

Infections sexuellement transmises chez les homosexuels et bisexuels masculins en France

Michel JANIER, François LASSAU, François DENIAUD

Résumé

Après une diminution historique des MST dans la communauté gay (1985-1998) due à la peur du VIH, on assiste à une réaugmentation de la syphilis et de la gonococcie, deux maladies qui avaient pratiquement disparu. Cette recrudescence est à rapprocher des prises de risque actuellement en augmentation chez les homosexuels, et particulièrement chez les homosexuels séropositifs pour le VIH. Ce phénomène de *relapse* pourrait être corrélé en partie à l'utilisation des multithérapies et doit faire craindre de nouvelles contaminations VIH.

Mots clés : homosexualité, syphilis, gonococcie, herpès génital, sexe oral, *relapse*.

Historiquement, l'importance du multipartenariat chez les homosexuels et les bisexuels masculins a toujours été responsable d'une grande fréquence d'infections sexuellement transmises (IST).

À partir du milieu des années 1980, la peur du sida et de l'infection par le VIH a considérablement modifié les comportements sexuels, particulièrement dans la communauté homosexuelle, et renforcé la prévention contre l'ensemble des IST. Cependant, depuis 1998, nous assistons en France à la résurgence de maladies qui avaient pratiquement disparu, comme la gonococcie et la syphilis, qui touchent préférentiellement les homosexuels et sont le résultat du relâchement manifeste de la prévention.

Gonococcies

Il n'existe, en France, aucun recueil de données systématique concernant les gonococcies, qui ne sont plus à déclaration obligatoire depuis juin 2000 [12]. Le réseau RENAGO regroupant 200 laboratoires volontaires depuis 1986 montre cependant qu'une diminution de 126 cas a été observé en 1997, puis une remontée depuis 1998 avec 240 cas et 300 cas en 2000 [8]. Cette remontée est surtout significative dans les laboratoires parisiens. Ainsi, au Centre Clinique et Biologique des Maladies Sexuellement Transmises (MST) de l'Hôpital Saint-Louis, un recueil épidémiologique exhaustif de toutes les gonococcies est organisé depuis cinquante ans. Le nombre d'urétrites gonococciques masculines n'a cessé de diminuer depuis le début des années 1970 avec une accélération

de la décroissance à partir des années 1980. Une diminution a été observée en 1997 avec 43 cas seulement pour l'ensemble de l'année. Depuis 1998, une remontée, certes relative, est notée avec une centaine de cas par an depuis cette date. L'analyse de ces données montre :

- une représentation croissante des homosexuels masculins qui constituaient 10 % des cas en 1986, 20 % en 1995, 55 % en 1998 et 60 % pour les trois années 1999-2001 ;
- une forte prévalence de séropositivité VIH (7 % parmi les cas de gonococcies en 1990, 20 % depuis 1994 auxquels il faut ajouter 7 % de refus de test) ;
- enfin, la fréquence de la fellation comme source unique supposée de contamination (environ 50 % pour les années 1999-2001 chez les homosexuels).

Le *tableau 1* montre que sur 147 urétrites gonococciques masculines consécutives observées en 1999-2000, 55 % des cas sont survenus chez des homosexuels (n = 81) et 45 % chez des hétérosexuels (n = 66). 35 % des homosexuels avec urétrite gonococcique étaient séropositifs pour le VIH contre 1,6 % des hétérosexuels ($p < 10^{-4}$) [11]. La fellation comme seul mode reconnu de contamination intervenait dans 50 % des cas chez les homosexuels et 8 % des cas chez les hétérosexuels ($p < 10^{-3}$). Enfin, 12,5 % des homosexuels et 4,5 % des hétérosexuels avaient un portage concomitant de gonocoque dans le pharynx.

