

Synthèse des données épidémiologiques du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles dans la population homosexuelle masculine en France

Caroline SEMAILLE¹, Alice MICHEL¹, Florence LOT¹, Christine LARSEN¹, Magid HERIDA¹, Françoise CAZEIN¹, Josiane PILLONEL¹, Roselyne PINGET¹, Annie VELTER¹, Jean-Claude DESENCLOS²

Résumé

Cet article fait la synthèse des données épidémiologiques disponibles en 2005 en France dans la population homosexuelle masculine, à partir de plusieurs sources de données (notification obligatoire du VIH/sida, surveillance des infections sexuellement transmissibles, enquêtes ponctuelles).

Près de cinq ans après la parution des résultats de l'enquête presse gay 2000, qui montraient une reprise des comportements à risque chez les homosexuels en France, les données épidémiologiques, celles issues de la notification obligatoire du VIH comme celles issues de la surveillance des infections sexuellement transmissibles conduisent au même constat : la transmission du VIH continue dans cette population et les prises de risque vis-à-vis du VIH également, comme le montrent les résultats de la dernière enquête presse gay (cf p. 13). Cette synthèse des données épidémiologiques (sources InVS) s'appuie sur :

- la notification obligatoire du VIH (depuis sa mise en place en 2003), celle du sida (depuis 1986) et les données de la surveillance virologique couplée à la notification du VIH [16] ;
- les estimations de la prévalence du VIH à partir des enquêtes de comportements (enquêtes presse gay et baromètre gay) ou de la méthode d'estimation de la prévalence par la méthode directe [14, 18, 19, 5] ;
- les systèmes de surveillance des infections sexuellement transmissibles basés sur des réseaux de laboratoires volontaires (infections à gonococcies, lymphogranulomatose vénérienne rectale) ou sur des réseaux de cliniciens volontaires (syphilis) [8, 9, 10] ;
- une enquête nationale sur la prévalence des co-infections par le virus des hépatites B et C dans la population VIH+ en juin 2004 en France [12] ;
- une investigation menée par l'Institut national de veille sanitaire (InVS) sur des cas d'hépatite C aiguë survenant chez des homosexuels séropositifs en Île-de-France [6].

La méthodologie de ces systèmes de surveillance, de ces enquêtes et des méthodes d'estimation de prévalence a déjà été décrite et publiée par ailleurs.

Mots clés : homosexuels, VIH, épidémiologie, notification du VIH, infections sexuellement transmissibles, prévalence du VIH.

¹ Unité VIH/sida-IST-VHC, département des maladies infectieuses, Institut national de veille sanitaire, 12, rue du Val D'Osne, 94415 Saint Maurice Cedex – France – c.semaille@invs.sante.fr

² Département des maladies infectieuses, Institut national de veille sanitaire, Saint Maurice.

Surveillance du VIH et du sida (InVS)

Notification obligatoire du VIH³

Depuis la mise en place de la notification obligatoire du VIH en 2003, 1 786 séropositivités au VIH ont été découvertes et notifiées chez des hommes homosexuels en France, soit un pourcentage de 23 %, et de 28 % si les modes de contamination « inconnus » sont exclus. Sur cette même période, les homosexuels représentent 24 % des cas de sida. Ainsi, une découverte de séropositivité sur cinq concerne un homosexuel. Le nombre annuel de cas de sida chez les homosexuels a diminué jusqu'en 2001 (409), s'est stabilisé entre 2001 et 2003, puis a diminué à nouveau en 2004 (287). La pneumocystose (28 %), la maladie de Kaposi (22 %), la candidose œsophagienne (13 %) et les lymphomes (11 %) sont les pathologies inaugurales du sida les plus fréquentes chez les homosexuels. Parallèlement à cette diminution des cas de sida chez les homosexuels, la survie s'est améliorée avec un risque de décès divisé par quatre depuis l'avènement des trithérapies [4].

En revanche, parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité, la proportion d'homosexuels a significativement augmenté, passant de 20 % au 1^{er} semestre 2003 à 25 % au deuxième semestre 2004/premier trimestre 2005 ($p = 0,001$).

