1.2.3. Découvertes de séropositivité et diagnostics de sida

Depuis la mise en place de la notification obligatoire en 2003, 2 630 séropositivités ont été découvertes et notifiées chez des hommes homosexuels en France, soit un pourcentage de 23 % (29 % si les modes de contamination "inconnus" sont exclus).

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, la proportion d'homosexuels a significativement augmenté de 20 % au 1<sup>er</sup> semestre 2003 à 29 % au 1<sup>er</sup> semestre 2005. L'âge au diagnostic entre 2004 et 2005 est comparable. La proportion d'homosexuels au stade de primo-infection ou asymptomatique au moment de la découverte de séropositivité n'a pas évolué.

Les homosexuels découvrent en moyenne leur séropositivité à 39 ans. Les homosexuels âgés de 30 à 39 ans représentent près de la moitié des cas (42 %), alors que les moins de 20 ans représentent 1 %.

Parmi les hommes qui découvrent leur séropositivité sur la période 2003-2005, si on compare les caractéristiques des homosexuels (N=2 630) à ceux contaminés par rapports hétérosexuels (N=2 581), les homosexuels sont plus jeunes (37 ans vs 41 ans,  $p < 10^{-4}$ ), sont plus souvent dépistés à la suite d'une exposition à un risque (32 % vs 19 %,  $p < 10^{-4}$ ) et déclarent plus souvent un partenaire séropositif (10 % vs 5 %). La répartition des catégories socioprofessionnelles dans ces deux populations est globalement différente : moins d'ouvriers et plus de cadres ou de professions libérales chez les homosexuels. Par ailleurs,

au moment du diagnostic, les homosexuels sont plus souvent en activité que les hétérosexuels (67 % vs 44 %) et de nationalité française que les hétérosexuels (82 % vs 38 %).

#### Disparités régionales et nationalités

Les homosexuels qui ont découvert leur séropositivité ou leur sida en 2003-2005 résident principalement en IDF, (respectivement 42 % et 40 %) et, dans une moindre mesure, en région Midi-Pyrénées (4 %, 4 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA, 6 %, 9 %), Rhône-Alpes (7 %, 9 %), Languedoc-Roussillon (3 %, 4 %), Aquitaine (5 %, 5 %). De même, les répondants de l'EPG, quelle que soit l'année de réalisation, habitent principalement l'IDF (45 % en 2004) et, dans une moindre mesure, la région PACA (9 %), puis Rhône-Alpes (7 %), Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon dans les mêmes proportions (6 %).

La grande majorité des homosexuels qui découvrent leur séropositivité (82 %) ou la pathologie sida (92 %) sont de nationalité française. Le nombre d'homosexuels de pays d'Afrique subsaharienne ou d'Afrique du Nord est très faible, que ce soit au moment de la découverte de la séropositivité ou au stade sida (2 % et 3 %). En revanche, les homosexuels de nationalité d'un pays du continent américain (principalement du Brésil) sont plus nombreux (4 % parmi les découvertes de séropositivité, 2 % parmi les cas de sida). La question de la nationalité des répondants dans les enquêtes comportementales n'a pas été évoquée jusqu'à présent ; seule la dernière édition du BG en 2005, réalisée uniquement sur l'IDF, aborde la notion de pays de naissance. Ainsi, parmi les répondants se déclarant séropositifs au VIH, 85 % indiquent être nés en France ; les autres hommes sont nés pour 8 % dans un pays d'Europe, 2 % dans un pays d'Amérique du Nord ou du Sud, 2 % dans un pays du Maghreb et 1 % dans un pays d'Afrique subsaharienne.

#### 4.1.2.4. Les données de la surveillance virologique (2003-2005)

Les résultats du test d'infection récente réalisé lors de la découverte de la séropositivité sont disponibles pour 2 109 homosexuels<sup>3</sup> et montrent que près de la moitié (45,0 % [42,9-47,3]) d'entre eux ont été infectés récemment, dans les 6 mois précédant le diagnostic.

<sup>3</sup> Personnes notifiées pour le VIH qui n'ont pas refusé la surveillance virologique et pour lesquelles un buvard, sur lequel est réalisé le test d'infection récente, est disponible.

La proportion d'infections récentes chez les homosexuels est relativement stable entre 2003 et 2005 ( $p = 0,04$ ), même si elle est plus élevée au 1<sup>er</sup> semestre 2003 (56 %).

La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels qui résident en IDF (50 % vs 41 % pour les autres régions,  $p < 10^{-4}$ ), alors qu'elle est plus faible en PACA (43 %), en Aquitaine (48 %) et dans la région Rhône-Alpes (37 %). Elle varie selon le motif de dépistage et la nationalité (Français 46 % vs tous les étrangers 40 %,  $p = 0,02$ ). Elle diminue significativement avec l'âge : 57 % (moins de 30 ans), 47 % (30-39 ans), 39 % (40-49 ans) et 25 % pour les plus de 50 ans ( $p < 10^{-4}$ ). La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels dont la notification obligatoire a été faite par un médecin de ville (54 %) que par un médecin hospitalier (41 %,  $p < 10^{-4}$ ). Ce résultat semble indiquer, qu'après une exposition au VIH, les personnes consultent un médecin de ville avant d'avoir recours à un médecin hospitalier. La proportion d'infections récentes varie également en fonction des catégories socioprofessionnelles ( $p = 0,005$ ) : elle est plus

élevée chez les employés (47 %), les cadres ou professions libérales (46 %) que chez les ouvriers (34 %).

Les données associées à l'infection récente en analyse univariée ont été incluses dans un modèle d'analyse multivariée. Les résultats de l'analyse sont présentés dans le tableau 1. Les facteurs liés à l'infection récente sont : l'âge (l'infection récente diminue avec l'âge, les homosexuels de moins de 30 ans ayant 3,8 fois plus de risque d'être détectés en infection récente que ceux de plus de 50 ans), la région (risque d'infection récente en IDF 1,4 fois plus élevé par rapport à l'ensemble des autres régions) et le type de médecin déclarant (les médecins de ville déclarent 1,6 fois plus d'infections récentes que les médecins hospitaliers). Dans une moindre mesure, le risque d'être détecté en infection récente est lié à la nationalité et au motif de dépistage. En revanche, la proportion d'infections récentes ne varie pas significativement selon la catégorie socioprofessionnelle et l'année de diagnostic.

TABLEAU 1	FACTEURS ASSOCIÉS À L'INFECTION RÉCENTE, RÉSULTATS DE L'ANALYSE MULTIVARIÉE RÉALISÉE SUR 2 109 SUJETS HOMOSEXUELS MASCULINS, DONNÉES AU 31/12/2005							
		Nombre total	Analyse univariée			Analyse multivariée		
			OR	[IC95 %]	p	ORa	[IC95 %]	p
Âge au moment du diagnostic								
15-29 ans	493	3,92	[2,78-5,52]	<10 <sup>-4</sup>	3,81	[2,69-5,40]	<10 <sup>-4</sup>	
30-39 ans	889	2,64	[1,91-3,63]		2,46	[1,77-3,40]		
40-49 ans	488	1,95	[1,38-2,75]		1,84	[1,30-2,61]		
≥50 ans	239	1			1			
Nationalité								
Homosexuels français	1 721	1		0,02	1		0,007	
Homosexuels étrangers	388	0,77	[0,62-0,97]		0,72	[0,57-0,91]		
Motif de dépistage								
Présence de signes cliniques ou biologiques	741	1		< 10 <sup>-4</sup>	1		0,0004	
Exposition au VIH	760	1,16	[0,94-1,43]		0,97	[0,78-1,20]		
Autres : bilan systématique, motif du test non renseigné	668	0,73	[0,59-0,90]		0,66	[0,53-0,83]		
Région de résidence								
Hors Île-de-France	1 164	1		< 10 <sup>-4</sup>	1		0,0002	
Île-de-France	945	1,47	[1,23-1,74]		1,41	[1,18-1,69]		
Type de déclarant								
Médecins hospitaliers	1 477	1		< 10 <sup>-4</sup>	1		< 10 <sup>-4</sup>	
Médecins de ville	632	1,65	[1,37-2,0]		1,57	[1,29-1,91]		

#### 4.1.2.5. Quels sont les virus qui infectent les homosexuels ?

La surveillance virologique a permis d'identifier trois infections à VIH-2 chez des homosexuels, dont un Français et deux hommes d'Amérique Latine (Pérou et Colombie). Les homosexuels sont infectés majoritairement par le virus VIH-1 de sous-type B (86 %), mais la proportion d'homosexuels infectés par des sous-types non-B n'est pas négligeable (14 %) ; par ailleurs, plus d'un tiers de ces infections à sous-types non-B correspondent à des contaminations récentes.