Tableau 1.
**Urétrites gonococciques masculines (Hôpital Saint-Louis, janvier 1999-mai 2001)
(d'après [11])**

	Homosexuels (n = 81)	Hétérosexuels (n = 66)
Fellation = seul risque	50 %	8 % ($p < 0,001$)
NG pharynx	12,5 %	4,5 % ($p = 0,1$)
NM pharynx	17,5 %	6 % ($p = 0,03$)
NG + NM pharynx	0 %	1 %
VIH +	35 %	1,6 % ($p < 0,0001$)

NG : *Neisseria gonorrhoeae* (gonocoque) ; NM : *Neisseria meningitidis* (méningocoque).

Ces données soulignent clairement l'importance de l'homosexualité masculine et de la fellation dans la réaugmentation des cas d'urétrite gonococcique. Par ailleurs, le réservoir pharyngé semble jouer un rôle majeur dans la persistance de l'infection [13] avec des implications spécifiques : en particulier, le fait que la grande majorité des gonococcies pharyngées sont asymptomatiques et que le portage pharyngé concomitant de gonocoque et de méningocoque, fréquent chez les homosexuels, expose au risque de transfert de résistance (pénicilline) au méningocoque. Enfin, sur le plan pratique, la recherche d'une gonococcie pharyngée est indispensable en cas de pratiques de sexe oral non protégées ; en effet, ce portage gonococcique pharyngé doit être pris en compte pour le traitement, le seul antibiotique dont l'efficacité dans les gonococcies pharyngées est reconnue étant la ceftriaxone.

Syphilis

La syphilis n'est plus à déclaration obligatoire, en France, depuis juin 2000. Ces déclarations n'étaient en réalité plus faites que par les dispensaires anti-vénériens (DAV). Une décroissance régulière des cas de syphilis depuis les années 1950 avait été constatée et la syphilis avait pratiquement disparu dans les années 1990-1997. Ainsi, dans les trois centres de MST les plus importants de Paris (Hôpital Saint-Louis, Clinique Tarnier, Institut Alfred Fournier), seulement 4 cas avaient été observés en 1998 et 9 cas en 1999.

Une réapparition de nouveaux cas de syphilis précoce a été notée en 1999 [7] avec une augmentation rapide jusqu'en 2001. En janvier 2000, une étude prospective à l'initiative de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVS) a été lancée dans cinq centres MST de Paris *intra-muros* puis étendue en province et chez des praticiens libéraux [4]. Entre janvier 2000 et juin 2002, 293 cas ont été colligés, pour la plupart à Paris et en Île-de-France (83 %) : 282/293 (96 %) étaient des hommes, dont (88 %) étaient homosexuels (248/282). L'âge moyen était de 36,1 ans (médiane 35). Les cas se distribuaient en syphilis secondaires (54 %), primaires (26 %) ou sérologiques précoces (20 %). L'infection à VIH était très fréquente : 171/293 (58 %) étaient séropositifs pour le VIH (64 % chez les homosexuels et 33 % chez les hétérosexuels). Parmi les patients séropositifs pour le VIH, 144/171 (84 %) connaissaient leur séropositivité, et ce depuis 6,4 ans en moyenne. Parmi eux, 71 % étaient traités par une multithérapie (la moitié d'entre eux ayant une charge virale indétectable). Concernant les prises de risque de ces patients, 80 % rapportaient des partenaires sexuels occasionnels, 80 % n'utilisaient jamais de préservatifs pour les fellations et seulement 2 % de manière systématique et, enfin, 50 % utilisaient systématiquement des préservatifs pour les pénétrations anales (et 2 % n'en utilisaient jamais). Il semble donc qu'environ 50 % des cas de syphilis précoce observés dans cette étude aient pu être transmis lors de pratiques de sexe oral [5].

En mai 2002, un programme (Alerte Syphilis) a été lancé à Paris par la Direction Générale de la Santé (DGS), la Société Française de Dermatologie, l'InVS et la Municipalité de Paris, dans l'objectif de dépister et traiter le plus rapidement possible les cas de syphilis précoces et ainsi réduire le pool des cas infectieux. Ce programme reposait sur la mobilisation de la communauté gay, des médecins, des Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des laboratoires, avec des programmes éducatifs pour les médecins et les laboratoires d'analyses médicales, un dépistage anonyme et gratuit de la syphilis dans les CDAG, et des actions d'information dans les lieux communautaires gay. Le programme a ensuite été étendu dans les villes où des cas de syphilis avaient été identifiés à partir de l'automne 2002.

