

Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay 2009

Annie Velter (a.velter@invs.sante.fr)¹, Francis Barin², Alice Bouyssou¹, Stéphane Le Vu¹, Jérôme Guinard², Josiane Pillonel¹, Caroline Semaille¹

1/ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France 2/ Inserm U966, Centre national de référence du VIH, Tours, France

Résumé / Abstract

En 2009, l'Institut de veille sanitaire a initié la première enquête de séroprévalence pour le VIH auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) fréquentant des lieux de convivialité gay parisiens.

L'enquête transversale anonyme a été réalisée à Paris dans 14 établissements commerciaux de convivialité gay (saunas, backrooms et bars). Les HSH déposaient sur un papier buvard un échantillon de sang par auto-prélèvement capillaire au bout du doigt, puis complétaient un auto-questionnaire comportemental. La recherche des anticorps anti-VIH a été réalisée en laboratoire avec le test Genscreen ultra HIV Ag-Ab® (Biorad) ; les échantillons positifs ont été confirmés par Western Blot.

Au total, 919 HSH ont accepté de participer (58%). La prévalence pour le VIH était de 17,7%, (IC95% [15,3-20,4]). Le recours à un test de dépistage du VIH dans les 12 derniers mois était de 62%. Cependant, 20% des HSH séropositifs ignoraient leur séropositivité. L'activité sexuelle et les comportements sexuels à risque étaient importants parmi les HSH séropositifs pour le VIH.

Bien que les résultats ne puissent être généralisés à l'ensemble de la population des HSH, ils incitent à poursuivre les actions préventives dans les lieux de convivialité gay tout en promouvant un dépistage adapté.

HIV prevalence and HIV testing behaviour among men who attend commercial gay venues in Paris (France), PREVAGAY 2009 Survey

In 2009, the French Institute for Public Health Surveillance set up the first community based survey which provides both HIV sero-prevalence and incidence among men who have sex with men (MSM) in Paris gay venues.

An anonymous cross-sectional survey was conducted in 14 Paris gay commercial venues with or without sex (saunas, backrooms and bars). MSM were invited to self-collect a fingerprick blood sample on blotting paper, then to self-complete a behavioural questionnaire. Blood samples were screened using the Genscreen-ultra-HIV-Ag-Ab® (Biorad) assay and confirmed by Western Blot.

In all, 919 MSM accepted to participate (58%). The HIV sero-prevalence was 17.7% [95%CI: 15.3-20.4]. A high proportion of participants reported having had a HIV test in previous year (62%). Nevertheless, 20% of HIV-positive MSM were unaware of their positive status. HIV-positive MSM, diagnosed and undiagnosed, reported greater sexual activity and sexual risk.

Even if those results can not be generalised to the whole MSM population, they call for emergency effective prevention and testing programs targeting MSM.

Mots clés / Key words

VIH, prévalence, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, dépistage, comportements sexuels à risque / HIV, prevalence, men who have sex with men, screening, sexual risk behaviours

Introduction

En France, les rapports sexuels entre hommes représentent le seul mode de contamination pour lequel le nombre de découvertes de séropositivité VIH ne diminue pas depuis 2003. Le taux d'incidence, estimé en 2008 à 1% dans la population des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), est 200 fois supérieur à celui observé chez les personnes françaises contaminées par rapports hétérosexuels [1]. Sur la dernière décennie, la résurgence de cas de syphilis et l'émergence de cas de lymphogranulomatose rectale ont été constatées chez les HSH [2]. Parallèlement, les enquêtes comportementales auprès des HSH indiquaient une augmentation des comportements sexuels à risque. Dans ce contexte préoccupant, l'Institut de veille sanitaire (InVS) a initié une enquête de séroprévalence pour le VIH auprès des HSH fréquentant les établissements de rencontre parisiens (Prevagay), en partenariat avec le Centre national de référence (CNR) pour le VIH et le pôle prévention du Syndicat national des entreprises gay (Sneg) et le soutien de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS). Cet article décrit les principaux résultats de l'enquête et plus particulièrement les comportements de dépistage rapportés par les hommes enquêtés.