#### 4.1.3. ÉPIDÉMIOLOGIE DES IST CHEZ LES HOMOSEXUELS DEPUIS 2000

Les enquêtes comportementales permettent d'appréhender la proportion de répondants ayant eu des IST au cours de la vie et dans les 12 derniers mois. Parmi les répondants de l'EPG 2004, 40 % indiquent avoir eu une IST au cours de leur vie et 10 % dans les 12 derniers mois ; ces proportions, globales, sont similaires depuis 1997. Quant aux répondants du BG 2005, ils sont proportionnellement plus nombreux à déclarer une IST, que ce soit au cours de leur vie (46 %) ou dans les 12 derniers mois (12 %) ; une tendance à la hausse est constatée sans que les différences soient significatives.

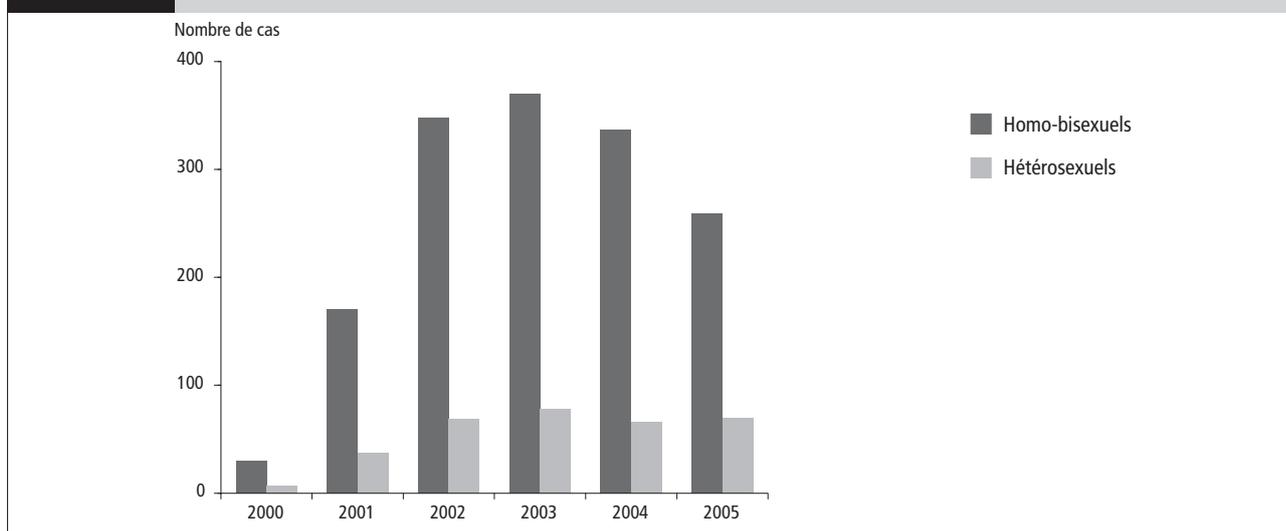
#### 4.1.3.1. La syphilis parmi les homosexuels<sup>4</sup>

Depuis la mise en place du système de surveillance de la syphilis en 2000, plus de 1 500 cas de syphilis (80 %) concernent des homosexuels

ou bisexuels masculins ; leur part est encore plus élevée en IDF (87 %). Une diminution du nombre de syphilis chez les homosexuels est observée en 2005 en IDF (-39 % entre 2004 et 2005), mais pas dans les autres régions.

FIGURE 3

NOMBRE DE CAS DE SYPHILIS CHEZ LES HOMO-BISEXUELS MASCULINS ET LES HÉTÉROSEXUELS, ENTRE 2000 ET 2005, RÉSEAU DE SURVEILLANCE SYPHILIS, FRANCE



La co-infection syphilis/VIH est fréquente, puisque près de la moitié des HSH qui présentent une syphilis sont séropositifs ; cette proportion a diminué entre 2000 et 2005, passant de 60 % à 43 %. Par contre, la proportion non négligeable d'homosexuels qui découvrent leur séropositivité au moment du diagnostic de la syphilis (7 %) est stable. La récurrence de la syphilis est fréquente : parmi les homosexuels qui ont présenté une syphilis, près d'un sur cinq a un antécédent de syphilis. Pour ceux qui ont présenté deux épisodes de syphilis entre 2000 et 2004, le délai médian de recontamination était de 16 mois. Les sujets qui ont présenté au moins deux syphilis sont plus souvent séropositifs. Les homosexuels qui présentent une syphilis ont 37 ans en moyenne et déclarent une médiane de dix partenaires au cours des 12 derniers mois. Ils déclarent utiliser systématiquement le préservatif pour 50 % d'entre eux lors des pénétrations anales et quasiment pas pour les fellations (2 %).

D'autre part, les données recueillies par les enquêtes comportementales indiquent les mêmes tendances et caractéristiques que celles observées dans le réseau. La prévalence déclarée de la syphilis au cours des 12 derniers mois par les répondants de l'EPG 2004 s'élève à 2 % ; elle a augmenté depuis 1997 (tableau 2). De même, les prévalences déclarées par les répondants du BG sont plus importantes et ce, pour les trois éditions : en 2000, ils étaient 1 % à avoir eu une syphilis dans l'année contre 4 % en 2002 et en 2005 (tableau 2). Les antécédents de syphilis dans l'année, quelles que soient l'enquête et la date de sa réalisation, sont plus importants parmi les répondants séropositifs au VIH (8 % pour l'EPG 2004, 13 % pour BG 2005). Ainsi, la probabilité pour les répondants de l'EPG 2004 d'avoir eu une syphilis au cours de

l'année est multipliée par quatre pour ceux qui sont séropositifs au VIH, par cinq pour ceux qui ont eu plus de dix partenaires dans les 12 derniers mois et par 1,5 pour ceux fréquentant régulièrement les sites de rencontre sur Internet.

#### 4.1.3.2. Les autres IST<sup>4</sup>

Les données rapportées par le système de surveillance indiquent que la LGV<sup>5</sup> concerne exclusivement des hommes homosexuels (N=244), âgés de 39 ans en moyenne, dont plus de 80 % sont également séropositifs [10]. La quasi-totalité des cas a été diagnostiquée en IDF (95 %). L'émergence de cette IST étant récente, seul BG 2005 y fait référence. La proportion de répondants déclarant avoir eu une LGV au cours des 12 derniers mois est faible, de l'ordre de 1 % (N=25). L'âge moyen des hommes concernés est de 33 ans, 3 % des répondants séropositifs au VIH déclarent avoir eu une LGV dans l'année contre 0,8 % parmi ceux qui sont séronégatifs ( $p < 10^{-4}$ ).

Le nombre de gonococcies a augmenté entre 2002 et 2004 dans le réseau de surveillance Renago [13] de manière importante chez les hommes (croissance de plus de 45 %). En revanche, les données des enquêtes comportementales divergent par rapport aux données de surveillance. Ainsi, après une augmentation entre 1997 et 2000 de la proportion des répondants de l'EPG indiquant avoir eu au cours des 12 derniers mois une ou des gonococcies (2 % à 4 %), une baisse est constatée en 2004 (tableau 2). La même tendance est observée pour les répondants du BG : 10 % en 2000, 7 % en 2002 et 7 % en 2005 (tableau 2).