Les homosexuels découvrent leur séropositivité à 39 ans en moyenne (38,6-39,6). Les homosexuels âgés de 30 à 39 ans représentent près de la moitié des cas (43 %), alors que les moins de 20 ans représentent moins de 2 %.

La grande majorité des homosexuels découvrant leur séropositivité (82 %) sont de nationalité française, 4 % sont de nationalité d'un pays du continent américain (principalement Brésil, 26 %, et États-Unis, 16 %) et 3 % d'un pays d'Europe centrale ou occidentale autre que la France. Les homosexuels du continent africain représentent 2 % des découvertes de séropositivité (Cameroun et Angola principalement).

Les homosexuels qui découvrent leur séropositivité résident surtout en Île-de-France (44 %). Dans les autres régions, la proportion d'homosexuels découvrant leur séropositivité varie de 1 à 6 %. Les informations sur les partenaires à l'origine de la contamination (relation stable ou occasionnelle, séropositivité du partenaire connue ou non...) sont globalement mal renseignées par le clinicien lors de la notification obligatoire. Cependant, le partenaire est indiqué comme séropositif connu dans 10 % des cas par le clinicien (pour 72 % des notifications, le statut du partenaire est inconnu ou non renseigné).

Les deux principaux motifs de dépistage chez les homosexuels sont la présence de signes cliniques ou biologiques (34 %), signes qui peuvent être liés à une primo-infection et à la notion d'une exposition au VIH (32 %). Près d'un homosexuel sur cinq (18 %) découvre sa séropositivité au moment d'une primo-infection. La proportion élevée de diagnostics au moment d'une primo-infection suggère un recours précoce au dépistage chez les homosexuels exposés au risque d'infection. Cette proportion est plus élevée chez ceux de moins de 40 ans : 20 % sont à un stade de primo-infection, contre 13 % chez les 40 ans et plus. Cependant, une part non négligeable des homosexuels (15 %) découvre sa séropositivité tardivement, au

³ Données au 31 mars 2005.

stade du sida. Cette proportion augmente avec l'âge : de 4 % chez les moins de 30 ans, elle atteint 26 % chez les 50 ans et plus.

Parmi les hommes qui découvrent leur séropositivité, si on compare les homosexuels ($n = 1\,786$) à ceux qui sont contaminés par des rapports hétérosexuels ($n = 1\,855$), les homosexuels sont plus jeunes (39 ans versus 42 ans, $p < 0,0001$), sont plus souvent dépistés à la suite d'une exposition à un risque (31 versus 19 %, $p < 0,0001$), déclarent plus souvent un partenaire séropositif (10 % versus 5 %, $p < 0,0001$). La distribution des catégories socio-professionnelles dans ces deux populations est globalement différente : moins d'ouvriers et plus de cadres supérieurs/moyens, de professeurs ou de professions libérales chez les homosexuels. Par ailleurs, au moment du diagnostic, les homosexuels sont plus souvent en activité que les hétérosexuels (67 % versus 43 %, $p < 0,0001$). Les homosexuels sont plus fréquemment de nationalité française que les hétérosexuels (82 % versus 38 %, $p < 0,0001$).

Analyse de la surveillance virologique⁴

Détermination de l'infection récente parmi les nouveaux diagnostics

Les résultats du test d'infection récente sont disponibles pour 1 408⁵ homosexuels. Ce test montre que près de la moitié d'entre eux (46 % ; IC⁶ à 95 % 43,2-48,4) ont été infectés récemment (dans les six mois précédant le diagnostic). La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels qui résident en Île-de-France (52 % versus 40 % pour les autres régions, $p < 0,0001$), alors qu'elle est plus faible dans le Nord-Pas-de-Calais (44 %), en Provence-Alpes-Côte d'azur (47 %), en Aquitaine (49 %) et dans la région Rhône-Alpes (35 %).