Méthode

L'enquête Prevagay est une étude transversale anonyme basée sur le volontariat. Elle a été réalisée à

Paris durant six semaines, de mai à juin 2009, auprès d'HSH fréquentant 14 établissements commerciaux de convivialité gay ayant accepté d'y participer : 5 bars sans sexe et 9 backrooms ou saunas. Au total, 56 interventions d'une durée de 4 heures chacune ont été effectuées à des jours et des heures différents. Une équipe de 14 intervenants en prévention, formés pour l'enquête, a réalisé le travail de terrain. Les hommes éligibles pour participer à l'enquête devaient être volontaires, être âgés de 18 ans et plus, avoir eu des rapports sexuels avec des hommes au cours des 12 derniers mois, lire et parler le français. Chaque homme entrant dans l'établissement enquêté était compté et sollicité pour participer à Prevagay. Aux clients refusant de participer, un questionnaire était proposé renseignant l'âge, le statut sérologique VIH déclaré et les motifs de refus. Après avoir lu les modalités d'enquête et signé la lettre de consentement, les clients acceptant de participer déposaient sur un papier buvard six gouttes de sang par un auto-prélèvement capillaire au bout du doigt, puis complétaient seuls un auto-questionnaire comportemental anonyme de 30 questions. Ce questionnaire collectait les caractéristiques sociodémographiques et des informations sur les modes de vie, la santé dont le recours au dépistage, la sexualité, les attitudes de prévention avec les partenaires occasionnels et/ou stables.

Les buvards et questionnaires étaient appariés par un numéro. Les participants étaient informés qu'ils ne recevraient pas de résultats individuels. Une incitation au dépistage et une orientation étaient

systématiquement proposées par les intervenants. Le protocole de l'enquête a été approuvé par le Comité de protection des personnes (CCP) de Créteil et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) dans le cadre de recherche biomédicale.

La recherche des anticorps anti-VIH a été réalisée par le CNR VIH sur l'éluat des gouttes de sang séché avec le test Genscreen ultra HIV Ag-Ab® (Biorad). Les échantillons positifs ont été confirmés par Western Blot, ainsi que par sérotypage et test EIA-RI d'infection récente [3] qui permet de distinguer les infections de moins de six mois des plus anciennes. Les estimations des taux d'incidence ont été réalisées à partir de la relation entre le nombre de personnes testées en infection récente par le test EIA-RI et la période fenêtre moyenne établie pour ce test [4].

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Stata® 8.2. Le test du Chi2 a été utilisé pour les comparaisons bivariées et la sélection de variables à inclure dans le modèle par régression logistique identifiant les facteurs associés au recours au dépistage dans les 12 derniers mois. Le seuil de significativité retenu était de 0,05.

Résultats

Parmi les 1 578 hommes sollicités, 919 ont accepté de participer (58%). Après exclusion des buvards mal remplis ou non appariés au questionnaire, 886 hommes ont été retenus pour l'analyse.

Description de la population

Parmi les participants, 533 ont été recrutés dans les établissements avec sexe (58%). L'âge médian des hommes était de 38 ans. La majorité était née en France métropolitaine, vivait en région parisienne, s'identifiait comme étant homosexuelle et 65% avaient suivi des études supérieures. La moitié des HSH rapportait avoir consommé au moins une drogue au cours des 12 derniers mois. Le multi-partenariat était important. Plus d'un tiers des participants indiquait avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires sexuels occasionnels dans les 12 derniers mois. Le recours à un test de dépistage VIH au moins une fois au cours de la vie était majoritaire (94%).

Parmi les 661 hommes ayant refusé de participer à l'enquête, 344 hommes avaient rempli le questionnaire de refus. Ils n'étaient pas différents en termes d'âge (38 ans) et de séropositivité déclarée pour le VIH (14%) que ceux qui avaient participé.

Prévalence du VIH

Les prélèvements sanguins ont permis d'identifier 157 hommes infectés par le VIH, correspondant à une prévalence de 17,7%, (IC95% [15,3-20,4]). La prévalence n'était statistiquement pas différente selon le type de lieu investigué : 15% pour les établissements sans sexe et 19% pour ceux avec sexe ($p=0,08$). La prévalence augmentait avec l'âge, passant de 8,9% pour les moins de 30 ans à 20,7% pour ceux âgés de plus de 45 ans ($p=0,04$).