<sup>4</sup> Cf. chapitre 3 pour plus de détails.

<sup>5</sup> Données de surveillance au 31 décembre 2005.

TABLEAU 2

PRÉVALENCES DÉCLARÉES DES RÉPONDANTS, POURCENTAGES ET INTERVALLES DE CONFIANCE [95 %], PAR ENQUÊTE COMPORTEMENTALE ET PAR ANNÉE

	Enquête Presse Gay (%)			Baromètre Gay <sup>a</sup> (%)		
	1997	2000	2004 <sup>b</sup>	2000	2002	2005
VIH <sup>c</sup>	13,2 [12,0-14,5]	14,7 [13,6-15,8]	12,9 [11,8-13,9]	16,6 [14,9-18,4]	16,2 [14,8-17,7]	14,1 [12,7-15,5]
Syphilis <sup>d</sup> (12 mois)	0,1 [0-0,2]	0,9 [0,7-1,2]	1,8 [1,4-2,2]	0,1 [0,6-1,4]	3,6 [2,9-4,3]	4,3 [3,5-5,1]
Gonococcie <sup>d</sup> (12 mois)	2,2 [1,7-2,8]	4,0 [3,8-4,5]	3,2 [2,7-3,7]	10,4 [9,0-11,7]	7,5 [6,5-8,4]	7,1 [6,0-8,1]
Hépatite A	-	12,8 [11,8-13,8]	11,6 [10,7-12,4]			
Hépatite B	11,7 [10,6-12,8]	11,6 [10,6-12,5]	9,6 [8,7-10,4]			
Hépatite C <sup>e</sup>	-	5,4 [4,3-6,4]	2,8 [2,1-3,4]			

<sup>a</sup> Établissements franciliens uniquement.<sup>b</sup> Presse uniquement.<sup>c</sup> Parmi les répondants testés.<sup>d</sup> Parmi les répondants.<sup>e</sup> Parmi les répondants testés et connaissant leur résultat.

#### 4.1.4. PRÉVALENCE DES HÉPATITES CHEZ LES HOMOSEXUELS ET CO-INFECTION DES HÉPATITES CHEZ DES HOMOSEXUELS SÉROPOSITIFS

Les enquêtes comportementales permettent de disposer des prévalences déclarées des hépatites A, B et C à partir des réponses apportées aux EPG depuis 1997 (tableau 2). En 2004, la proportion de répondants ayant déclaré une hépatite A au cours de leur vie est de 12 % (13 % en 2000). La proportion d'hommes ayant déclaré une hépatite B au cours de leur vie en 2004 s'élève à 10 % (12 % en 2000 et 1997). La même tendance à la baisse est constatée quant à la proportion d'hommes ayant un résultat positif au dépistage de l'hépatite C. En 2000, elle était de l'ordre de 5 % contre 3 % en 2004. En 2004, le fait d'avoir déclaré un résultat positif au dépistage de l'hépatite C au cours de la vie était multiplié par quatre pour les répondants séropositifs pour le VIH (ORa=3,90, IC95 % : 2,25-6,80), par deux pour ceux âgés de 35 ans ou plus (ORa=2,04, IC95 % : 1,08-3,84) et par deux également pour les consommateurs d'héroïne ou de cocaïne au cours des 12 derniers mois (ORa=2,28, IC95 % : 1,19-4,36).

L'enquête de prévalence des hépatites B et C réalisée en 2004, en France métropolitaine, auprès de la population générale adulte, indique que les personnes se définissant homosexuelles sont 29 % [15,6-48,3] à avoir eu un contact antérieur avec le virus de l'hépatite B et 0,4 % [0,1-2,6] à être séropositives anti-VHC [14]<sup>6</sup>.

L'enquête nationale hospitalière conduite en 2004 sur la prévalence des infections par les virus des hépatites B et C dans la population atteinte par le VIH (3 114 homosexuels) [15] a montré que la prévalence du VHC chez les homosexuels est estimée à 3 % [2,0-4,7], prévalence qui est plus faible que pour les autres modes de transmission (chez les hétérosexuels séropositifs, la prévalence du VHC est de 9 %). La prévalence du VHB chez les homosexuels est de 9 % [7,1-11,8] ; d'autre

part, 22 % des homosexuels séropositifs [17,6-26,3] seraient vaccinés contre le VHB (dont seulement près de la moitié aurait reçu trois injections)<sup>6</sup>.

Une étude rétrospective, réalisée auprès de trois services parisiens, a permis de recenser 29 cas d'hépatite aiguë C, majoritairement de génotype 4, survenus entre 2001 et 2004 chez des homosexuels [16]. Ces hommes, âgés de 40 ans en moyenne au moment du diagnostic d'hépatite C, étaient le plus souvent asymptomatiques pour l'infection à VIH et rapportaient des pénétrations anales non protégées, parfois traumatiques ou sanglantes, avec des partenaires sexuels multiples. Près de la moitié d'entre eux décrivait la survenue d'une IST concomitante à l'hépatite C. Aucun des facteurs de risque de transmission du VHC (usage de drogue, gestes invasifs...) n'a été retrouvé<sup>6</sup>.

#### 4.1.5. ACCÈS AU DÉPISTAGE VIH

Le recours au test de dépistage VIH au cours de la vie est majoritaire parmi les répondants des enquêtes comportementales, que ce soit pour l'EPG (86 % en 2004) ou le BG (93 % en 2005). Le recours au dépistage est stable au cours des différentes éditions de l'EPG (87 % en 1997 et 2000) et du BG (91 % en 2000 et 92 % en 2002). De la même manière, pour les deux enquêtes, plus de la moitié des répondants ayant eu recours à un test de dépistage VIH dans leur vie, ont réalisé leur dernier test au cours des 12 derniers mois : 56 % pour les répondants de l'EPG 2004 et 55 % pour les répondants du BG 2005. La proportion de répondants du BG ayant réalisé leur dernier test dans l'année a progressé significativement depuis 2000 (49 %), alors qu'elle est stable pour ceux de l'EPG. En 2004, le nombre moyen de tests VIH effectués lors des deux dernières années, parmi les répondants de l'EPG, est de 2,8 [1-30] et près d'un tiers (30 %) de ces répondants testés ont réalisé trois tests et plus au cours des deux dernières années. Les principaux motifs évoqués par les répondants quant à la réalisation de leur dernier test VIH sont la vérification régulière de leur sérologie (46 %), ne plus protéger leurs rapports sexuels avec leur partenaire stable (24 %), la

<sup>6</sup> Cf. chapitre 1.4.

prise de risque au cours de rapports sexuels (21 %) ou encore des problèmes de santé (21 %).

Dans l'enquête réalisée en 2004 auprès des Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) [17] sur le profil des consultants, 13 % des hommes ayant rempli le questionnaire indiquent avoir des pratiques sexuelles avec des hommes. Leur âge médian s'élève à 32 ans. Ils indiquent majoritairement avoir déjà fait un test de dépistage VIH au cours de leur vie (80 %). Au moment de leur interrogatoire, ils déclarent avoir effectué dans les deux dernières années, en moyenne deux tests. Le délai moyen depuis leur dernier test est de 13 mois et ils sont 64 % à avoir fait leur dernier test au cours des 12 derniers mois.

Dans les données de la notification obligatoire du VIH, au moment de la découverte de la séropositivité, les deux principaux motifs de dépistage chez les homosexuels sont la présence de signes cliniques ou biologiques (33 %), signes qui peuvent être liés à une primo-infection, et la notion d'une exposition au VIH (32 %). Près d'un homosexuel sur cinq découvre sa séropositivité au moment d'une primo-infection : cette proportion élevée de diagnostics à ce stade suggère un recours précoce au dépistage chez les homosexuels exposés au risque d'infection. Cette proportion est plus élevée parmi les homosexuels de moins de 40 ans (21 % contre 15 % chez les 40 ans et plus). Cependant, une part non négligeable (14 %) des homosexuels découvre leur séropositivité tardivement, au stade sida ; cette proportion augmente avec l'âge : de 2 % chez les moins de 30 ans, elle atteint 33 % chez les 50 ans et plus.

