

p.237 **Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001**  
*National assessment of mortality associated and attributable to hepatitis C and hepatitis B viruses in Metropolitan France in 2001*

p.240 **Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007** / *Transsexuals: lifestyles, subjective health status, and sexual behaviour. Findings of an exploratory Internet survey, 2007*

p.244 **Erratum BEH n° 19, mai 2008, p. 163 (Tedlaouti M. et coll.)**

p.244 **Congrès international d'épidémiologie Adelf-Epiter**

## Estimation nationale de la mortalité associée et imputable à l'hépatite C et à l'hépatite B en France métropolitaine en 2001

Françoise Péquignot (Francoise.Pequignot@vesinet.inserm.fr)<sup>1</sup>, Patrick Hillon<sup>2</sup>, Denise Antona<sup>3</sup>, Nathalie Ganne<sup>4</sup>, Jean-Pierre Zarski<sup>5</sup>, Murielle Méchain<sup>1</sup>, Martine Bovet<sup>1</sup>, Elisabeth Delarocque-Astagneau<sup>3</sup>, Tarik Asselah<sup>6</sup>, Jean-Claude Desenclos<sup>3</sup>, Éric Jouglu<sup>1</sup>, Patrick Marcellin<sup>6</sup>

1 / Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm), Le Vésinet, France 2 / Centre hospitalier universitaire Bocage, Dijon, France

3 / Institut de veille sanitaire (InVS), Saint-Maurice, France 4 / Centre hospitalier universitaire Jean Verdier, Clichy, France 5 / Centre hospitalier universitaire Albert Michalon, Grenoble, France

6 / Centre hospitalier universitaire Beaujon, Clichy, France

### Résumé / Abstract

**Introduction** – En 2001, il n'existait pas de données sur la mortalité en rapport avec le virus du VHC et du VHB en France métropolitaine. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) a initié une étude à partir des certificats de décès avec enquête complémentaire auprès des médecins certificateurs et retour au dossier médical du cas.

**Matériel et méthodes** – Tirage aléatoire d'un échantillon de 1 000 certificats de décès parmi 65 000 certificats mentionnant, d'une part, des maladies du foie pouvant évoquer un lien avec le VHC et le VHB, d'autre part le VIH ou une infection sans précision. Pour chaque décès sélectionné, un questionnaire a été adressé au médecin certificateur du décès. Les questionnaires ont été analysés de manière indépendante par les experts hépatologues.

**Résultats** – Le nombre annuel de décès associés au virus du VHC et du VHB était 3 618 et 1 507 (respectivement 6,1 et 2,5 décès pour 100 000 habitants). Le nombre annuel de décès imputables au VHC et au VHB était 2 646 et 1 327 (respectivement 4,5 et 2,2 décès pour 100 000 habitants). Pour les sujets infectés par le VHC, 95 % avaient une cirrhose et 33 % un carcinome hépatocellulaire. Dans le groupe infecté par le VHB, 93 % avaient une cirrhose et 35 % un carcinome hépatocellulaire. Quel que soit le groupe, un cas sur 10 était co-infecté par le VIH et une alcoolisation excessive indiquait un âge au décès plus précoce.

**Discussion-Conclusion** – En France, 4 000 à 5 000 décès ont un lien avec le virus du VHC et du VHB en 2001. La consommation d'alcool et la co-infection par le VIH sont des co-facteurs importants. Ces données confirment la gravité de l'infection et la nécessité d'entreprendre des programmes de dépistage et de prise en charge des sujets infectés par le VHC et le VHB.

### *National assessment of mortality associated and attributable to hepatitis C and hepatitis B viruses in Metropolitan France in 2001*

**Introduction** – In 2001, data on mortality due to HCV and HBV was inexistent in Metropolitan France. The Centre of Epidemiology for Medical Causes of Death (CépiDc-Inserm) initiated a study based on death certificates together with a complementary survey involving reporting physicians and including data from the case's medical file.