Recours au dépistage VIH

À partir des données provenant du questionnaire, le recours à un test de dépistage du VIH dans les 12 derniers mois était important (62%); le nombre médian de tests de dépistage réalisés sur cette période s'élevait à 2 [2-11]. Les facteurs associés à la réalisation récente d'un test VIH sont présentés dans le tableau 1. Le fait d'être âgé de moins de 35 ans, d'avoir été recruté dans un bar et d'avoir un grand nombre de partenaires masculins sexuels étaient des caractéristiques associées à un recours récent au dépistage VIH.

Les principaux motifs de recours au dépistage concernant le dernier test réalisé dans l'année étaient d'avoir eu des rapports sexuels non protégés (21%), des problèmes de santé tels qu'une infection sexuellement transmissible (IST) (19%), ou pour actualiser la connaissance de son statut (14%). Ce dernier test de dépistage s'était majoritairement fait à l'initiative du participant à l'étude (77%). Il avait eu lieu pour 56% dans un laboratoire privé avec une prescription médicale, pour 25% dans une Consultation de dépistage anonyme et gratuit, pour 10% à l'hôpital et pour 8% dans un laboratoire privé sans prescription médicale. Plus de la moitié (58%) des hommes indiquaient ne pas avoir bénéficié d'un *counseling* lors de leur dernier test, 20% en avoir bénéficié avant ou après et 22% tout au long du processus.

En croisant les données biologiques et déclaratives, parmi les 157 HSH infectés par le VIH, 126 connaissaient leur séropositivité (80%) mais 31 l'ignoraient (20%) : 16 déclaraient, dans leur auto-questionnaire, être séronégatifs, 8 ne plus être certains d'être encore séronégatifs et 7 ne jamais avoir fait de test au cours de leur vie. Parmi les hommes ignorant leur statut sérologique, 62% avaient réalisé un test de dépistage dans les 12 derniers mois.

Caractéristiques socio-comportementales (tableau 2)

Les hommes ignorant leur séropositivité étaient plus jeunes, moins diplômés, plus souvent consommateurs

Tableau 1 Facteurs associés à la réalisation d'un dépistage VIH dans les 12 derniers mois – modèle de régression logistique, Paris (France), Prevagay 2009 / Table 1 Correlates of HIV screening in the last year – logistic regression model, Paris (France), PREVAGAY 2009

	N	n	%	OR brut	OR ajusté	[IC95%] de l'OR ajusté
Total	886	557	62,9			
Type d'établissement						
Backrooms, saunas (avec sexe)	533	319	59,8	1,0	1,0	
Bars (sans sexe)	353	248	67,4	1,4*	1,6	[1,1-2,2]
Classe d'âges						
35 ans et plus	507	303	59,7	1,0	1,0	
Moins de 35 ans	285	201	70,5	1,6**	1,6	[1,2-2,2]
Scolarité						
Jusqu'au baccalauréat compris	308	197	63,9	1,0		
Études supérieures	576	360	62,5	1,1		
Lieu de résidence						
Île-de-France	673	428	63,6	1,0		
Autre	151	92	60,9	1,1		
Pays de naissance						
France métropolitaine	733	457	62,3	1,0		
Autres, y compris département français d'Amérique	148	97	65,5	1,1		
Fréquentation régulière de sites Internet dans les 12 derniers mois						
Non	498	301	60,4	1,0		
Oui	286	201	70,3	1,5**		
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois						
1	83	42	50,6	1,0	1,0	
2-50	682	431	63,2	1,7*	2,1	[1,2-3,5]
Plus de 50	110	79	71,8	2,5**	3,2	[1,6-6,1]
Pénétrations anales régulièrement non protégées avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois						
Non	653	428	65,5	1,0		
Oui	90	60	66,7	1,0		
Au moins une IST dans les 12 derniers mois						
Non	702	434	61,8	1,0		
Oui	154	105	68,2	1,3		

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$

de drogues (cannabis, poppers, cocaïne, GBL-GHB) et fréquentaient plus régulièrement les backrooms que ceux connaissant leur séropositivité et ceux séronégatifs.

En terme de comportements sexuels, ils étaient plus proches des hommes connaissant leur séropositivité que ceux séronégatifs. Ils déclaraient de manière significative plus de partenaires sexuels masculins, plus de pénétrations anales non protégées avec des partenaires occasionnels et plus d'IST.