#### 4.1.6. ÉVOLUTION DES PROFILS ET DES COMPORTEMENTS SEXUELS DES HOMOSEXUELS

##### 4.1.6.1. Caractéristiques sociodémographiques : un profil similaire quel que soit le dispositif d'enquête et stable dans le temps

Les hommes répondant aux enquêtes comportementales ont un profil sociodémographique similaire et constant au cours des éditions. L'âge moyen des répondants est de 37 ans pour l'EPG et 36 ans pour le BG. Un vieillissement des répondants est constaté depuis 1997 pour l'EPG : l'âge moyen s'élevait à 32 ans en 1997 et à 35 ans en 2000. Outre le fait que la part des moins de 25 ans participant à l'enquête n'augmente pas, celle des 25-29 ans tend à diminuer (20 % en 2000 vs 14 % en 2004) alors que le poids des 45 ans et plus augmente (15 % en 2000 vs 23 % en 2004). Le même vieillissement est constaté concernant les répondants du BG. Alors que l'âge moyen des répondants en 2000 était de 34 ans, il est de 36 ans en 2005. Les répondants appartiennent à un milieu plutôt favorisé de par leur niveau d'études : plus de 60 % ont suivi des études supérieures quel que soit le dispositif d'enquête. Ils sont très majoritairement (85 %) salariés dans les deux enquêtes. Ils s'identifient largement comme homosexuels (plus de 85 %). Si la majorité des répondants du BG réside en IDF (85 %), cette enquête s'étant déroulée uniquement dans cette région en 2005, ils ne sont que 35 % pour l'EPG réalisée en 2004.

#### 4.1.6.2. Style de vie

Parmi les répondants de l'EPG 2004, les deux tiers ont un partenaire masculin stable dans les 12 derniers mois. Cette proportion est plus importante que celle des répondants du BG (67 %). Alors qu'il n'est pas constaté de différence entre les éditions du BG, la proportion de répondants de l'EPG ayant une relation stable a baissé depuis 1997 (75 %). Lorsque les répondants de l'EPG indiquent avoir une relation stable, celle-ci est pour moins d'un tiers d'entre eux, exclusive<sup>7</sup>. Cette exclusivité tend à augmenter depuis 1997 (31 % en 2004, 29 % en 2000 et 24 % en 1997). Avoir un partenaire stable ne signifie pas pour autant vivre en couple : c'est le cas de la moitié (52 %) des répondants ayant un partenaire stable. Par ailleurs, 17 % sont pacsés. Moins d'un tiers (30 %) des répondants vivant en couple avec leur partenaire stable sont pacsés, alors que la majorité des couples pacsés vivent ensemble (96 %).

Le nombre de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, déclaré par les hommes participant aux enquêtes comportementales, est important. Pour les répondants de l'EPG 2004, le nombre moyen des partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois est de 21 hommes. Proportionnellement, les répondants du BG sont encore plus enclins à avoir un nombre important de partenaires sexuels : 64 % ont plus de dix partenaires contre 36 % pour les répondants de l'EPG. Le nombre de partenaires sexuels reste stable au cours du temps, quelle que soit l'enquête. La proportion de répondants séropositifs de l'EPG indiquant avoir eu plus de dix partenaires au cours des 12 derniers mois est plus importante (58 % en 2004).

Les lieux de sociabilité gay (les bars, les discothèques, les saunas et backrooms), sont fréquentés par l'ensemble des répondants des enquêtes comportementales (95 % EPG 2004, 99 % BG 2005). Cependant, l'émergence d'Internet comme mode de rencontre est incontestable : 57 % pour l'EPG et 60 % pour le BG. Parallèlement, une désaffection des lieux commerciaux, tels que les bars ou discothèques, sans backrooms, est constatée aussi bien dans l'EPG (la fréquentation de ces établissements passe de 43 % en 1997 à 32 % en 2004) que dans le BG (de 90 % en 2000 à 85 % en 2005) ; ce qui n'est pas le cas pour les lieux où les échanges sexuels sont possibles (saunas, backrooms, lieux extérieurs de drague). Les sites fréquentés diffèrent selon l'âge. Les répondants âgés de 25 ans et moins surfent plus souvent de façon régulière que leurs aînés sur les sites de rencontre Internet (47 % vs 33 %,  $p < 10^{-4}$ ), alors qu'ils fréquentent moins souvent les saunas (61 % vs 71 %,  $p < 10^{-4}$ ) ou les backrooms (44 % vs 63 %,  $p < 10^{-4}$ ).

La consommation de produits psychoactifs au cours des 12 derniers mois des répondants des enquêtes comportementales est importante : plus de la moitié d'entre eux est concernée (50 % pour l'EPG 2004 et 58 % pour le BG 2005). Il s'agit principalement de poppers, puis du cannabis, plus rarement de cocaïne ou d'ecstasy (tableau 3). La consommation d'héroïne est marginale, comme celle du crystal relevée pour la première fois par le BG 2005. Les niveaux de consommation selon les enquêtes diffèrent. Mais, pour chacun des produits, la consommation est plutôt occasionnelle. En termes de tendance, globalement, les niveaux de consommation du cannabis et de la cocaïne semblent augmenter entre les éditions 1997 et 2004 de l'EPG.

<sup>7</sup> C'est-à-dire que le répondant n'a pas d'autre partenaire sexuel que le partenaire qu'il a désigné comme stable.

TABLEAU 3

PROPORTION DE RÉPONDANTS AYANT CONSOMMÉ DES PRODUITS PSYCHOACTIFS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PAR ENQUÊTE COMPORTEMENTALE ET PAR ANNÉE

	Enquête Presse Gay (%)		Baromètre Gay (%)
	1997	2004 <sup>a</sup>	2005
Au moins un produit psychoactif	47	47	58
Poppers	37	35	47
Cannabis	25	27	30
Ecstasy et amphétamines	8	8	14
Cocaïne	4	8	16
Héroïne	1	1	-
Hallucinogènes (LSD, Kétamine, GHB <sup>b</sup> )	2	3	7
Crystal	-	-	2

<sup>a</sup> Presse uniquement.<sup>b</sup> Gamma hydroxybutyrate de sodium.

#### 4.1.6.3. Comportements sexuels à risque

##### Des prises de risques importantes et en augmentation

Les résultats des enquêtes comportementales EPG et BG indiquent une augmentation régulière et importante des comportements à risque, que ce soit avec le partenaire stable ou les partenaires occasionnels (figure 4).

Parmi les répondants de l'EPG 2004, la part des rapports anaux non protégés avec le partenaire stable est importante (69 %) et ne cesse d'augmenter depuis 1997 (57 % en 1997, 60 % en 2000). Cette tendance est également observée dans le BG : alors qu'en 2000, 44 % des répondants ayant un partenaire stable avaient des rapports anaux non protégés avec celui-ci, ils sont 59 % en 2005.

Avec les partenaires occasionnels, dans l'EPG, la part des répondants ayant eu au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois est de 19 % en 1997, 26 % en 2000, pour atteindre 33 % en 2004<sup>8</sup>, soit une augmentation de près de 70 % entre 1997 et 2004. L'augmentation est observée quel que soit le statut sérologique

VIH des répondants. Elle est particulièrement importante parmi les répondants séropositifs, la proportion de pénétrations anales non protégées passant de 28 % en 1997 à 49 % en 2004 (figure 5).