Épidémiologie de la gonococcie et de la syphilis chez les homosexuels, dans les autres pays

Des épidémies similaires de syphilis précoce chez des homosexuels ont été observées à la même période dans plusieurs pays occidentaux : au Royaume-Uni, en Irlande, en Norvège, aux Pays-Bas, en Belgique, aux États-Unis (Californie et Côte Est) et au Canada [10].

Quant aux gonococcies, elles ont également augmenté en Suède, particulièrement chez les homosexuels (de 2,5 cas pour 100 000 par an en 1996 à 8 cas pour 100 000 par an en 1997) [3]. Aux Pays-Bas, les gonococcies ont augmenté depuis 1998, l'incidence ayant été multipliée par 2 (les homosexuels représentent 50 % des cas) et l'incidence des gonococcies anales multipliée par 4 sur la même période. Il existe, également, une recrudescence des gonococcies au Royaume-Uni (augmentation de 30 % depuis 1998) et aux États-Unis depuis 1998 (augmentation de 125 % chez les homosexuels dont 25 % sont séropositifs pour le VIH). Le nombre de gonococcies rectales a été également multiplié par 2 dans beaucoup de grandes villes américaines. Au total, la concomitance de l'épidémie de syphilis précoce touchant surtout les homosexuels et de la recrudescence relative de gonococcies, indique manifestement un relâchement de la prévention dans le milieu homosexuel.

Autres MST

Les infections à *Chlamydia trachomatis* ne semblent pas plus fréquentes chez les homosexuels que chez les hommes hétérosexuels bien que le portage pharyngé et anal de *Chlamydia trachomatis* semble être sous-estimé [14].

L'herpès génital HSV2 est moins fréquent chez les hommes homosexuels que chez les hommes hétérosexuels. En revanche, l'herpès anal est plus fréquent ainsi que les herpès génito-anaux HSV1. L'herpès génito-anal HSV1 est, en particulier, corrélé avec les pratiques d'anilingus [9].

Quant aux condylomes, ils n'ont rien de très particulier chez les homosexuels en dehors de la plus grande fréquence de localisations anales et des difficultés thérapeutiques qui en découlent. Les infections à papillomavirus sont surtout problématiques chez les hommes séropositifs pour le VIH, avec le risque de dysplasie anale et de cancer anal. Enfin, les homosexuels sont particulièrement exposés à l'hépatite B. La vaccination est absolument indispensable. Des épidémies d'hépatite A ont également été décrites chez les homosexuels masculins [6].

La transmission sexuelle du virus *Human Herpes Virus type 8* (HHV8) est bien documentée chez les homosexuels sans que l'on sache très précisément quel type de pratiques sexuelles est le plus à risque (probablement le sexe oral).

Augmentation des prises de risque chez les homosexuels masculins

La recrudescence des gonococcies et l'épidémie de syphilis précoce observées dans la plupart des pays occidentaux indiquent une reprise des comportements à risque. Ceux-ci doivent faire craindre une augmentation des nouvelles contaminations VIH bien que nous n'ayons, pour le moment en France, aucune donnée épidémiologique qui le prouve. Un faisceau de facteurs favorisant cette reprise des risques existe : mauvaise information et prévention insuffisante chez les plus jeunes, utilisation de drogues, d'alcool, rencontres via Internet, impact des multithérapies et enfin lassitude. En particulier, les relations entre les comportements à risque et les multithérapies sont complexes : les multithérapies diminuent l'infectiosité des patients ; en diminuant la mortalité par sida, elles augmentent

le nombre des sujets infectés ; elles peuvent être responsables d'une moindre peur du sida ; enfin et surtout, par leurs effets bénéfiques sur l'infection VIH, elles diminuent la morbidité, améliorent le bien-être des patients qui retrouvent en même temps qu'une meilleure santé, une sexualité plus active. Il s'agit, en fait, plus d'un retour à des comportements sexuels antérieurs qu'à l'émergence de comportements sexuels nouveaux.