Discussion-conclusion

L'enquête Prevagay permet pour la première fois de disposer en France d'une estimation de prévalence parmi des HSH fréquentant les lieux commerciaux de convivialité gay, avec et sans sexe, à partir de résultats biologiques. Elle permet également d'estimer la proportion d'HSH ignorant leur séropositivité dans une telle population.

La méthodologie complexe de l'enquête, qui impliquait un geste invasif, a été bien accueillie, à la fois par les exploitants volontaires et par les HSH sollicités. Ainsi, l'auto-prélèvement sanguin a été bien accepté (60%) grâce à l'implication des associations gay de lutte contre le VIH, à la réalisation d'actions de communication et à la formation des enquêteurs. Ce taux d'acceptation était proche de celui rapporté dans des études similaires avec prélèvements salivaires (66%) [5].

Réalisée à partir d'un échantillon de convenance auprès d'HSH fréquentant les établissements commerciaux gay parisiens, les résultats de cette

enquête ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population homosexuelle masculine [6]. Seuls les hommes les plus motivés, pour lesquels les questions de prévention sont importantes, sont susceptibles de participer, ce qui implique d'une part une sous-estimation des comportements sexuels à risque [7;8] et, d'autre part, une surestimation des recours au dépistage pour le VIH.

La prévalence biologique est élevée (18%). Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, elle est supérieure à celle indiquée dans les questionnaires par les participants à cette étude (15%) ou à celle déclarée dans les enquêtes antérieures de type Baromètre Gay [6]. La séroprévalence du VIH de Prevagay est similaire à celle rapportée par des études menées dans des établissements de Barcelone (17%) [9], mais supérieure à celles réalisées dans des établissements de villes du Royaume-Uni (12% Londres, 14% Brighton) [5].

Une estimation du taux d'incidence de l'infection par le VIH peut être envisagée à partir du nombre de participants testés en infection récente au moment de l'enquête [4]. Cependant, des travaux récents du CNR ont montré que chez des patients traités depuis plusieurs années, le test EIA-RI est susceptible d'indiquer de faux résultats d'infection récente [Antoine Chaillon, données non publiées]. Dans cette enquête, nous ne pouvons pas distinguer, parmi les personnes enquêtées séropositives, celles réellement en infection récente de celles qui apparaissent comme telles en raison d'un traitement antirétroviral. Néanmoins, deux *scenarii* peuvent être envisagés. Dans le cas peu réaliste où aucune

Tableau 2 Caractéristiques socio-démographiques, de modes de vie et comportements sexuels des participants selon leur statut biologique VIH et leur connaissance ou non de leur séropositivité VIH, Paris (France), Prevagay 2009 / **Table 2** Socio-demographic, lifestyles characteristics and sexual behaviours of participants who were diagnosed HIV positive, and knowledge or not of their status, Paris (France), PREVAGAY 2009

	Statut biologique VIH						Total N=886		p
	Positivité connue N=126		Positivité méconnue N=31		Négatif N=729				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Type d'établissement									
Bars (sans sexe)	37	31,0	14	45,2	300	41,2	353	39,8	0,080
Backrooms, saunas (avec sexe)	87	69,0	17	54,8	429	58,8	533	60,2	
Âge médian		41		37		38		38	
Scolarité									
Jusqu'au baccalauréat compris	53	42,4	16	51,6	239	32,8	308	34,8	0,016
Études supérieures	72	57,6	15	48,4	489	67,2	576	65,2	
Identité sexuelle									
Homosexuelle	120	95,2	28	90,3	617	84,6	765	86,3	0,005
Autre	6	4,8	3	9,7	112	15,4	121	13,7	
Fréquentation régulière de sites Internet dans les 12 derniers mois									
Oui	47	42,3	11	40,7	228	35,3	286	36,5	0,325
Non	64	57,7	16	59,3	418	64,7	498	63,5	
Fréquentation régulière des backrooms dans les 12 derniers mois									
Oui	40	33,9	7	25,9	95	14,9	142	18,2	<0,001
Non	78	66,1	20	74,1	541	85,1	639	81,8	
Consommation d'au moins une drogue dans les 12 derniers mois (cannabis, poppers, cocaïne, GBL-GHB)									
Oui	90	72,0	24	77,4	369	51,7	483	55,5	<0,001
Non	35	28,0	7	22,6	345	48,3	387	44,5	
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois									
1-10	39	31,2	9	30	384	53,3	432	49,4	<0,001
Plus de 10	86	68,8	21	70	336	46,7	443	50,6	
Au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois									
Oui	68	58,6	15	50	178	29,8	261	35,1	<0,001
Non	48	41,4	15	50	419	70,2	482	64,9	
Au moins une IST dans les 12 derniers mois									
Oui	40	31,8	9	34,6	105	14,9	154	18	<0,001
Non	86	68,2	17	65,4	599	85,1	702	82	