**Material and method** – A random sample of 1,000 death certificates was obtained from all death certificates (n=65,000) listing liver disease suggesting a link with HBV and HCV on one hand, and HIV or any other unprecised infection, on the other hand. Physicians who reported the deaths were sent a questionnaire, which were independently analyzed by a panel of hepatologists.

**Results** – The annual number of deaths associated with HCV and HBV infection was 3,618 and 1,507, respectively (6.1 and 2.5 deaths per 100,000 inhabitants, respectively). The annual number of deaths attributable to HCV or HBV infection was 2,646 and 1,327, respectively (4.5 and 2.2 deaths per 100,000 inhabitants, respectively). In the HCV infection group, 95 percent of cases were cirrhotic; 33 percent had hepatocellular carcinoma (HCC). In the HBV infection group, 93 percent were cirrhotic; 35 percent had HCC. Regardless of the group, 10 per cent of patients were HIV co-infected. Deaths related to HBV or HCV infection occurred at an earlier age in patients with a history of excessive alcohol consumption.

**Discussion-Conclusion** – In France, 4,000 to 5,000 deaths related to HCV and HBV infection occurred in 2001. Alcohol consumption and HIV infection were the main aggravating cofactors. These data confirm the severity of the disease and highlight the need for implementing efficient public health programs that include screening, management, and counseling for HCV- and HBV- infected individuals.

### Mots clés / Key words

Certificat de décès, VHC, VHB, taux de décès, cirrhose, carcinome hépatocellulaire / Death certificates, HCV, HBV, death rate, cirrhosis, hepatocellular carcinoma

## Introduction

L'infection par les virus de l'hépatite C (VHC) et de l'hépatite B (VHB) est un enjeu important de santé publique en France du fait de leur fréquence et de leur gravité potentielle liée à l'évolution vers la cirrhose ou le cancer primitif du foie. Une étude [1] menée en 2003-2004 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) a permis d'estimer qu'entre 270 000 et 460 000 personnes avaient été en contact avec le virus de l'hépatite C en France métropolitaine : entre 168 000 et 296 000 souffrent d'une infection chronique définie par la présence d'ARN du VHC dans le sang. Pour le VHB, environ 300 000 sujets seraient porteurs chroniques de l'antigène HBs.

Il n'existait pas de données nationales fiables sur la mortalité associée au VHB et au VHC en dehors d'études exploratoires ou de modélisation [2,3]. Cet indicateur est cependant nécessaire pour compléter l'évaluation du poids en santé publique de ces deux infections chroniques. C'est pourquoi le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) a initié une enquête épidémiologique nationale en collaboration étroite avec les hépatologues et l'InVS afin d'estimer la mortalité annuelle associée au VHC et au VHB, d'en décrire les principales caractéristiques et de préciser le rôle du virus et des co-morbidités dans le processus morbide ayant conduit au décès (évaluation de l'imputabilité du décès aux virus).

## Matériel et méthodes

L'étude s'est basée sur une investigation de l'ensemble des décès survenus en 2001 en France métropolitaine. L'analyse s'est appuyée sur toutes les informations médicales rapportées par le médecin sur le certificat de décès et sur une enquête complémentaire auprès des médecins certificateurs avec retour au dossier médical.

En 2001, 531 072 décès sont survenus en France métropolitaine. Parmi ces décès, 34 839 certificats mentionnaient des pathologies pouvant évoquer un lien avec le VHB ou le VHC, quelle que soit leur position sur le certificat.

Ces pathologies étaient des maladies du foie ou leurs complications, auxquelles ont été ajoutés le VIH et le sida. Parmi ces décès, un échantillon de 961 certificats a été tiré aléatoirement selon différentes fractions de sondage. Par ailleurs, 100 certificats mentionnant une infection ont été également échantillonnés aléatoirement pour vérifier qu'aucune pathologie virale VHB ou VHC n'était à l'origine de l'infection. La méthodologie précise de l'enquête est détaillée dans un précédent article [4]. Un questionnaire permettant de recueillir les informations complémentaires auprès du médecin certificateur a été élaboré et testé en milieu hospitalier. Les informations colligées, en plus du sexe et de l'âge, concernaient la séropositivité des anticorps anti-VHC et de l'antigène HBs, le stade de la maladie au décès (cirrhose, carcinome hépatocellulaire), les traitements, le rôle de la maladie du foie et du VHC ou du VHB dans le processus morbide ayant conduit au décès.