Les prises de risque semblent augmenter davantage chez les hommes séropositifs pour le VIH que chez les séronégatifs. Enfin, l'idée que les homosexuels se font de l'efficacité d'une multithérapie prophylactique en cas de prise de risque, pourrait intervenir dans la prise de risque elle-même.

Cette reprise des comportements à risque a été soulignée dans deux études effectuées par Philippe Adam et son équipe en 2000, l'une dans la presse gay, l'autre dans les lieux communautaires gay. La première (Enquête Presse Gay 2000) est une enquête périodique effectuée depuis 1985 [1]. Elle concerne 4 753 homosexuels et bisexuels masculins, lecteurs de vingt revues gay ou consultant quatre sites Internet spécialisés. Elle a été réalisée en 2000 et comparée à l'enquête de 1997 qui avait collecté 3 311 réponses. Il s'agit d'homosexuels et bisexuels de niveau éducatif élevé. Plus de 78 % d'entre eux reconnaissent au moins un partenaire occasionnel dans l'année (contre un peu plus de 76 % en 1997). 12,5 % se déclaraient séropositifs pour le VIH et 13,8 % n'avaient jamais fait de test (contre respectivement 11,2 % et 14,2 % en 1997). 50 % des répondants avaient un partenaire régulier. Environ 16 % avaient eu une MST dans l'année (contre 13 % en 1997). La fréquence des MST était plus importante chez les Parisiens (21 %) que chez les provinciaux (14 %). Elle était également plus importante chez les patients séropositifs pour le VIH (30 %) que chez les hommes séronégatifs (15 %).

Chez les hommes ayant eu un partenaire occasionnel dans l'année (n = 3 150), 88 % pratiquaient avec ce dernier la fellation et 75 % la pénétration anale.

Au total, lors d'une fellation, près de 89 % de l'ensemble des hommes ayant des partenaires occasionnels ne se protégeaient pas systématiquement, et près de 75 % de l'ensemble des hommes ne se protégeaient jamais. Près de 17 % ne se protégeaient pas systématiquement lors des pénétrations (et 2 % jamais). La part des hommes déclarant au moins une pénétration non protégée dans l'année est passée de 17 % à 23 % entre 1997 et 2000. Le taux était plus important en Île-de-France (25 %), chez les moins de 25 ans (31 %), et chez les séropositifs pour le VIH (38 %). 11 % des hommes séropositifs pour le VIH ayant eu des partenaires occasionnels, ont eu des pénétrations non protégées avec des partenaires dont ils connaissaient la séronégativité VIH ; inversement, 5 % des hommes séronégatifs pour le VIH ont eu des pénétrations non protégées avec des partenaires occasionnels dont la séropositivité VIH était connue.

Par ailleurs, moins de 2 % estimaient que la confiance en la multithérapie thérapeutique avait augmenté leur prise de risque et 7 % pour la multithérapie prophylactique.

Au total, l'étude montre que la prise de risque n'est plus désormais accidentelle mais régulière. L'évolution est la plus nette dans le cas de la sexualité avec des partenaires occasionnels : accentuation significative de la fréquence des rapports et moindre utilisation des préservatifs pour les pénétrations. Ceci est particulièrement significatif chez les hommes séropositifs pour le VIH dont la plupart

bénéficient d'un traitement antirétroviral qu'ils considèrent comme bénéfique, et qui leur a permis de reprendre des activités sexuelles précédemment réduites ou interrompues.

