

Les nouveaux centres impliqués en 2005 qui sont situés hors Ile-de-France ont déclaré très peu de cas, ce qui confirme la concentration importante des cas de LGV rectale en Ile-de-France. Par ailleurs, le nombre plus important de CT non-LGV en 2005 est lié probablement à un biais de surveillance (mise en place du système en 2004, diagnostic plus facilement évoqué en 2005).

Depuis l'alerte européenne de décembre 2003, l'émergence de LGV a rapidement diffusé sur l'ensemble du continent européen [6] et dans les grandes villes des États-Unis [7]. Les cas de LGV se caractérisent principalement par des formes rectales, des formes inguinales ont été également rapportées. La LGV affecte principalement des patients masculins ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont le plus souvent infectés par le VIH. Une étude a comparé des patients atteints de LGV rectale et des sujets infectés par des souches de CT non-LGV et a montré que le statut VIH positif était fortement associé à la LGV comparativement aux rectites à CT non LGV (OR : 5,7 [2,6-12,8]) [9].

Le diagnostic précoce de cette infection est nécessaire afin d'éviter des complications des LGV non traitées et afin d'interrompre la chaîne de transmission. Caractérisée le plus souvent par des lésions ulcérées, cette IST représente un risque supplémentaire de transmission du VIH. Le dépistage et la recherche de LGV chez tout patient masculin présentant des signes de rectite est donc indiqué, ce d'autant que les patients atteints de LGV rectale sont souvent co-infectés par d'autres germes.

Avec la résurgence de la syphilis en 2000 [10], l'augmentation de la résistance des gonocoques à la ciprofloxacine [11] et l'émergence récente de la LGV, les campagnes de prévention rappelant la nécessité des rapports sexuels protégés demeurent indispensables en particulier auprès de la communauté homosexuelle. Par ailleurs, l'épidémiologie des IST en Europe est très similaire d'un pays à l'autre, en particulier dans les grandes villes comme Paris, Londres, Amsterdam ou Berlin où vit une importante communauté homosexuelle. Il convient de souligner le rôle positif dans l'alerte du système européen de surveillance des IST lors de l'émergence de la LGV. Au-delà de cette surveillance européenne des IST, il apparaît maintenant nécessaire de réfléchir à la mise en place de politiques publiques communes de prévention des IST.

Enfin, la prévalence élevée d'IST parfois asymptomatiques, les co-infections et les risques inhérents à certaines infections comme les HPV nécessitent de réfléchir à la mise en place du dépistage systématique de certaines IST (syphilis, HPV, HSV, gonococcie) dans la prise en charge clinique des patients séropositifs pour le VIH.

RÉFÉRENCES

- [1] Perrine PL, Stamm WE. Lymphogranuloma venereum. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P et al: Sexually transmitted diseases. McGraw-Hill, New-York 1999: 423-32.
- [2] Gotz HM, Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Thio B, Van der Meijden WJ, Dees J, et al. Preliminary report of an outbreak of lymphogranuloma venereum in homosexual men in the Netherlands, with implications for other countries in Western Europe. *Eurosurveillance Weekly* 2004; 8(4): 22/01/2004 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp>).
- [3] Herida M, Sednaoui P, Couturier E et al: Rectal Lymphogranuloma venereum, France. *Emerg Infect Dis* 2005; 11:505-6.
- [4] Rodriguez P, Vekris A, de Barbeyrac B, Dutilh B, Bonnet J, Bebear C. Typing of Chlamydia trachomatis by restriction endonuclease analysis of the amplified major outer membrane protein gene. *J Clin Microbiol*. 1991 Jun; 29(6):1132-6.
- [5] Spaargaren J, Fennema HS, Morré SA, de Vries JC, Coutinho RA. New Lymphogranuloma venereum Chlamydia trachomatis variant, Amsterdam. *Emerg Infect Dis* 2005; 11(7):1091-3.
- [6] Van de Laar M, Fenton KA, Ison CA, on behalf of the ESSTI network. Update on the European lymphogranuloma venereum epidemic among men who have sex with men. *Eurosurveillance weekly* 2005; 10 (6):10/06/2005 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050602.asp>).
- [7] Blank S, Schillinger J, Harbatkin D. Lymphogranuloma venereum in the industrialised world. *Lancet* 2005; 365:1607-8.
- [8] Scieux C, Barnes A, Bianchi I et al: Lymphogranuloma venereum: 27 cases in Paris. *JID* 1989; 160(4):662-8.
- [9] Van der Bij AK, Spaargaren J, Morré SA et al: Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: A retrospective case-control study. *Clin Infect Dis* 2006; 42:186-94.
- [10] Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of the sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004; 80(4):255-63.
- [11] Herida M, Martin IM, Desclos JC et al. Increase of Neisseria gonorrhoeae ciprofloxacin resistance in France in 2001-2003. *Sex Transm Dis* 2006; 33(1):6-7.