La proportion d'infections récentes chez les homosexuels n'a pas significativement évolué entre 2003 et 2004/2005 ($p = 0,07$), même si elle était plus élevée au 1^{er} semestre 2003 (56 %). Elle ne varie pas selon les motifs de dépistage ($p = 0,06$), ni en fonction de la nationalité (Français 47 % versus tous les étrangers 41 %, $p = 0,06$). En revanche, elle diminue significativement avec l'âge : 58 % pour les moins de 30 ans, 49 % pour les 30-39 ans, 37 % pour les 40-49 ans et 29 % pour les plus de 50 ans ($p < 0,0001$). La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels dont la notification obligatoire a été faite par un médecin de ville (55 %) que par un médecin hospitalier (42 %, $p < 0,0001$). Ce résultat semble indiquer que, 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 ($p = 0,009$) : elle est plus élevée chez les employés (49 %), les cadres supérieurs et moyens ou professions libérales (46 %) que chez les ouvriers (33 %).

Les données recueillies sur la notification et qui sont associées à l'infection récente en analyse univariée (voir paragraphe précédent) ont donc été incluses dans un modèle d'analyse multivariée, afin d'identifier celles qui sont associées au fait d'avoir un test en infection récente. Les résultats de l'analyse sont présentés dans le *tableau 1*.

⁴ Données au 31 mars 2005.

⁵ Personnes notifiées pour le VIH qui n'ont pas refusé la surveillance virologique et pour lesquelles un buvard est disponible.

⁶ IC : intervalle de confiance.

Tableau 1.
Facteurs associés à l'infection récente. Résultats de l'analyse multivariée réalisée sur 1 408 sujets homosexuels (données au 31 mars 2005)

		Analyse univariée			Analyse multivariée		
		OR	IC (95 %)	p	ORa	IC (95 %)	p
Âge au moment du diagnostic	15-29 ans	3,35	2,22-5,04	< 0,0001	3,09	2,04-4,68	< 0,0001
	30-39 ans	2,29	1,57-3,35		2,17	1,47-3,18	
	40-49 ans	1,44	0,96-2,17		1,38	0,91-2,09	
	Plus de 50 ans	1			1		
Semestre de diagnostic	1 ^{er} semestre 2003	1		0,01	1		0,037
	2 ^e semestre 2003	0,66	0,47-0,93		0,68	0,48-0,97	
	1 ^{er} semestre 2004	0,57	0,40-0,81		0,61	0,43-0,87	
	Second semestre 2004-1 ^{er} trimestre 2005	0,62	0,45-0,86		0,65	0,46-0,90	
Catégorie socio-professionnelle	Sans profession, étudiant	1		0,01			0,1
	Employé	1,08	0,80-1,47				
	Ouvrier	0,55	0,37-0,83				
	Cadre supérieur/moyen, profession libérale	0,94	0,72-1,24				
Région de résidence	Hors Île-de-France	1			1		0,0004
	Île-de-France	1,61	1,31-1,99		1,48	1,19-1,85	
Type de déclarant	Médecin hospitalier	1			1		< 0,0001
	Médecin de ville	1,75	1,39-2,20		1,65	1,30-2,08	

OR : Odds Ratio ; IC : intervalle de confiance ; ORa : Odds Ratio ajusté

Lors de l'analyse multivariée, les facteurs liés à l'infection récente sont : 1) l'âge (l'infection récente diminue avec celui-ci, les homosexuels de moins de 30 ans ayant trois fois plus de risques d'être détectés en infection récente que ceux de plus de 50 ans) ; 2) le semestre de diagnostic (le risque d'infection récente était plus élevé lors du 1^{er} semestre 2003, comparativement aux autres semestres) ; 3) la région (le risque d'infection récente en Île-de-France est plus élevé de 1,5 par rapport à l'ensemble des autres régions) ; 4) le type de déclarant, les médecins de ville déclarant 1,6 fois plus d'infections récentes que les médecins hospitaliers. En revanche, la proportion d'infections récentes ne varie pas significativement avec les catégories socioprofessionnelles.

La proportion d'infections récentes est élevée chez les homosexuels. Elle peut être la conséquence d'un relâchement des comportements de prévention, mais elle dépend également d'autres facteurs, dont les pratiques de dépistage. En effet, les homosexuels ont plus souvent recours au dépistage du VIH que les autres populations [18]. Leur probabilité d'être dépistés rapidement après leur contamination est donc également plus élevée, surtout lorsque le dépistage est réalisé à la suite d'une prise de risque.