La deuxième étude dite « Baromètre Gay 2000 » a été pratiquée sur un mois, en décembre 2000, auprès de 64 établissements gays parisiens (dont 33 avec consommation sexuelle sur place) [2]. Il s'agissait de bars ou d'établissements avec sexe (sauna, sex club). 17 200 questionnaires ont été diffusés avec un taux de retour de 12 % (2 026 questionnaires remplis). La moyenne d'âge des répondants était de 34 ans, de niveau éducatif élevé, 91 % avaient déjà fait un test VIH et 16,5 % se déclaraient séropositifs. 60 % avaient eu un partenaire stable dans l'année et 80 % au moins un partenaire occasionnel. Parmi ceux ayant eu un partenaire occasionnel (n = 1 620), la fellation était pratiquée par 98 %, le *rimming* (anulingus) par 78 %, la pénétration active par 84 % et la pénétration passive par 71 %. Seulement 8 % ne pratiquaient jamais de pénétration. 52 % d'entre eux avaient été priés par leur partenaire occasionnel de ne pas utiliser de préservatifs (ceci est surtout net chez les hommes séropositifs, 72 %). 31 % ont eu des pénétrations anales non protégées (54 % pour les séropositifs et 27 % pour les séronégatifs) ($p = 10^{-4}$). En analyse multivariée, chez les hommes séronégatifs pour le VIH, les pénétrations anales non protégées étaient corrélées à l'âge jeune inférieur à 25 ans : OR 2,2 [1,6-3,2] et au nombre de partenaires sexuels : plus de 10 partenaires sexuels, OR 1,6 [1,2-2,2]. Chez les hommes séropositifs, la pénétration anale non protégée était corrélée au nombre de partenaires sexuels : plus de 10 partenaires sexuels, OR 1,9 [1-3,8] $p < 10^{-3}$, et à la fréquentation des sex clubs : OR 2,3 [1,2-4,4] $p < 10^{-3}$. Par ailleurs, 17,2 % avaient eu une MST dans l'année (26 % chez les séropositifs et 16 % chez les séronégatifs) ($p < 10^{-4}$) ; il s'agissait, le plus souvent, d'une blennorragie ou de condylomes.

Au total, cette étude montre également une fréquence élevée de prise de risque dans la communauté homosexuelle, en particulier chez les hommes séropositifs pour le VIH.

L'Enquête Presse Gay montre également que seulement 66 % sont vaccinés contre l'hépatite B et 40 % contre l'hépatite A.

Interrelations IST-VIH

Les interrelations entre les IST et le VIH sont extrêmement étroites. Les IST constituent un observatoire des comportements sexuels. Les données les plus récentes, en France, montrent que la recrudescence de ces IST touche assez spécifiquement la communauté homosexuelle et est fortement corrélée à la séropositivité VIH. Elle traduit une reprise des comportements à risque confirmée par les deux études réalisées auprès des homosexuels et particulièrement chez les homosexuels séropositifs pour le VIH. Bien qu'il n'y ait pas de données chiffrées, une augmentation des nouvelles contaminations VIH est à craindre, autant par les prises de risque que par le fait que les IST, quelles qu'elles soient (surtout les ulcérations et les érosions génitales mais également les urétrites) augmentent le risque d'acquisition et de transmission du VIH. Par ailleurs, les IST posent des problèmes particuliers chez des séropositifs : difficultés thérapeutiques (en particulier pour la syphilis), risque d'augmenter la répllication du VIH et enfin, gravité

particulière des IST (en particulier, pour l'herpès génital et les condylomes avec le risque de dysplasie et de cancer anal).

L'information et la prévention doivent être ciblées sur un message associant les IST et le VIH. La gravité de l'infection VIH doit de nouveau être soulignée concernant, en particulier, les effets secondaires des médicaments antirétroviraux et le risque d'échappement thérapeutique, virologique et immunologique. L'information doit se faire sur les MST, en général : importance de la vaccination contre l'hépatite B et contre l'hépatite A, dépistage régulier de la syphilis dans les populations à risque, protection des rapports oro-génitaux contre la transmission des IST.

