

Depuis la résurgence de la syphilis en 2000 [1,2], le profil des patients atteints de syphilis reste globalement identique avec une majorité de patients masculins ayant déclaré des rapports sexuels avec des hommes (HSH), comme c'est le cas dans d'autres pays européens [5] et aux États-Unis [4]. Cependant, la part de co-infection avec le VIH chez les patients HSH en France a significativement décliné entre 2002 et 2004, suggérant une transmission de l'infection hors du « core-group » initial. En province, près d'un quart des diagnostics de syphilis a été porté chez des patients hétérosexuels masculins. Il est aussi remarquable que la proportion des cas chez les femmes reste faible (4 % sur les 3 ans). Les femmes représentent 12 % des cas en 2004 au Royaume-Uni [3] et 8 % des cas en 2003 aux Pays-Bas [6] soit des proportions 2 à 3 fois supérieures à celle retrouvée en France. Il existe probablement des biais de recrutement des centres, en particulier les DAV, impliqués dans la surveillance de la syphilis en France [7].

Les informations recueillies sur le multi-partenariat et surtout les faibles taux d'utilisation du préservatif des patients atteints d'IST, quelle que soit leur orientation sexuelle, indiquent des comportements à risque dans cette population. Il existe, par ailleurs, une proportion importante de patients masculins, principalement chez les HSH, qui ont présenté deux épisodes différents de syphilis entre 2000 et 2004. Il convient de réfléchir aux modalités de dépistage des partenaires, y compris les partenaires anonymes, de ces patients récidivants. Des expériences de dépistage dans les lieux de rencontre ou de messages sur internet [8] ont été tentées aux États-Unis avec un certain succès. Pour la première fois, en 2004, la syphilis diminue en Ile-de-France, tendance qui demande à être confirmée sur une période plus longue. Cependant, les données comportementales issues de ce réseau et celles issues d'autres enquêtes indiquent des comportements à risque dans la population des HSH [9], mais aussi des hétérosexuels multipartenaires [10]. Les IST et la syphilis en particulier constituent de bons indicateurs de ces conduites à risque et sont par ailleurs, des co-facteurs favorisant la transmission du VIH. Les campagnes de prévention et de dépistage des IST sont donc toujours nécessaires en 2006.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient chaleureusement l'ensemble des cliniciens collaborant au réseau de surveillance.

RÉFÉRENCES

- [1] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau A-L, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. *Bull Epid Hebdom* 2004; 3:9-12.
- [2] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau A-L, Warszawski J, Couturier S, Laporte A. Evaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit, Paris, mai-septembre 2002. InVS, collection Enquêtes-études, janvier 2005.
- [3] The UK Collaborative Group for HIV and STI surveillance. Mapping the Issues. HIV and other Sexually Transmitted infections in the United Kingdom: 2005. London: Health Protection Agency Centre for Infections. November 2005. http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm
- [4] Center of disease control and prevention. STD Surveillance profile 2004 National profile. December 2005. <http://www.cdc.gov/std/stats/syphilis.htm>
- [5] Fenton K A. A multilevel approach to understanding the resurgence and evolution of infectious syphilis in Western Europe. *Eurosurveillance* 2004; 4:3-4.
- [6] Van de Laar MJW, Op de Coul ELM. HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2003. An update: November 2004. *Bilthoven RIVM report* 441100020, 2004.
- [7] Herida M, Bouyssou-Michel A, Janier M, Dupin N, Sednaoui P, Lassau F, Mertz J-P, Croatto A, Passeron A, Vernay-Vaysse C, Chartier C, Semaille C. Profil des consultants selon le type d'infection sexuellement et le lieu de la prise en charge. *Bull Epid Hebdom*, in press.
- [8] Wohlfeiler D, Poterrat JJ. Using gay men's sexual networks to reduce sexually transmitted diseases/Human immunodeficiency virus transmission. *Sexually Transmitted Diseases*, october 2005 supplement, 32-10:S48-S52.
- [9] Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A, Semaille C. Rencontre des partenaires masculins par internet et comportements sexuels à risque, Enquête ANRS-Pressé gay 2004. *Bull Epidemiol Hebdom* 2005; 46-47:236-7.
- [10] Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004, ORS Ile-de-France, novembre 2005.