Surveillance de la syphilis en France, 2002-2004 : divergences d'évolution entre l'Ile-de-France et les autres régions

Alice Bouyssou-Michel (a.michel@invs.sante.fr)¹, Magid Herida¹, Michel Janier², Nicolas Dupin³, Bruno Halioua⁴, Brigitte Milpied⁵, Isabelle Alcaraz⁶, Caroline Semaille¹

¹Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice ²Hôpital Saint-Louis, Paris ³Hôpital Tarnier-Cochin, Paris

⁴Institut Alfred Fournier, Paris ⁵Centre Hospitalier Universitaire, Nantes ⁶Centre Hospitalier Dron, Tourcoing

INTRODUCTION

Fin 2000, l'Institut de veille sanitaire (InVS), a été alerté par un dispensaire anti-vénérien (DAV) à Paris sur une recrudescence de cas de syphilis. Les investigations menées par l'InVS ont permis de documenter la résurgence de cette infection sexuellement transmissible (IST) en Ile-de-France et ont conduit à la mise en place d'un système de surveillance volontaire de la syphilis. L'objectif de cette surveillance est de suivre les tendances et de décrire les caractéristiques cliniques et comportementales des patients atteints de cette IST [1]. L'augmentation rapide du nombre de cas déclarés entre 2000 et 2002 principalement chez les homosexuels masculins, a conduit les autorités sanitaires et les associations à mener des campagnes de prévention auprès des homosexuels avec en particulier, une large campagne d'incitation au dépistage de la syphilis en 2002 à Paris [2].

MÉTHODES

La méthode a déjà été décrite précédemment [1]. Pour mémoire, la surveillance de la syphilis repose sur la participation volontaire de cliniciens exerçant dans différents sites (DAV, consultations hospitalières, ou médecine de ville). La définition de cas inclut tous les stades de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce inférieure à un an) chez les adultes. Après consentement du patient, le clinicien renseigne les données cliniques et biologiques ; un questionnaire comportemental est

complété par le patient sur la base du volontariat. L'ensemble des questionnaires est renvoyé à l'InVS pour l'analyse des données. Les ventes d'Extencilline® dans les pharmacies de ville* et la pharmacie centrale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), sont également collectées, à titre d'indicateur complémentaire.

RÉSULTATS

Les sites

Entre 2000 et 2004, 89 sites ont participé à la surveillance. Le nombre de sites participants a diminué en Ile-de-France de 16 sites en 2002 à 8 sites en 2004. Ces derniers (7 DAV et un réseau de médecins libéraux) ont participé aux 3 années de la surveillance. Dans les autres régions, 72 sites ont déclaré des cas des syphilis, respectivement 28 en 2002, 44 en 2003 et 40 en 2004 ; parmi eux, 11 sites ont déclaré au moins un cas chaque année. Les consultations hospitalières représentent plus de la moitié des structures participantes en province ; les sites participants sont situés principalement à Dijon, Grenoble, Lille-Tourcoing, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Nice et Toulon.

Nombre de cas déclarés (tableau 1)

Sur la période 2002-2004, 1 267 cas de syphilis ont été déclarés, dont 417 en 2002, 448 en 2003 et 402 en 2004. On observe pour

*Données fournies par le GERS.

la première fois en 2004, une baisse du nombre total de cas déclarés. Les cas de syphilis symptomatique, primaire et secondaire, représentent respectivement 25 % et 39 %, et ceux de syphilis latente précoce 36 % ; ces proportions sont stables au cours de la période analysée.