La campagne de lutte contre la syphilis a montré que des injections de rappel en direction du corps médical étaient nécessaires, de même que les messages en direction des populations les plus à risque, en particulier dans les lieux communautaires gays. Ces actions conjuguent une action collective, visant à identifier et à traiter le plus vite possible les cas infectieux, et les messages d'utilisation du préservatif. Il est difficile de savoir si les messages de prévention appelant à l'utilisation à 100 % des préservatifs pour la pénétration anale comme pour la fellation, sont plus efficaces que les messages de prévention plus réalistes visant simplement à essayer de diminuer les risques pour la frange de population qui, même informée, est engagée dans des comportements sexuels à risque. Dans l'exemple de l'utilisation des préservatifs, la bonne observance de la protection des rapports anaux se fait bien souvent au détriment de la protection des rapports oro-génitaux. Peut-on s'en satisfaire en privilégiant un moindre risque plutôt que le risque zéro ? L'observance réelle oscille entre des arrangements avec les règles et la gestion des risques en vue d'un risque global acceptable.

La politique de prévention contre le VIH et les MST nécessite, avant tout, une bonne connaissance épidémiologique de la situation, ce qui n'est pas le cas actuellement, particulièrement sur les nouvelles contaminations VIH. La prise de conscience que la lutte contre les IST et le VIH doit être commune est un préalable indispensable.

Références bibliographiques

1. Adam P, Hauet E, Caron C. *Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000*. Rapport InVS/ANRS/DGS, mars 2001.
2. Adam P. Baromètre gay : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. *BEH* 2002 ; 18 : 77-9.
3. Berglund T, Fredlund H, Giesecke J. Epidemiology of the reemergence of gonorrhoea in Sweden. *Sex Transm Dis* 2001 ; 28 : 111-4.

4. Couturier E, Dupin N, Janier M, *et al.* Résurgence de la syphilis en France, 2000-2001. *BEH*, 2001 ; 35-36 : 168-9.
5. Couturier E, Dupin N, Janier M, *et al.* Syphilis : increasing trends in Paris, France, 1998-2001. *XIVth AIDS International Conference*, Barcelona, 7-12 July 2002.
6. Delarocque-Astagneau E, Valenciano M, Dariosecq JM, *et al.* Une épidémie d'hépatite A chez des homosexuels masculins à Paris en 2000. *BEH* 2001 ; 44 : 207-9.
7. Dupin N, Jdid R, N'Guyen YT, *et al.* Syphilis and gonorrhoea in Paris : the return. *AIDS* 2001 ; 15 : 814-5.
8. Goulet V, Sednaoui P. Recent increase of gonococcal infections in France. *Int J STD AIDS* 2001 ; 12 (suppl 2) : 94.
9. Janier M, Méouchi R, de la Salmonière P, *et al.* Genital herpes : virological, serological and epidemiological study of 78 consecutive cases in Paris (France). *Int J STD AIDS* 2001 ; 12 (suppl 2) : 150.
10. Lacey HB, Higgins SP, Graham D. An outbreak of early syphilis : cases from North Manchester General Hospital. *Sex Transm Infect* 2001 ; 77 : 311-3.
11. Lassau F, Casin I, Janier M. Epidemiological study of male gonococcal urethritis in a STD clinic in Paris (France), 1985-2000. *Int J STD AIDS* 2001 ; 12 (suppl 2) : 94-5.
12. Meyer L, Goulet V, Massari V, Lepoutre-Toulemon A. Surveillance of sexually transmitted diseases in France : recent trends and incidence. *Genitourin Med* 1994 ; 70 : 15-21.
13. Russell JM, Azadian BS, Roberts AP, *et al.* Pharyngeal flora in a sexually active population. *Int J STD AIDS* 1995 ; 6 : 211-5.
14. Sulaiman MZ, Foster J, Pugh SF. Prevalence of *Chlamydia trachomatis* infection in homosexual men. *Genitourin Med* 1987 ; 63 : 179-81.