personne connaissant sa séropositivité ne serait traitée, le taux d'incidence serait estimé à 7,5% personnes-année. Ce taux constitue une limite supérieure du taux d'incidence réel. À l'inverse, si toutes les personnes connaissant leur séropositivité étaient traitées et leur charge virale indétectable, le taux d'incidence serait de 1,9% personnes-année, ce qui représente la limite inférieure du taux d'incidence réel. Cette estimation basse au sein de cette population spécifique resterait supérieure à l'estimation d'incidence pour l'ensemble des HSH au niveau national (1%) [12]. Aussi, malgré le recours au dépistage particulièrement fréquent relevé dans Prevagay, cette vitesse de transmission du VIH peut expliquer qu'une personne séropositive sur cinq ne connaissait pas son statut. Cette proportion de méconnaissance du statut VIH est encore trop importante : la moitié des HSH concernés se pensait séronégative et 20% n'avaient jamais fait de test de dépistage. D'autres études rapportaient une proportion similaire [8] alors que le recours récent au dépistage était moindre pour l'étude anglo-saxonne (36%) [8].

L'activité sexuelle et les comportements sexuels à risque étaient importants parmi les HSH séropositifs pour le VIH, dans la lignée des études réalisées dans ce type de lieux [6;8;9]. Ceux qui ignoraient leur séropositivité rapportaient un nombre de partenaires sexuels plus important que ceux qui connaissaient leur statut. Par contre, la proportion de pénétrations

anales non protégées avec des partenaires sexuels occasionnels était identique dans les deux groupes. L'ensemble de ces résultats indiquent la place centrale du dépistage. En France, dès le début des années 2000, les HSH ont rapporté une fréquence élevée du recours au dépistage pour le VIH [6;7], s'inscrivant dans une stratégie de suivi de sérologie VIH, ce qui est le cas pour les participants à Prevagay. Pour les HSH ignorant leur séropositivité et qui, par ailleurs, avaient réalisé un test dans les 12 derniers mois tout en rapportant un niveau élevé de prise de risque, le recours au dépistage fait partie intégrante d'une stratégie plus globale de réduction des risques [10]. Mais dans une population où l'incidence et les comportements sexuels à risque sont aussi importants, ces stratégies ne sont pas suffisantes pour enrayer l'épidémie à VIH. De récentes recommandations françaises¹ incitent les HSH multipartenaires à réaliser une fois par an un test de dépistage et proposent systématiquement un dépistage VIH lors d'un diagnostic d'IST. Cependant, nos résultats laissent à penser que cette stratégie serait insuffisante pour contrôler l'infection dans une population telle que celle de l'enquête. L'absence de *counseling* pour 58% d'HSH lors de leur dernier

¹ Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations. Haute autorité de santé, octobre 2009. Disponible à : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/synthese_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-48-3_460.pdf

dépistage est problématique. Le dialogue entre le patient et le professionnel est au cœur du dépistage : les pratiques sexuelles et les comportements préventifs doivent être abordés de manière neutre au moment de la réalisation du test et du rendu du résultat. En France, des initiatives associatives communautaires auprès des HSH ont été mises en œuvre afin de faciliter l'accès au dépistage tout en proposant un accompagnement approprié aux modes de vie et comportements sexuels des HSH (Actis, Com'test, Chekpoint Paris, le 190). Ces dispositifs pourraient augmenter le recours précoce au dépistage chez les HSH exposés au risque d'infection à VIH, et ainsi augmenter la proportion d'HSH découvrant leur séropositivité au début de leur infection et permettraient aussi de diminuer les contaminations secondaires au cours de la période de primo-infection grâce à un *counseling* ciblé. Les résultats de Prevagay participent à la promotion d'une logique de multi-prévention combinée défendue par Coates *et al.* [11] et inscrite dans les dernières recommandations du groupe d'experts dirigé par le Pr. Yeni, rendues à la ministre de la Santé française [12]. Les stratégies de prévention basées sur la modification des comportements restent prioritaires et primordiales par la poursuite d'actions préventives dans les lieux de convivialité gay. Elles doivent être associées à la promotion du dépistage et l'adhésion aux traitements antirétroviraux. L'efficacité de telles méthodes repose sur l'engagement des pouvoirs publics, des acteurs de santé et des associations communautaires gay.