Les éditions du BG<sup>9</sup> indiquent également une progression des comportements sexuels à risque entre 2000 et 2002 : 33 % ont eu des rapports anaux non protégés avec leurs partenaires occasionnels en 2000 et 37 % en 2002 (figure 5). Les derniers résultats de 2005 indiquent une stabilisation de ces comportements à risque à 36 %. Cependant, si parmi les séronégatifs ces comportements se stabilisent, la non-protection des rapports anaux parmi les séropositifs continue à augmenter de manière significative, passant de 55 % en 2000 à 58 % en 2002, pour atteindre 63 % en 2005. Quels que soient l'année des enquêtes et les statuts sérologiques des répondants, les comportements sexuels à risque sont plus importants parmi les répondants du BG. Les répondants séronégatifs des deux enquêtes ont des comportements assez proches ; ce n'est pas le cas des répondants séropositifs : ceux participant au BG déclarent en proportion plus importante des rapports anaux non protégés.

FIGURE 4

COMPARAISON DES PROPORTIONS DE PÉNÉTRATIONS ANALES NON PROTÉGÉES AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS DANS LES 12 DERNIERS MOIS, SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE VIH DES RÉPONDANTS ET PAR ENQUÊTE (EPG 2004 ET BG 2005)

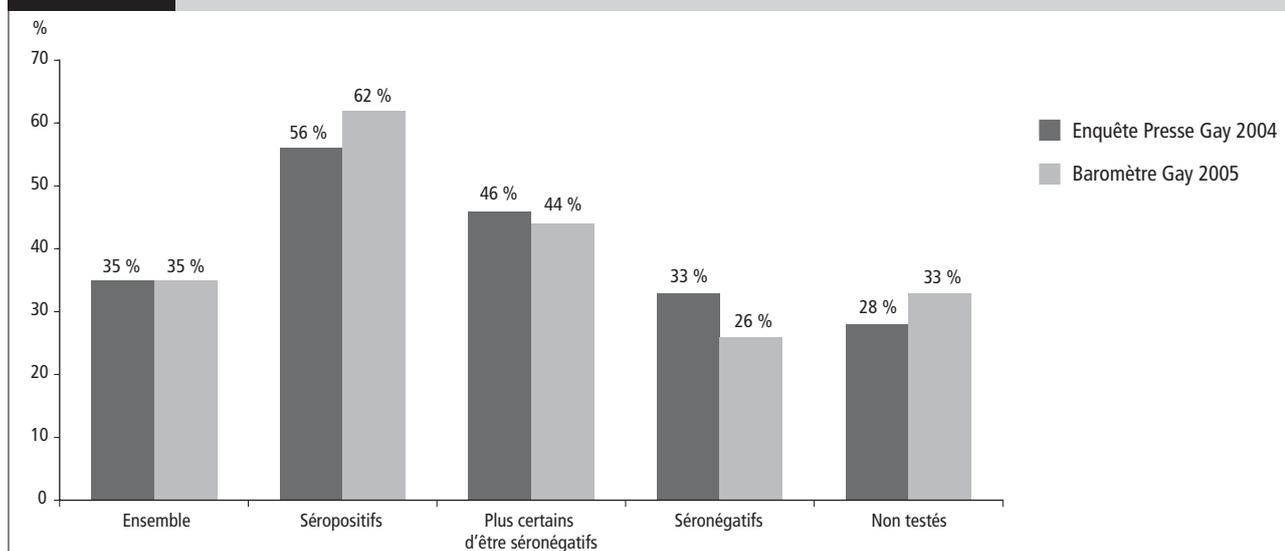
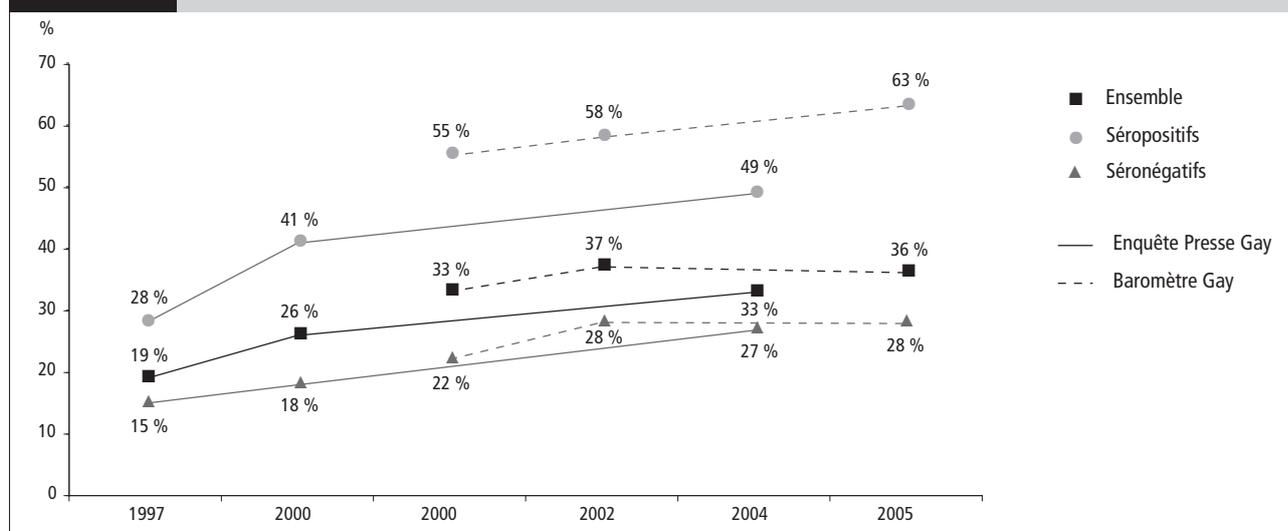
<sup>8</sup> Seules les réponses provenant de la presse ont été analysées pour les comparaisons avec les précédentes éditions de l'EPG.<sup>9</sup> L'enquête de 2000 n'ayant été réalisée que sur les établissements commerciaux de rencontre de la région IDF, les analyses de tendance n'ont été réalisées que sur le même type d'établissements et la même région.

FIGURE 5

ÉVOLUTION DE LA PROPORTION DE LA PRATIQUE DE LA PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE, SELON LE STATUT SÉROLOGIQUE DES RÉPONDANTS ET L'ENQUÊTE (ENQUÊTE PRESSE GAY ET BAROMÈTRE GAY), 1997-2005



### Des caractéristiques associées aux pénétrations anales non protégées identiques quel que soit le dispositif d'enquête

Afin de déterminer les facteurs associés aux comportements sexuels à risque<sup>10</sup> avec les partenaires occasionnels, parmi les répondants des deux dernières éditions de l'EPG et du BG, des analyses multivariées ont été réalisées pour chacune d'entre elles. Les résultats des modèles finaux des régressions logistiques des deux enquêtes sont présentés dans le tableau 4. En 2004-2005, les caractéristiques associées au fait d'avoir eu au cours des 12 derniers mois des pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels sont très largement similaires : avoir moins de 25 ans, ne pas avoir suivi d'études supérieures,

avoir eu plus de 50 partenaires dans les 12 derniers mois, être séropositif au VIH ou ne plus être certain d'être séronégatif, avoir eu un antécédent d'IST dans les 12 derniers mois, avoir consommé au moins une substance psychoactive et avoir eu une exposition au sperme lors de fellations avec des partenaires occasionnels. La fréquentation des backrooms est associée aux comportements à risque uniquement pour les répondants du BG 2005. Ainsi, la probabilité d'avoir eu au cours des 12 derniers mois au moins une pénétration anale avec des partenaires occasionnels est presque trois fois plus importante pour les répondants de l'EPG 2004 se déclarant séropositifs que ceux séronégatifs et presque quatre fois plus importante pour ceux du BG 2005 séropositifs par rapport aux séronégatifs de cette enquête.