Tableau 1

Distribution des cas de syphilis par région, stade de syphilis, et par an, France, 2002-2004				
Région	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	Total N (%)
Ile-de-France	318 (76,3)	279 (62,3)	236 (58,7)	833 (65,7)
Autres	99 (23,7)	169 (37,7)	166 (41,3)	434 (34,3)
Stade				
Primaire	91 (21,8)	129 (28,8)	103 (25,6)	323 (25,5)
Secondaire	174 (41,7)	165 (36,8)	151 (37,6)	490 (38,7)
Latente Précoce	152 (36,5)	154 (34,4)	148 (36,8)	454 (35,8)
Total par an	417	448	402	1 267

L'Ile-de-France représente 65 % des cas déclarés ; cette proportion diminue significativement ($\chi^2 = 31.7$, $p < 10^{-3}$) passant de 76 % en 2002 à 59 % en 2004. Le nombre de cas déclarés en Ile-de-France diminue entre 2003 et 2004 de 15 % tous sites confondus ; les déclarations des 8 sites ayant participé de 2002 à 2004 confirment cette tendance à la baisse (-14 %). En province tous sites confondus, le nombre de cas diminue faiblement (2 %) entre 2003 et 2004, tandis qu'il augmente de 5 % dans les sites ayant participé les 3 années.

Concernant les prescriptions d'Extencilline®, les ventes en pharmacie de ville en Ile-de-France sont stables entre 2003 et 2004, tandis que les données issues de l'AP-HP indiquent une baisse de prescription de cet antibiotique de 37 % entre 2003 et 2004. En province, les ventes en pharmacie de ville ont augmenté de 5 % entre 2003 et 2004.

Profil des patients (tableaux 2 et 3)

Les personnes atteintes de syphilis sont en majorité des hommes (96 %) d'âge médian de 36 ans, 4 % des cas concernent des femmes d'âge médian de 31,5 ans. Les patients masculins sont majoritairement (83 %) des hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) et hétérosexuels dans 12 % des cas.

Tableau 2

Distribution des cas de syphilis par sexe, âge, orientation sexuelle et par an, France, 2002-2004				
Sexe	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	Total N (%)
Hommes	402 (96,4)	430 (96,0)	383 (95,3)	1 215 (95,9)
Femmes	14 (3,4)	18 (4,0)	19 (4,7)	51 (4,0)
Non documenté	1 (0,2)	-	-	1 (0,1)
Âge médian et quartiles				
Hommes	36 [31-43]	36 [31-41]	36 [30-43]	36 [31-42]
Femmes	28 [20-47]	36 [25-42]	30 [21-33]	31,5 [22-37]
Orientation sexuelle				
Homo-bisexuels masculins	348 (83,5)	370 (82,6)	336 (83,6)	1 054 (83,2)
Hétérosexuels	66 (15,8)	72 (16,1)	63 (15,7)	201 (15,9)
Non documenté	3 (0,7)	6 (1,3)	3 (0,8)	12 (0,9)
Total par an	417	448	402	1 267

Les hommes ayant des rapports avec des hommes (n = 1 054)

Ils sont plus nombreux en Ile-de-France (87 %) qu'en province (77 %). Le statut VIH est renseigné pour 96 % d'entre eux (tableau 4). La proportion de HSH séropositifs pour le VIH est de 51 %. Elle a diminué de façon significative de 57 % en 2002 à 48 % en 2004 ($\chi^2 = 6.4$, $p = 0,041$). La découverte de la séropositivité VIH au moment du diagnostic de la syphilis concerne 60 patients (6 %). Parmi l'ensemble des HSH, 174 (21 %) ont déjà eu un antécédent de syphilis. Parmi eux, 98 ont présenté 2 épisodes de syphilis entre 2000 et 2004 avec un délai médian de re-contamination de 14 mois (quartiles : 8-24).

Les données comportementales sont issues du questionnaire clinique et de l'auto-questionnaire. Les réponses sont renseignées selon le questionnaire dans 40 à 70 % des cas. Le nombre médian de partenaires déclarés au cours des 12 derniers mois est de 10. Concernant le partenaire source, 15 % indiquent un partenaire stable, 14 % un partenaire occasionnel et 71 % ne peuvent répondre à la question. L'utilisation du préservatif est systématique lors des pénétrations anales pour 51 % des répondants. Cette proportion diminue à 3 % pour les fellations. Cette pratique est citée comme étant à l'origine de la contamination par 52 % des répondants.