Remerciements

Nous remercions tous ceux qui ont permis la réalisation et la réussite de cette première enquête :

- nos partenaires : le pôle prévention du Syndicat national des entreprises gay : A. Alexandre, R. Calmon, S. Calvarin, S. Cambeau, P. Couteau, R. De Wewer, J. Derrien, J. Escolano, M. Folléa, D. Friboulet, S. Guillet, R. Labuthie, P. Louvet, M. Panel, J. Rivon, C. Robert, G. Siad. Le personnel des CDAG du Figuier, Ridder et de l'Institut Alfred Fournier. E. Jouet et P. Dhote pour la formation des enquêteurs. A. Renaud pour l'excellente aide technique dans la réalisation des tests biologiques (CNR VIH) ;
- les chefs d'établissements volontaires et leurs salariés ;
- et tous ceux qui ont rempli le questionnaire ;

Nous remercions également l'ANRS pour son soutien scientifique et financier, les membres du comité scientifique de Prevagay pour l'ANRS et les membres du comité de suivi de Prevagay.

Références

- [1] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, *et al.* Incidence de l'infection par le VIH en France, 2003-2008. *Bull Epidemiol Hebd.* 2010;(45-46):473-6.
- [2] Bilans réguliers de surveillance. Infections sexuellement transmissibles. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008;(5-6):33-48.
- [3] Barin F, Meyer L, Lancar R, Deveau C, Gharib M, Laporte A, *et al.* Development and validation of an immunoassay for identification of recent human immunodeficiency virus type 1 infections and its use on dried serum spots. *J Clin Microbiol.* 2005;43(9):4441-7.
- [4] McWalter TA, Welte A. A comparison of biomarker based incidence estimators. *PLoS One.* 2009;4(10):e7368.
- [5] Dodds JP, Johnson AM, Parry JV, Mercey DE. A tale of three cities: persisting high HIV prevalence, risk behaviour and undiagnosed infection in community samples of men who have sex with men. *Sex Transm Infect.* 2007;83(5):392-6.
- [6] Velter A, 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.
- [7] Velter A. Rapport Enquête Presse Gay 2004 (ANRS-EN17-Presses Gay 2004). Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2007. Disponible à : http://www.invs.sante.fr/publications/2007/epg_2004/epg_2004.pdf

[8] Williamson LM, Dodds JP, Mercey DE, Hart GJ, Johnson AM. Sexual risk behaviour and knowledge of HIV status among community samples of gay men in the UK. *AIDS*. 2008;22(9):1063-70.

[9] Mirandola M, Folch Toda C, Krampac I, Nita I, Stanekova D, Stehlikova D, et al. HIV bio-behavioural

survey among men who have sex with men in Barcelona, Bratislava, Bucharest, Ljubljana, Prague and Verona, 2008-2009. *Euro Surveill*. 2009;14(48).

[10] Leaity S, Sherr L, Wells H, Evans A, Miller R, Johnson M, et al. Repeat HIV testing: high-risk behaviour or risk reduction strategy? *AIDS*. 2000;14(5): 547-52.

[11] Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet*. 2008;372(9639):669-84.

[12] Dépistage et nouvelles méthodes de prévention de l'infection par le VIH. In: Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Paris: Médecine-Sciences Flammarion, 2010. pp. 35-47.

Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009

Françoise Cazein¹, Florence Lot¹, Josiane Pillonel (j.pillonel@invs.sante.fr)¹, Roselyne Pinget¹, Vanina Bousquet¹, Yann Le Strat¹, Stéphane Le Vu¹, Marlène Leclerc¹, Lotfi Benyelles¹, Hélène Haguy¹, Sylvie Brunet², Damien Thierry², Francis Barin², Caroline Semaille¹

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

2/ Inserm U966, Centre national de référence du VIH, Tours, France

Résumé / Abstract

Cet article présente la situation de l'infection VIH et du sida en France en 2009, à partir de la notification obligatoire du VIH et du sida et de la surveillance virologique.

Le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2009 est estimé à environ 6 700 [IC 95% : 6 400-6 900], nombre en légère augmentation par rapport à 2008 (6 400 [IC 95% : 6 200-6 600]). Cette augmentation n'est retrouvée que chez les hommes homosexuels (2 500 en 2009).

En 2009, environ 4 000 séropositivités VIH ont été découvertes chez des personnes contaminées par rapports hétérosexuels et concernent environ 1 600 femmes et 1 100 hommes nés à l'étranger, 750 hommes et 500 femmes nés en France. Enfin, 85 usagers de drogues injectables ont découvert leur séropositivité en 2009.

La proportion d'infections à VIH-2 est de 1,7% en 2009. Parmi les infections à VIH-1, la proportion de sous-types non-B est stable depuis 2008 autour de 40%. La part des infections récentes chez les adultes est de 30%.

Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2009, 28% avaient un taux de lymphocytes CD4 à moins de 200/mm³ au moment du diagnostic et 30% à 500 et plus.

Concernant les nouveaux diagnostics de sida, dont le nombre diminue depuis plusieurs années (environ 1 400 en 2009), les homosexuels représentent également le seul groupe pour lequel le nombre de cas augmente en 2009.

Les tendances depuis 2003 restent particulièrement inquiétantes chez les homosexuels. Il est indispensable d'intensifier le dépistage et en particulier de renforcer le dépistage précoce après prise de risque, afin de réduire le risque de contamination très élevé en phase de primo-infection. Ceci est un des aspects de la nouvelle stratégie visant à élargir le dépistage à la population générale et à le répéter dans les populations exposées au VIH.

Mots clés / Key words

VIH, sida, surveillance, déclaration obligatoire, surveillance virologique, France / HIV, AIDS, epidemiological surveillance, mandatory reporting, virological surveillance, France

Introduction

Cet article présente la situation de l'infection à VIH et du sida en France en 2009, à partir des systèmes de surveillance coordonnés par l'Institut de veille sanitaire (InVS) que sont la notification obligatoire du sida et celle du VIH, couplées à la surveillance virologique réalisée en collaboration avec le Centre national de référence (CNR) du VIH.

Objectifs et méthodes

La notification obligatoire des diagnostics d'infection VIH

Les objectifs de cette notification sont de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes

découvrant leur séropositivité VIH, d'en suivre l'évolution, et de fournir des données permettant d'estimer le nombre de nouvelles contaminations, c'est-à-dire l'incidence du VIH ([1], et S. Le Vu et coll., p. 473 de ce même numéro).

Cette notification, mise en place en 2003, est initiée par les biologistes qui doivent déclarer, en créant un code d'anonymat, toute personne dont la sérologie VIH est confirmée positive¹ pour la première fois pour leur laboratoire [2]. Les informations cliniques

¹ Les sérologies effectuées de façon anonyme dans le cadre d'une Consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sont exclues de cette surveillance, dans la mesure où la construction du code d'anonymat repose sur le recueil de la date de naissance, du prénom, de l'initiale du nom et du sexe.

et épidémiologiques sont fournies ensuite par le médecin prescripteur du test. Les notifications (volets biologiques et volets médicaux) sont adressées aux médecins inspecteurs des Agences régionales de santé (ARS) qui doivent les coupler et les transmettre à l'InVS. Les doublons (plusieurs déclarations pour une même personne) sont détectés grâce au code d'anonymat et permettent le plus souvent de compléter la notification initiale.

À partir des notifications reçues, le nombre total de découvertes de séropositivité a été estimé en appliquant deux facteurs de correction pour tenir compte des délais de déclaration (cas diagnostiqués en 2008-2009 déclarés avec retard) et de la sous-déclaration (cas jamais déclarés, 31% en 2009) estimée à partir de l'enquête LaboVIH [F. Cazein