La proportion d'infections récentes plus élevée au 1^{er} semestre 2003 que pour les autres semestres est difficile à interpréter, car ce semestre a correspondu à la mise en place de la surveillance virologique. Une vaste campagne de sensibilisation a été menée au cours du 1^{er} semestre 2003 auprès de l'ensemble des médecins inscrits au Conseil de l'ordre (envoi des documents d'information sur la notification du VIH et des fiches de notification). Il est donc possible que les

médecins aient été plus enclins à proposer un dépistage devant l'existence de signes cliniques évoquant une primo-infection à VIH.

Détermination des groupes et des sous-types des virus

La surveillance virologique permet également l'étude des groupes et des sous-types du VIH chez les personnes qui découvrent leur séropositivité. Le sous-type B, prédominant parmi les virus circulants en France, est le plus fréquent chez les homosexuels, mais on retrouve également des sous-types non-B (13 %) largement prédominants sur le continent africain. La présence des sous-types non-B chez des homosexuels avait déjà été mise en évidence en 1996-1998 à partir de l'Observatoire des sous-types du VIH, mais en proportion très faible (2 %). L'augmentation croissante des sous-types non-B chez les homosexuels semble indiquer une intrication entre l'épidémie de la population africaine et celle des homosexuels. En Île-de-France et dans la région Rhône-Alpes, la proportion des sous-types non-B est plus élevée que la moyenne nationale. En France, les homosexuels contaminés par des sous-types non-B sont principalement de nationalité française (80 % des cas, soit 108 cas). Par ailleurs, quelques homosexuels ont été contaminés par le VIH-2, dont les deux tiers de nationalité française. Aucun groupe O n'a pour l'instant été identifié chez les homosexuels.

Estimation du nombre d'homosexuels en France

Dans les années 1990, le nombre d'homosexuels actifs était estimé à près de 300 000. Cette estimation était basée sur l'enquête ACSF/Inserm « Analyses des comportements sexuels en France », réalisée en 1992 auprès de 20 000 Français.

Plus de 4 % des hommes ont déclaré au cours de cette enquête avoir eu au cours de leur vie au moins un rapport sexuel avec un homme. Le nombre d'homosexuels a donc été estimé à 800 000, sur la base des 20 millions d'hommes âgés de 18 à 69 ans. En outre, 1,5 % des hommes interrogés ont déclaré avoir eu des rapports sexuels avec des hommes au cours des cinq dernières années. Le nombre d'homosexuels sexuellement actifs a donc pu être estimé à 280 000.

Cette enquête (CSF/Inserm/Ined/Anrs), reconduite en 2005, permettra sans doute d'estimer à nouveau le nombre d'homosexuels en France.

Estimation de la prévalence du VIH chez les homosexuels

Le nombre d'homosexuels infectés par le VIH a été estimé à 34 000, fin 1997 [5]. La prévalence chez les homosexuels sexuellement actifs est près de 120 fois plus élevée que chez les hétérosexuels.

On dispose, par ailleurs, d'une prévalence de l'infection à VIH « déclarée » (proportion d'homosexuels qui se déclarent séropositifs pour le VIH), à partir des enquêtes de comportements réalisées dans la population gay. Cette prévalence « déclarée » se situe entre 12 % et 15 % selon les enquêtes. Les prévalences dans les enquêtes presse gay 2000 et 2004 étaient respectivement de 14,7 % (IC 95 % 13,6-15,8) et de 12,9 % (IC 95 % 11,8-13,9) [18]. Dans l'enquête baromètre gay 2002 réalisée auprès d'homosexuels fréquentant les lieux de rencontre

gay en France, la prévalence déclarée par les homosexuels était de 12 %, dont un quart avait découvert leur séropositivité dans l'année [14].