Notification obligatoire du VIH/sida chez les homosexuels : données au 30 juin 2005

Unité VIH/sida-IST-VHC (j.pillonel@invs.sante.fr), département des maladies infectieuses

Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Depuis la mise en place de la notification obligatoire en 2003, 2 049 séropositivités au VIH ont été découvertes et notifiées chez des hommes homosexuels en France, soit 28 % de l'ensemble des découvertes (si on exclut les cas pour lesquels le mode de contamination n'est pas renseigné). Cette proportion a augmenté au cours du temps, passant de 24 % au 1^{er} semestre 2003 à 31 % au 1^{er} semestre 2005 ($p < 10^{-4}$). Sur cette même période, 2003-mi 2005, les homosexuels représentent 27 % des cas de sida.

La proportion d'homosexuels découvrant leur séropositivité est plus faible en Ile-de-France que dans le reste de la France (21 % *versus* 24 %, $p < 0,0001$) mais varie beaucoup d'un département francilien à l'autre avec des valeurs inférieures à 10 % dans l'Essonne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise et un maximum de 34 % à Paris. Cependant, l'Ile-de-France étant la région la plus dense en population et la plus touchée par l'épidémie VIH, 43 % des homosexuels qui ont découvert leur séropositivité sur la période 2003-mi 2005 résident en Ile-de-France.

Les homosexuels découvrent en moyenne leur séropositivité à 37 ans, moyenne qui diffère selon les régions (36 ans s'ils sont domiciliés en Ile-de-France *versus* 38 ans dans les autres régions, $p < 0,001$). La majorité des découvertes se fait entre 30 et 49 ans (66 %) ; seulement 1 % avant 20 ans, mais il est à noter que 12 % des découvertes de séropositivité sont observés chez les plus de 50 ans.

La grande majorité des homosexuels découvrant leur séropositivité est de nationalité française (82 %), 4 % sont de nationalité d'un pays du continent américain (principalement du Brésil et des États-Unis), 3 % d'un pays d'Europe centrale ou occidentale autre que la France. Les homosexuels de nationalité d'un pays africain représentent 2 % des découvertes de séropositivité.

Les deux principaux motifs de dépistage chez les homosexuels sont la présence de signes cliniques ou biologiques (34 %) et une prise de risque (32 %). Près d'un homosexuel sur 5 (18 %) découvre sa séropo-

sitivité au moment d'une primo-infection, ce qui suggère un recours précoce au dépistage chez les homosexuels exposés au risque d'infection. Cette proportion diminue avec l'âge passant de 23 % chez les moins de 30 ans à 9 % chez les plus de 50 ans. A contrario, il existe une proportion non négligeable d'homosexuels (15 %) qui découvrent leur séropositivité tardivement, au stade sida, proportion qui augmente avec l'âge passant de 4 % chez les moins de 30 ans, à 36 % chez les 50 ans et plus.

Sur la période 2003-mi 2005, les résultats du test d'infection récente sont disponibles pour 1 633 homosexuels et montrent que près de la moitié d'entre eux (45 % ; IC à 95 % [42,6-47,5]) ont été infectés récemment (dans les 6 mois précédant le diagnostic). Cette proportion est stable entre le 2^{ème} semestre 2003 et le 1^{er} semestre 2005.

La proportion d'infections récentes varie selon la région de domicile, le motif de dépistage et l'âge au diagnostic : elle est plus élevée chez les homosexuels qui résident en Ile-de-France (52 % *versus* 39 % pour les autres régions, $p < 0,0001$), chez ceux diagnostiqués après une prise de risque (51 % *versus* 42 % pour l'ensemble des autres motifs, $p = 0,001$), et diminue avec l'âge passant de 57 % chez les moins de 30 ans à 29 % chez les plus de 50 ans ($p < 0,0001$).

La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels que dans les autres groupes exposés, ce qui reflète d'une part un relâchement des comportements de prévention observé depuis quelques années dans cette population et d'autre part un recours au dépistage du VIH plus fréquent que dans les autres groupes exposés (leur probabilité d'être dépistés peu de temps après la contamination est donc plus élevée notamment parce que le dépistage est plus souvent réalisé à la suite d'une prise de risque). La proportion relativement importante d'homosexuels qui découvrent leur séropositivité au moment d'une primo-infection corrobore ce constat.