Tableau 3

Caractéristiques des personnes atteintes de syphilis par orientation sexuelle, France, 2002-2004

	HSH N (%)		Hétérosexuels N (%)	
	Documentés		Documentés	
Statut VIH	1 007 (95,5)		178 (88,6)	
Positif	513 (50,9)		20 (11,2)	
Négatif	494 (49,1)		158 (88,8)	
Antécédents de syphilis	822 (78,0)		167 (83,1)	
Oui	174 (21,2)		14 (8,4)	
Non	648 (78,8)		153 (91,6)	
Avoir un partenaire avec une syphilis	705 (66,9)		143 (71,1)	
Oui	133 (18,9)		25 (17,5)	
Non	572 (81,1)		118 (82,5)	
Nombre de partenaires (12 mois)	666 (63,2)		125 (62,2)	
Un	57 (8,6)		52 (41,6)	
Deux à cinq	195 (29,3)		53 (42,4)	
Six à vingt	278 (41,7)		19 (15,2)	
Plus de vingt	136 (20,4)		1 (0,8)	
Utilisation systématique du préservatif pour les pénétrations (anales/vaginales)	722 (68,5)		136 (67,7)	
Oui	367 (50,8)		20 (14,7)	
Non	355 (49,2)		116 (85,3)	
Utilisation systématique du préservatif pour les fellations	722 (68,5)		114 (56,7)	
Oui	20 (2,8)		3 (2,6)	
Non	702 (97,2)		111 (97,4)	
Connaissance du partenaire source	444 (42,1)		73 (36,3)	
Oui	129 (29,1)		28 (38,4)	
Non	315 (70,9)		45 (61,6)	

Les patients hétérosexuels (n = 201)

Il s'agit principalement d'hommes (150 hommes, 51 femmes). Le statut sérologique vis-à-vis du VIH est renseigné pour 89 % d'entre eux. La proportion de patients séropositifs pour le VIH est stable sur les 3 années de la surveillance et représente 11 % des hétérosexuels ; ce sont majoritairement des hommes (19 hommes et 1 femme). La découverte de la séropositivité VIH lors du diagnostic de syphilis concerne 9 patients dont 8 hommes, soit 5 % des patients hétérosexuels. Les antécédents de syphilis concernent 11 hommes et 3 femmes (8 % des patients). Parmi eux, un faible nombre (n=3) ont contracté la syphilis à deux reprises entre 2000 et 2004.

Les données comportementales sont renseignées dans 36 à 70 % des cas. Le nombre médian de partenaires dans l'année est de 2, il n'y a pas de différence statistique selon le sexe du répondant. Concernant le partenaire source, ils sont 18 % à indiquer un partenaire stable, 21 % un partenaire occasionnel et 62 % ne peuvent répondre à la question. Le préservatif est utilisé systématiquement lors des pénétrations vaginales par 15 % des répondants. L'utilisation systématique est de 3 % par les fellations. Cette pratique est citée comme étant à l'origine de la contamination par 19 % des répondants hétérosexuels.

DISCUSSION

Pour la première fois en 2004, le nombre total de syphilis déclarées dans le réseau est en baisse. Cette diminution est observée essentiellement en Ile-de-France. Dans le même temps, la participation des centres franciliens a baissé de 16 à 8. L'absence de participation est liée à l'absence de diagnostic dans certains centres, et à l'absence de déclaration dans d'autres. Ainsi, certains centres déclarants dans ce cadre de système volontaire signalent une lassitude ou un manque de moyens. Par ailleurs, la résurgence de la syphilis est maintenant bien documentée. Les patients sont probablement plus souvent traités par des médecins de ville, les ventes d'Extencilline® en ville n'ayant pas baissé entre 2003 et 2004.

Si on ne considère que les 8 centres ayant participé depuis 2002 et qui ont déclaré plus de 95 % des cas les années précédentes, on constate une baisse des cas de syphilis concordante avec la diminution des prescriptions d'Extencilline® à l'AP-HP entre 2003 et 2004. Cette tendance à la baisse résulte probablement de l'action d'incitation au dépistage menée à Paris en 2002 auprès des homosexuels masculins et des professionnels de santé, permettant de dépister et traiter de nombreux cas asymptomatiques.

La situation dans les autres régions de France est différente. Le nombre de cas déclarés est stable, le nombre de boîtes d'Extencilline® vendues est en augmentation. Cette différence d'évolution entre l'Ile-de-France et les autres régions peut s'expliquer par une extension de l'épidémie, initialement localisée à Paris [1], à l'ensemble du territoire, mais aussi par des campagnes d'incitation au dépistage plus restreintes, s'adressant principalement aux homosexuels masculins. A l'étranger, le nombre de cas de syphilis déclarés continue d'augmenter entre 2003 et 2004, de 37 % au Royaume-Uni [3] et de 8 % aux États-Unis [4].

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'autre 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 décru 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-Presses 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.