TABLEAU 4

FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRATIQUE D'AU MOINS UNE PÉNÉTRATION ANALE NON PROTÉGÉE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEC DES PARTENAIRES OCCASIONNELS PARMI LES RÉPONDANTS DE L'EPG 2004 (N=3 022) ET CEUX DU BG 2005 (N=2 105)

	Enquête Presse Gay 2004 (N=3 022)				Baromètre Gay 2005 (N=2 105)			
	N	%	ORa	[IC95 %]	N	%	ORa	[IC95 %]
<b>Âge</b>								
Plus de 25 ans	958	35	1		628	35	1	
25 ans et moins	138	38	1,03	[1,01-1,68]	98	43	1,61	[1,18-2,21]
<b>Scolarité</b>								
Études supérieures	688	33	1		482	33	1	
Jusqu'au baccalauréat	408	40	1,29	[1,09-1,52]	284	43	1,32	[1,07-1,63]
<b>Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois</b>								
1-10	420	29	1		197	28	1	
11-50	480	39	1,13	[0,94-1,36]	364	36	1,12	[0,89-1,42]
>50	196	48	1,37	[1,05-1,77]	205	51	1,57	[1,18-2,10]
<b>Statut sérologique VIH</b>								
Séronégatifs	492	27	1		359	27	1	
Non testés	111	34	1,27	[0,97-1,67]	42	33	1,51	[0,99-2,29]
Séro-interrogatifs	245	47	1,9	[1,54-2,35]	156	45	2,04	[1,57-2,64]
Séropositifs	248	57	2,63	[2,08-3,33]	209	63	3,64	[2,75-4,80]

<sup>10</sup> L'indicateur choisi est : avoir eu au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels parmi les répondants pratiquant la pénétration anale.

	Enquête Presse Gay 2004 (N=3022)				Baromètre Gay 2005 (N=2105)			
	N	%	ORa	[IC95 %]	N	%	ORa	[IC95 %]
<b>Avoir eu au moins une IST dans les 12 derniers mois</b>								
Non	894	33	1		590	33	1	
Oui	202	50	1,4	[1,11-1,77]	176	53	1,58	[1,22-2,06]
<b>Fréquentation des backrooms</b>								
Non	472	31	1		181	26	1	
Oui	624	40	0,97	[0,81-1,15]	585	41	1,28	[1,02-1,62]
<b>Consommer au moins un produit psychoactif</b>								
Non	353	29	1		199	26	1	
Oui	743	40	1,29	[1,09-1,52]	567	42	1,54	[1,24-1,90]
<b>Exposition au sperme lors de la fellation</b>								
Non	382	23	1		203	21	1	
Oui	714	51	2,96	[2,51-3,48]	563	49	2,98	[2,42-3,67]

#### 4.1.7. DISCUSSION/CONCLUSION

L'ensemble des données recueillies par les différentes sources d'information disponibles à l'InVS indique que la transmission du VIH se poursuit parmi la population homosexuelle masculine. La surveillance de l'infection à VIH en France montre que les homosexuels masculins représentent une population particulièrement touchée en France, pour laquelle est observée une augmentation du nombre de nouveaux diagnostics depuis 2003. De même, les données provenant de la surveillance virologique précisent que près de la moitié d'entre eux ont été infectés dans les 6 mois précédant le diagnostic. Cette proportion d'infections récentes élevée illustre, outre les nouvelles contaminations, les stratégies de "suivi de sérologie VIH" plus systématique chez les homosexuels qu'en population générale : plus de la moitié des répondants des enquêtes comportementales déclarent avoir réalisé leur dernier test VIH dans les 12 derniers mois, cette proportion est encore plus importante (64 %) parmi les consultants HSH des CDAG. Depuis dix ans, ces habitudes de recours au dépistage VIH ont permis aux homosexuels de découvrir plus rarement leur séropositivité au moment du diagnostic de sida, et donc de bénéficier d'une prise en charge adaptée. Conjointement à la diminution des cas de sida, la survie s'est améliorée grâce à la mise sous traitement d'antirétroviraux des patients, avec un risque de décès divisé par quatre depuis l'avènement des trithérapies [12].

Parallèlement, les comportements sexuels à risque décrits par les enquêtes comportementales auprès des homosexuels augmentent de manière importante quel que soit le type de partenaire. Avec le partenaire stable, la non-protection des pénétrations anales parmi les hommes pratiquant la pénétration anale s'est accrue de douze points en l'espace de 7 ans pour les répondants de l'EPG et de quinze points pour ceux du BG en 5 ans. Les mêmes tendances à la hausse, avec cependant des niveaux de prise de risque moindre, sont également rapportées par les enquêtes suisses [2], espagnoles [18] ou américaines [6]. Avec les partenaires occasionnels, les pénétrations anales non protégées ont également augmenté dans l'EPG, passant de 19 % à 33 %. Cet accroissement est également constaté dans les études étrangères dans des proportions similaires [2-5,7,19,20].

Ce défaut de prévention avec des partenaires occasionnels est pratiqué de manière régulière par deux répondants sur dix et en augmentation depuis 1997 au détriment des accidents de protection. Une large part des pénétrations anales non protégées est pratiquée avec des partenaires occasionnels dont le statut sérologique est inconnu des

répondants, particulièrement parmi les répondants du BG pour lesquels les échanges sexuels sont plus souvent anonymes du fait même du lieu de passation de l'enquête [21]. Les pénétrations anales non protégées sont associées à certaines caractéristiques des répondants déjà identifiées précédemment [21,22], comme le fait d'être séropositif au VIH ou de ne plus être certain d'être séronégatif, d'avoir été exposé au sperme lors de la fellation avec des partenaires occasionnels, d'avoir un grand nombre de partenaires dans l'année, de ne pas avoir suivi d'études supérieures. Ainsi, ce sont les répondants se déclarant séropositifs qui indiquent s'engager, plus souvent que ceux séronégatifs, dans des comportements sexuels à risque, plus régulièrement, et avec des partenaires de statut sérologique inconnu. Mais, alors que la non-protection des pénétrations anales parmi les répondants séropositifs continue à augmenter de manière importante et significative en France et particulièrement à Paris [23], elle diminue à Londres [24] et à Sydney [19]. Afin de comprendre cette augmentation des comportements sexuels à risque contemporaine à l'arrivée des nouveaux traitements VIH, les équipes de recherche de différents pays ont établi une échelle commune de questions cherchant à estimer l'impact de ces nouveaux traitements sur les comportements sexuels des hommes participant aux enquêtes [25]. Les études réalisées entre 1998 et 2002 indiquent qu'il est peu probable que l'optimisme lié aux traitements du VIH explique, à lui seul, la hausse des comportements sexuels à risque parmi la population homosexuelle masculine [26].

L'accroissement des comportements à risque déclarés par les répondants des enquêtes comportementales est corroboré par l'augmentation des IST sur la même période. Les données de surveillance des IST indiquent la résurgence de la syphilis fin 2000 comme l'émergence de la LGV rectale en 2003-2004 [9]. Les résultats des enquêtes comportementales indiquent les mêmes tendances : une augmentation entre 1997 et 2004 de la proportion de répondants ayant rapporté un antécédent de syphilis dans les 12 derniers mois, plus spécifiquement à Paris, et la déclaration, pour 1 % des répondants du BG 2005, d'une LGV dans les 12 derniers mois. Par contre, les données concernant les cas de gonococcies diffèrent des résultats des enquêtes comportementales. Ainsi, il n'est pas possible d'évaluer l'importance de cette IST chez les homosexuels et encore moins de savoir si l'augmentation récente, rapportée par le réseau de surveillance Renago, est liée à une recrudescence chez des homosexuels, étant donné que les informations sociocomportementales ne sont pas disponibles par l'intermédiaire de ce réseau. D'une manière générale, les homosexuels ayant contracté une IST récemment sont âgés de 35 à 40 ans et sont souvent infectés par le VIH, confirmant les tendances décrites par les enquêtes

comportementales concernant l'importance et l'augmentation de la non-protection des rapports anaux des répondants séropositifs. Par ailleurs, en 2004, plusieurs cas d'hépatite aiguë C, liés à des pratiques sexuelles sanglantes, ont été signalés par des services hospitaliers parisiens parmi des patients homosexuels séropositifs. Des cas similaires d'hépatite aiguë C ont également été décrits dans d'autres pays d'Europe [27]. Depuis 2001, une augmentation de l'incidence du VHC chez les homosexuels séropositifs au VIH a également été observée en Europe [28-31], ce qui ne semble pas se vérifier en France<sup>11</sup>.