Actuellement, il n'existe pas en France de données sur la prévalence du VIH chez les homosexuels basées sur des examens biologiques (c'est-à-dire sur un prélèvement sanguin permettant de réaliser un test de dépistage du VIH), il serait donc nécessaire d'envisager une enquête qui permettrait d'estimer une prévalence du VIH. En effet, 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 le Center for Disease Control and Prevention (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 (13,2 %), mais la prévalence biologique s'élevait à 25 % [3]. Parmi l'ensemble des homosexuels séropositifs, près de la moitié ne connaissait pas son statut sérologique, et cela était surtout marqué chez les homosexuels de moins de 30 ans.

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 majeurs de la surveillance pour les années à venir.

Les infections sexuellement transmissibles

Les données de surveillance sur les infections sexuellement transmissibles depuis 2000 viennent corroborer les données issues de celles de la notification du VIH : la résurgence de la syphilis fin 2000, comme l'émergence de la lymphogranulomatose vénérienne rectale en 2003-2004, concernent essentiellement des homosexuels [8, 9].

Depuis la mise en place de la surveillance de la syphilis en 2000, plus de 80 % des cas de cette affection sont survenus chez des homosexuels et cette proportion est encore plus élevée en Île-de-France (87 %). De plus, la récurrence de la syphilis est fréquente : parmi les homosexuels qui ont présenté une syphilis, près d'un sur cinq avait déjà un antécédent de syphilis. Le délai médian de recontamination était de 16 mois pour ceux qui avaient présenté deux épisodes de syphilis entre 2000 et 2004. La co-infection syphilis-VIH est fréquente, puisque près de la moitié des homosexuels qui présentent une syphilis est séropositive. La proportion de co-infections syphilis-VIH a diminué de 61 % à 41 % entre 2000 et 2004. Les sujets qui ont présenté au moins deux syphilis sont plus souvent séropositifs. De plus, une proportion non négligeable d'homosexuels (7 %) découvre sa séropositivité au moment du diagnostic de la syphilis. Les homosexuels qui présentent une syphilis ont 37 ans en moyenne et déclarent une médiane de dix partenaires au cours des douze derniers mois. Ils déclarent utiliser systématiquement le préservatif dans 50 % des cas lors des pénétrations anales et quasiment pas lors de fellations (3 %). Le nombre de cas de syphilis chez les homosexuels a semblé diminuer en 2004 en Île-de-France (- 12 % entre 2003 et 2004), mais pas dans les autres régions.

La surveillance de la lymphogranulomatose vénérienne rectale auprès d'un réseau pilote de laboratoires a démarré en France en avril 2004, à la suite d'une alerte lancée par les Pays-Bas sur la survenue de cas dans la communauté homosexuelle de Rotterdam. En France, la lymphogranulomatose vénérienne rectale⁷ concerne exclusivement des homosexuels âgés de 39 ans en moyenne, dont plus de 80 % sont également séropositifs [9]. La quasi-totalité des cas a été diagnostiquée en Île-de-France (95 %). L'analyse moléculaire des 241 souches rectales a montré que celles-ci sont toutes du même type (L2) et des analyses complémentaires sur 130 souches L2 montrent que les souches sont identiques, suggérant ainsi que la source est commune. Aux Pays-Bas, les analyses retrouvent également une souche majoritaire de lymphogranulomatose vénérienne rectale, alors qu'au Royaume-Uni, une plus grande diversité des souches est retrouvée.

Le nombre de gonococcies a augmenté entre 2002 et 2004 dans le réseau de surveillance Renago de manière importante chez les hommes (croissance de plus de 45 %) [10], mais ne disposant pas de données sociocomportementales sur les cas de gonococcie, il n'est pas possible d'évaluer l'importance de cette infection sexuellement transmissible chez les homosexuels, et encore moins de savoir si cette augmentation récente est liée à une recrudescence des cas chez des homosexuels. Depuis la mi-2005, des informations sont collectées, à travers le réseau de la syphilis, sur les cas de gonococcie, afin d'obtenir des informations sociocomportementales. Il est encore un peu tôt pour analyser ces données.

Hépatite C aiguë chez des homosexuels séropositifs

L'enquête nationale hospitalière conduite en 2004 par l'InVS sur la prévalence des infections par les virus des hépatites B et C dans la population atteinte par le VIH a montré que la prévalence du VIH-VHC chez les homosexuels est faible (autour de 3 %), mais elle est plus élevée que celle estimée dans la population générale en 2004 (0,84 %) [12, 13]. La prévalence du VHC chez les homosexuels séropositifs a eu tendance à diminuer entre l'enquête de 2001 et celle de 2004 [7].

Cependant, la même année, des cas d'hépatite C aiguë chez des homosexuels atteints par le VIH étaient signalés à l'InVS par des services hospitaliers parisiens. Une étude rétrospective réalisée auprès de ces services a permis d'en recenser 29 cas, majoritairement de génotype 4, survenus entre 2001 et 2004 [6]. 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 infection sexuellement transmissible concomitante à l'hépatite C. Aucun des facteurs de risque de transmission du VHC (usage de drogue, gestes invasifs...) n'a été retrouvé. La transmission sexuelle du VHC étant très faible (incidence de 0,4‰ personnes-année) au sein de couples hétérosexuels [17] comme homosexuels [1] non atteints par le VIH, il est possible que ces hépatites aient été transmises lors de pénétrations anales non protégées multiples (traumatiques ou sanglantes) et favorisées par des lésions muqueuses préexistantes (infection sexuellement transmissible), ou du fait d'une charge virale spermatique

⁷ Données de surveillance au 31 décembre 2005.

VHC plus importante chez le partenaire co-infecté VIH-VHC [2]. Des cas similaires d'hépatite C aiguë ont également été décrits dans d'autres pays d'Europe (Grande-Bretagne, Pays-Bas) et, depuis 2001, une augmentation de l'incidence du VHC chez les homosexuels VIH+ a été observée, en Suisse, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas.

Pour mieux comprendre les facteurs associés à la transmission du VHC dans cette population et, donc, la survenue récente de ces cas d'hépatite C aiguë, une étude a été lancée en 2006 par l'InVS auprès des services hospitaliers prenant en charge les personnes séropositives pour le VIH. Cette étude devrait permettre également d'estimer l'incidence du VHC dans la population homosexuelle masculine infectée par le VIH.

Conclusion

La surveillance de l'infection à VIH en France montre que les homosexuels masculins font partie des populations les plus touchées. Les résultats des enquêtes comportementales, la surveillance des infections sexuellement transmissibles et la survenue de cas d'hépatite C aiguë viennent corroborer les informations issues des données de la notification obligatoire du VIH/sida et de la surveillance virologique.

De plus, la surveillance des infections sexuellement transmissibles et les investigations épidémiologiques montrent qu'un certain nombre d'homosexuels séropositifs ne se protègent pas, puisqu'ils contractent la syphilis, voire présentent une récurrence dans les deux ans, se contaminent pour la lymphogranulomatose vénérienne ou, plus récemment, par le VHC. Les récentes enquêtes de comportements (enquêtes presse gay 2004 et baromètre gay 2002) montrent, par ailleurs, que les sujets séropositifs s'engagent plus souvent dans des pratiques à risque que les séronégatifs et plus régulièrement avec des partenaires de statuts sérologiques inconnus.

La notification obligatoire du VIH montre que, outre l'augmentation des nouveaux diagnostics chez les homosexuels entre 2003 et 2004/2005, lorsque le statut du partenaire est connu ou renseigné, le partenaire à l'origine de la contamination est séropositif dans 50 % des cas.

La surveillance du VIH nous apporte d'autres informations pertinentes, à savoir :

- la proportion des sous-types non-B (retrouvés de manière quasi exclusive en Afrique) et les cas de VIH-2 (type de virus africain) chez les homosexuels qui découvrent leur séropositivité suggèrent la diffusion des virus du continent africain chez les homosexuels en France ;