La prévalence du VIH en population homosexuelle est, à ce jour, obtenue par l'intermédiaire des répondants des enquêtes comportementales indiquant être séropositifs. Depuis 1997, elle n'a cessé de diminuer pour se stabiliser entre 14 % et 13 % selon les enquêtes. Les données de prévalence VIH européennes indiquent des proportions similaires oscillant de 5 % à 13 % [8]. Cependant, l'interprétation de la prévalence déclarée a ses limites : elle peut très largement sous-estimer la prévalence réelle, comme l'illustre l'étude réalisée par les Centers for Disease Control (CDC) auprès de 1 767 homosexuels de cinq villes des États-Unis entre juin 2004 et avril 2005. La prévalence déclarée était comparable à celle observée en France (13 %) mais la prévalence biologique s'élevait à 25 % [32]. Parmi l'ensemble des homosexuels séropositifs, près de la moitié ne connaissaient pas leur statut sérologique et cela, particulièrement chez les homosexuels de moins de 30 ans. Il serait donc nécessaire d'envisager une enquête qui permettrait d'estimer une prévalence du VIH basée sur des examens biologiques. Bien que la prévalence biologique ou déclarée du VIH dans une population soit un indicateur très important, elle ne peut refléter la dynamique de l'épidémie. L'indicateur qui pourrait rendre compte de cette dynamique, en particulier dans une population où la transmission continue, comme c'est le cas chez les homosexuels, est l'incidence du VIH. L'estimation de cette incidence à partir des données de la notification du VIH, de la surveillance virologique et des informations sur les comportements de dépistage est un des enjeux importants de la surveillance pour les années à venir.

L'ensemble des sources d'information disponibles décrivant les caractéristiques sociodémographiques des homosexuels séropositifs rapportent des profils similaires. L'âge moyen des hommes se déclarant séropositifs dans les enquêtes comportementales est de 40-42 ans selon l'enquête, 39 ans pour ceux découvrant leur séropositivité et 43 ans au moment du diagnostic de sida. Cet âge a augmenté depuis 10 ans quel que soit le dispositif. Il s'agit d'hommes appartenant à un milieu socio-économique plutôt favorisé. Une large majorité des répondants des enquêtes comportementales se déclarant séropositifs a suivi des études supérieures, a une activité professionnelle et occupe des fonctions de catégories socioprofessionnelles supérieures. Cette

appartenance à des catégories professionnelles favorisées est également vraie pour les homosexuels découvrant leur séropositivité ou lors du diagnostic de sida. Il faut, cependant, ne pas omettre que dans certains milieux socio-économiques moins favorisés, il est plus difficile d'accepter, d'assumer ou de dévoiler son orientation sexuelle du fait d'une plus grande homophobie, impliquant probablement une sous-estimation de ce mode de contamination pour ces milieux. Par ailleurs, les hommes séropositifs résident plus fréquemment en région francilienne.

La région IDF semble, d'ailleurs, occuper une position particulière ; outre le fait qu'elle regroupe 44 % des découvertes VIH chez les homosexuels, les premiers cas de syphilis, puis de LGV et d'hépatite aiguë C ont été diagnostiqués dans cette région. La proportion des sous-types non-B est plus fréquente en IDF qu'ailleurs et l'infection récente est 1,5 fois plus fréquente en IDF que pour l'ensemble des autres régions. Pourtant, l'enquête BG 2002 n'avait pas montré de différence en termes de prise de risque entre l'IDF et les autres régions [21]. Il semble donc que ce qui diffère entre l'IDF et les autres régions ne s'explique pas par des comportements plus à risque ou non, mais plutôt par une offre de dépistage peut-être plus accessible en IDF, un nombre plus important d'homosexuels et une plus grande diversité des nationalités dans cette région (avec, donc, une intrication possible entre les épidémies d'Afrique et de France).

Malgré l'amélioration du pronostic de l'infection VIH, cette maladie reste très grave et son impact sur la qualité de vie est majeur. L'ensemble des données présentées ici indique une dégradation des comportements de prévention au cours de la dernière décennie au sein d'une population estimée à près de 300 000 personnes dans les années quatre-vingt-dix [11] et pour laquelle près de 1 000 sujets découvrent leur séropositivité chaque année. L'ensemble des actions de prévention (spots télévisés, actions de terrain, éducation médicale) demeure indispensable, mais elles ne semblent pas suffisantes pour réduire des comportements à risque dans une population particulièrement informée, alors que le dépistage, les préservatifs et l'information sont largement disponibles grâce à l'implication des associations de lutte contre le sida et des professionnels de la santé. En parallèle des politiques publiques, chacun des acteurs concernés (associations, médecins, épidémiologistes...) doit se saisir de cette situation préoccupante.

**Nous tenons à remercier Philippe Adam qui a coordonné, au Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida (Cesés), puis à l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'ensemble des enquêtes comportementales auprès des homosexuels de 1997 à 2002 : EPG et BG.**

<sup>11</sup> Cf. chapitre 1.4.

- **Les enquêtes comportementales réalisées dans la population homosexuelle masculine en France par l'InVS sont au nombre de deux : l'enquête Presse Gay (EPG) et Baromètre Gay (BG)**

L'EPG, conduite à intervalles réguliers depuis 1985, est réalisée chez les lecteurs de la presse gay sur la base du volontariat. Le questionnaire comprend 120 questions portant sur des données sociodémographiques, les modes de vie, les pratiques sexuelles et préventives, l'usage de produits psychoactifs. L'enquête porte également sur les pratiques de dépistage et la connaissance ou non du statut sérologique vis-à-vis du VIH, permettant d'avoir un indicateur de "prévalence déclarée du VIH" par les répondants. Lors de la dernière édition, 6 184 questionnaires remplis par des hommes ont été recueillis et analysés.

L'enquête BG est réalisée, depuis 2000, auprès des homosexuels fréquentant les lieux de rencontre gays qui acceptent de répondre à un questionnaire court (30 questions), y compris sur la connaissance du statut sérologique et les pratiques sexuelles et préventives. En 2005, 3 292 questionnaires remplis par des hommes ont été collectés et analysés.

L'indicateur utilisé pour définir les comportements à risque dans ces deux enquêtes est la pratique d'au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois parmi les répondants ayant des rapports anaux avec des partenaires occasionnels.

- **La déclaration obligatoire (DO) du VIH et du sida** : la DO du VIH a été mise en place en France début 2003 et repose sur la déclaration conjointe du biologiste et du médecin prescripteur. La DO du sida existe depuis 1986 et repose sur les cliniciens. Les DO sont faites sur la base d'un code d'anonymat. Les données présentées sont celles des notifications (VIH et sida) réalisées jusqu'au 31 décembre 2005.

- **La surveillance virologique est couplée à la DO du VIH.** Elle comprend la réalisation d'un test d'infection récente qui permet d'identifier parmi les nouveaux diagnostics, les personnes qui se sont contaminées dans les 6 derniers mois et d'un sérotypage qui permet d'identifier le groupe, le type et les sous-types du VIH. Ces deux tests (test d'infection récente et sérotypage) sont réalisés à partir du prélèvement qui a permis le diagnostic de VIH en déposant du sérum sur un buvard. Ce buvard est ensuite envoyé au CNR du VIH où sont réalisés les deux tests. Cette surveillance est volontaire pour le biologiste qui réalise le diagnostic et pour le patient qui peut refuser par l'intermédiaire du médecin qui notifie la séropositivité.

Afin d'identifier les facteurs associés à une infection récente, une analyse univariée puis une analyse multivariée par un modèle de régression logistique, avec l'ensemble des variables associées à l'infection récente en univariée, ont été réalisées. Pour l'analyse multivariée, la procédure descendante pas à pas a été choisie.

- **Les systèmes de surveillance des IST** sont basés en France sur des réseaux volontaires de laboratoires, pour les infections à gonococcies et la LGV, ou de cliniciens, pour la surveillance de la syphilis. Certains sont très anciens (réseau des infections à gonococcies depuis 1986) ou plus récents (réseau syphilis depuis 2001 et celui de la LGV depuis 2003) et mis en place en raison de la résurgence de ces deux IST. Ces systèmes ne sont pas exhaustifs, mais permettent d'analyser des tendances et de caractériser les cas.

- **Une enquête nationale sur la prévalence des co-infections par le virus des hépatites B et C** dans la population infectée par le VIH en juin 2004 en France. Cette enquête a porté sur tous les patients séropositifs (âgés de 18 ans et plus) présents le jour de l'enquête (le 22 juin 2004), en consultation ou en hospitalisation dans les 167 services hospitaliers de maladies infectieuses participant à l'enquête. Les services participants ont été sollicités en fonction d'un plan de sondage prenant en compte le nombre de déclaration VIH et sida réalisés par ces services. Les résultats sont des estimations qui ont pris en compte le plan de sondage en associant un poids (facteur correcteur égal à l'inverse de la probabilité d'inclusion) à chaque individu enquêté. La sérologie du VHC est considérée comme positive lorsqu'il y a présence des anticorps VHC ou une PCR positive ; la sérologie VHB est définie positive par la présence de l'antigène (Ag) HBS ou une recherche de DNA VHB positive.

- **Une étude rétrospective a été réalisée en 2004 en IDF** auprès des trois services hospitaliers qui ont signalé des cas d'hépatite aiguë C survenant chez des homosexuels séropositifs.

## ■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Adam P, Hauet E. Résultats préliminaires de l'enquête Presse Gay 2000 sur la recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Saint-Maurice, 2001.
- [2] Balthasar H, Jeannin A, Dubois-Arber F. Augmentation des expositions au risque d'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes: premiers résultats de GAYSURVEY 04. Lausanne: Bulletin de l'OFSP, 2005.
- [3] Bochow M, Wright MT, Lange M. Schwule Männer und Aids: Risikomanagement in Zeiten der sozialen Normalisierung einer Infektionskrankheit. Deutsche AIDS-Hilfe e. V.; 2004.
- [4] Dodds JP, Mercey DE, Parry JV, Johnson AM. Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sex Transm Infect* 2004;80(3):236-40.
- [5] Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998-2003: implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sex Transm Infect* 2004;80(6):451-4.
- [6] Sanchez T, Finlayson T, Drake A, Behel S, Cribbin M, Dinunno E, *et al.* Human immunodeficiency virus (HIV) risk, prevention, and testing behaviors--United States, National HIV Behavioral Surveillance System: men who have sex with men, November 2003-April 2005. *MMWR Surveill Summ* 2006;55(6):1-16.
- [7] George C, Alary M, Otis J, Demers E, Masse B, Lavoie R, *et al.* Nonnegligible increasing temporal trends in unprotected anal intercourse among men who have sexual relations with other men in Montreal. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;41(3):365-70.
- [8] EuroHIV. HIV/AIDS Surveillance in Europe. End-year report 2005. Saint-Maurice, 2006. Report No:73.
- [9] Herida M, Michel A, Goulet V, Janier M, Sednaoui P, Dupin N, *et al.* Epidemiology of sexually transmitted infections in France. *Med Mal Infect* 2005;35(5):281-9.
- [10] Herida M, de Barbeyrac B, Sednaoui P, Scieux C, Lemarchand N, Kreplak G, *et al.* Rectal lymphogranuloma venereum surveillance in France 2004-2005. *Euro Surveill* 2006;11(9).
- [11] Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Paris: La Documentation Française, 1993.
- [12] Couzigou C, Pinget R, Le Strat Y, Pillonel J, Vittecoq D, Semaille C. Survie des patients atteints de sida diagnostiqués dans les hôpitaux parisiens : facteurs pronostiques et évolution, 1994-2001. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:112-4.
- [13] Herida M, Basselier B, Laurent E, Goulet V, Sednaoui P. Renago 2004 : gonococcies en hausse, progression importante de la résistance des souches à la ciprofloxacine. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;1:2-3.
- [14] Meffre C. Prévalence des hépatites B et C en France. Institut de veille sanitaire, 2006.
- [15] Larsen C, Pialoux G, Salmon D, Antona D, Piroth L, Le Strat Y, *et al.* Prévalence des co-infections par les virus des hépatites B et C dans la population VIH+, France, juin 2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2005;23:109-12.
- [16] Gambotti L, Batisse D, Colin-de-Verdiere N, Delarocque-Astagneau E, Desenclos JC, Dominguez S, *et al.* Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Euro Surveill* 2005;10(5):115-7.
- [17] Le Vu S, Semaille C. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004 - Enquête épidémiologique transversale. Institut de veille sanitaire, 2006.
- [18] Folch C, Marks G, Esteve A, Zaragoza K, Munoz R, Casabona J. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male, and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Educ Prev* 2006;18(3):227-42.
- [19] Hull P. Gay community periodic survey Sydney 1996-2005. NCHSR; 2006.
- [20] Williamson LM, Dodds JP, Mercey DE, Johnson AM, Hart GJ. Increases in HIV-related sexual risk behavior among community samples of gay men in London and Glasgow: how do they compare? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006;42(2):238-41.
- [21] Velter A, Michel A, Semaille C. Baromètre Gay 2002. Institut de veille sanitaire, 2005.
- [22] Bochow M, Jauffret-Roustide M, Michel A, Schiltz MA. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, editors. Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires. Paris: ANRS; 2003. p.35-54.
- [23] Velter A, Bouyssou-Michel A, Pillonel J, Jacquier G, Semaille C. Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens. *Bull Epidemiol Hebd* 2006;25:178-80.
- [24] Elford J, Bolding G, Sherr L, Hart G. High-risk sexual behaviour among London gay men: no longer increasing. *AIDS* 2005;19(18):2171-4.
- [25] Van d, V, Crawford J, Kippax S, Knox S, Prestage G. A scale of optimism-scepticism in the context of HIV treatments. *AIDS Care* 2000;12(2):171-6.
- [26] Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Infect Dis* 2006;19(1):26-32.
- [27] Gotz HM, van DG, Niesters HG, den Hollander JG, Thio HB, de ZO. A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men--results from contact tracing and public health implications. *AIDS* 2005;19(9):969-74.
- [28] Browne R, Asboe D, Gilleece Y, Atkins M, Mandalia S, Gazzard B, *et al.* Increased numbers of acute hepatitis C infections in HIV positive homosexual men; is sexual transmission feeding the increase? *Sex Transm Infect* 2004;80(4):326-7.
- [29] Coutinho R, van de Laar T. Rise in HCV incidence in HIV-infected men who have sex with men in Amsterdam: sexual transmission of difficult to treat HCV genotypes 1 and 4. 13th Annual Retrovirus Conference. Denver, Feb 5-8 2006 session 21, Abstract 87.
- [30] Danta M, Brown D, Dusheiko G, Pybus O, Nelson M, Fisher M, *et al.* Evidence for sexual transmission of HCV in recent epidemic in HIV-infected men in the UK. 13th Annual Retrovirus Conference. Denver, Feb 5-8 2006 session 21, Abstract 86.
- [31] Rauch A, Rickenbach M, Weber R, Hirschel B, Tarr PE, Bucher HC, *et al.* Unsafe sex and increased incidence of hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men: the Swiss HIV Cohort Study. *Clin Infect Dis* 2005;41(3):395-402.
- [32] CDC. HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men--five U.S. cities, June 2004-April 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2005;54(24):597-601.