- la région Île-de-France semble occuper une position particulière ; outre le fait qu'elle regroupe 44 % des découvertes du VIH chez les homosexuels, c'est dans cette région que les premiers cas de syphilis puis de lymphogranulomatose vénérienne et d'hépatite C aiguë ont été diagnostiqués. La proportion des sous-types non-B est plus fréquente en Île-de-France qu'ailleurs et l'infection récente y est 1,5 fois plus fréquente que pour l'ensemble des autres ; pourtant, l'enquête baromètre gay 2002 n'avait pas montré de différence en termes de prise de risque entre l'Île-de-France et les autres régions. Il semble donc que ce qui diffère entre celle-ci et les autres régions ne s'explique pas par des comportements davantage à risque ou non, mais plutôt par une offre de dépistage peut-être plus accessible

en Île-de-France, un nombre plus élevé d'homosexuels, une proximité plus importante entre des homosexuels séronégatifs et séropositifs et une plus grande diversité des nationalités (avec, donc, une intrication possible entre les épidémies d'Afrique et de France).

Une des questions fréquemment posée par le milieu associatif est : les jeunes homosexuels sont-ils touchés par le VIH ? On dispose actuellement de peu de données épidémiologiques pour répondre. Un des premiers éléments de réponse est la faible proportion de jeunes parmi les découvertes de séropositivité chez les homosexuels : les moins de 20 ans représentent moins de 2 % et les moins de 25 ans 10 % et cette proportion n'a pas varié entre 2003 et 2004 ($p = 0,4$). Le deuxième élément est celui de la proportion d'infections récentes chez les moins de 25 ans : cette proportion est élevée (54 %), mais elle reflète surtout le fait que les personnes jeunes qui réalisent un dépistage ont une probabilité plus importante d'être détectées en « infection récente » qu'une personne plus âgée. En d'autres termes, le nombre moyen d'années « d'exposition » est forcément plus faible chez une personne de moins de 25 ans que chez une personne plus âgée, ce qui augmente leur probabilité d'être « détectées » en infection récente. Les infections sexuellement transmissibles ne semblent pas toucher les jeunes homosexuels. Par ailleurs, les données comportementales concernant les pratiques à risque parmi les jeunes homosexuels âgés de moins de 25 ans doivent être appréhendées avec prudence. En effet, les jeunes hommes participent peu à ce type d'enquêtes, qui nécessitent pour le répondant l'affirmation de son orientation sexuelle par la lecture de la presse identitaire (pour les enquêtes presse gay) ou la fréquentation des lieux de convivialité communautaires et d'échanges sexuels (pour les enquêtes baromètres), de même que l'affirmation de ses pratiques homosexuelles. Or, les jeunes homosexuels sont plus souvent, à cette période de leur vie, dans un processus interne d'acceptation de leur orientation sexuelle. La démarche de remplir un questionnaire sur ses pratiques sexuelles nécessite pour le répondant d'avoir franchi ce moment de doute [15]. Cependant, pour ceux qui ont fait la démarche de répondre aux questionnaires, on observe dans l'enquête presse gay 2004 qu'il n'y a plus de différence significative de comportement préventif quant aux pénétrations anales entre les jeunes homosexuels âgés de moins de 25 ans et leurs aînés [19], alors que c'était le cas dans l'enquête 2000 et les baromètres gay de 2000 et 2002 [18]. Au regard des données dont nous disposons, les jeunes homosexuels semblent peu touchés par le VIH, mais il est possible qu'ils échappent aux systèmes de surveillance (du VIH ou des infections sexuellement transmissibles) ou aux dispositifs d'enquêtes, comme nous venons de le voir. Il est donc difficile de répondre avec certitude. Il faut rester vigilant et encourager les études spécifiquement menées dans cette population.

Malgré l'amélioration du pronostic de l'infection au VIH, cette maladie reste très grave et son impact sur la qualité de vie est majeur. La dernière enquête presse gay [19] montre une dégradation des comportements de prévention, avec une augmentation de 70 % des pénétrations anales non protégées entre 1997 et 2004. L'ensemble des actions de prévention (spots télévisés, actions de terrain, éducation médicale) demeure indispensable. Parallèlement aux politiques publiques, chacun des acteurs concernés (associations, médecins, épidémiologistes...) doit se saisir de cette situation préoccupante.

Références bibliographiques

1. Alary M, Joly JR, Vincelette J, Lavoie R, Turmel B, Remis RS. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C virus in a prospective cohort study of men who have sex with men. *Am J Public Health* 2005 ; 95 (3) : 502-5.
2. Briat A, Dulioust E, Galimand J, Fontaine H, Chaix ML, Letur-Konirsch H, *et al.* Hepatitis C virus in the semen of men coinfected with HIV-1 : prevalence and origin. *AIDS* 2005 ; 19 (16) : 1827-35.
3. Center for Disease Control and Prevention. HIV prevalence, unrecognized infection, and HIV testing among men who have sex with men. Five US cities, June 2004-April 2005. *MMWR* 2005 ; 54 (24) : 597-601.
4. 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.
5. Desenclos JC, Costagliola D, Commenges D *et al.* La prévalence de la séropositivité VIH en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2005 ; 11 : 41-4. <http://www.eurosurveillance.org/em/v10n05/1005-122.asp>
6. Gambotti L. and the acute hepatitis C collaborating group in alphabetic order : Batisse D., Colin-de-Verdiere N, Delarocque-Astagneau E, Desenclos JC, Dominguez S, Dupont C, Duval X, Gervais A, Ghosn J, Larsen C, Pol S, Serpaggi J, Simon A, Valantin MA, Velter A.. Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris (France) 2001-2004. *Euro surveill* 2005 ; 10 : 15-117. http://www.invs.sante.fr/publications/2002/vih-vhc/co_infection_vih_vhc.pdf
7. Gouëzel P, Salmon D, Pialoux G, Holstein J, Delarocque-Astagneau E. *Co-infection VIH-VHC à l'hôpital, enquête nationale juin 2001*. Saint-Maurice : InVS, collection enquêtes-études, avril 2002.
8. Herida M, Michel A, Goulet V, Janier M, Sednaoui P, Dupin N, De Berbeyrac B, Semaille C. L'épidémiologie des infections sexuellement transmissibles en France. *Med Mal Inf* 2005 ; 35 : 281-9.
9. Herida M, Sednaoui P, Couturier E *et al.* Rectal Lymphogranuloma venereum, France. *Emerg Infect Dis* 2005 ; 11 : 505-6.
10. Herida M, Sednaoui P, Laurent E, Goulet V *et les biologistes du réseau Rénago*. Les infections à gonocoques en 2001 et 2002 : données du réseau national des gonocoques (Rénago). *Bull Epidemiol Hebd* 2004 ; 15 : 57-9. http://www.invs.sante.fr/beh/2004/15/beh_15_2004.pdf
11. Institut de veille sanitaire avec la collaboration du Centre national de référence pour le VIH. Premiers résultats du nouveau dispositif de surveillance de l'infection à VIH et situation du sida au 30 septembre 2003. *Bull Epidemiol Hebd* 2004 ; 24-25 :101-10. http://www.invs.sante.fr/beh/2004/24_25/beh_24_25_2004.pdf
12. 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 : 109-2.
13. Meffre C, Delarocque-Astagneau E, Le Strat Y, Dubois F, Desenclos JC *et al.* *Prévalence des infections à hépatites B et C, France métropolitaine 2003-2004. Enquête nationale sur la prévalence de l'hépatite C*. InVS, 2006.
14. Michel A, Velter A, Couturier E, Semaille C. Baromètre gay 2002 : Enquête auprès des hommes fréquentant les lieux gay en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2004 ; 43 : 227-8.

15. Schiltz MA. Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie. *Population* 1997 ; 6 : 1485-537.
16. Unité VIH/sida-IST-VHC. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004. *Bull Epidemiol Hebd* 2005 ; 46-47 : 230-2.
17. Vandelli C, Renzo F, Romano L, Tisminetzky S, De PM, Stroffolini T, et al. Lack of evidence of sexual transmission of hepatitis C among monogamous couples : results of a 10-year prospective follow-up study. *Am J Gastroenterol* 2004 ; 99 (5) : 855-9.
18. Velter A, Michel A, Semaille C. *Baromètre gay 2002*. Saint-Maurice : InVS, 2005.
19. Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A et Semaille C. *Premiers résultats de l'enquête presse gay 2004*. http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/premiers_resultats_epg.pdf