D'autres données ont également été recueillies : co-infection par le VIH, consommation excessive d'alcool actuelle ou dans le passé (35 verres par semaine pour l'homme et 28 pour la femme), existence d'une transfusion sanguine avant 1992 et usage de drogues IV.

Une analyse détaillée du processus de décès a été réalisée, de manière indépendante, par les experts hépatologues pour déterminer le niveau d'imputabilité du décès au virus, à partir des informations colligées. Les décès ont été estimés « imputables » au virus lorsque ce dernier avait joué un rôle majeur ou lorsque le virus expliquait à lui seul le décès. À l'inverse, les décès de patients résultant d'une pathologie non consécutive à une cirrhose ou une insuffisance hépatocellulaire grave (infarctus, cancers autres que carcinome hépatocellulaire, maladies respiratoires, etc.) et porteurs du virus VHC ou VHB ont été estimés non imputables (voir encadré).

Le traitement informatique et statistique des données a été effectué à l'aide de la procédure « svy » du logiciel statistique STATA® 7.0. Les estimations et leur intervalle de confiance à 95 % ont été obtenus en prenant en compte les fractions d'échantillonnage et en les pondérant pour les non-réponses et les valeurs manquantes.

### Encadré

#### Décès associés

Tous les décès dont les patients sont porteurs du virus VHC ou VHB.

#### Décès imputables

Le virus VHC ou VHB :  
- a joué un rôle majeur dans le décès ;  
- explique à lui seul le décès.

**Les décès imputables sont un sous-ensemble des décès associés**

## Résultats

### Participation à l'enquête

Le taux de réponse à l'enquête a atteint 78,5 %. Il ne différait pas selon le sexe, l'âge ou le type de pathologie. En revanche, le taux de participation variait selon le lieu de décès (participation moindre pour les décès survenus à domicile).

### Décès associés et imputables au VHC

L'étude a permis d'estimer à 3 618 [IC 95 % : 2 499-4 735] le nombre de décès associés au VHC en France métropolitaine en 2001, ce qui correspond à un taux de décès de 6,1 [IC : 4,2-8,0] pour 100 000 habitants (tableau 1). Parmi ces décès, 2 646 [IC : 1 641-3 650] ont été expertisés « imputables » au VHC (taux de décès correspondant : 4,5 [IC : 2,8-6,2]). Les taux de décès progressaient fortement avec l'âge quel que soit le sexe, mais les taux masculins étaient toujours nettement plus élevés.

### Un carcinome hépatocellulaire dans un cas imputable sur trois

Le stade de la maladie au décès était au moins une cirrhose dans 95 % des cas imputables au VHC et un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose une fois sur trois. Si la fréquence de la cirrhose était voisine dans les deux sexes, la proportion de carcinome hépatocellulaire était plus élevée chez les hommes que chez les femmes. L'âge moyen au décès (tableau 2) était de 66 ans, contre 75 ans ( $p < 0,05$ ) dans la population française, toutes causes de décès confondues. Cet âge variait toutefois en fonction des co-morbidités et des co-infections. En cas de consommation excessive de boissons alcoolisées (plus d'un tiers des patients), l'âge au décès s'abaissait à 58 ans *versus* 70 ans en absence d'alcoolisation ( $p = 0,004$ ). La co-infection par le

Tableau 1 Estimation des effectifs et taux de décès en rapport avec le VHC, France, 2001  
Table 1 Estimated number and rate of deaths related to HCV in France, 2001

Sérologies positives Anticorps anti-VHC	Décès annuels estimés			Taux de décès annuels estimés*		Risque relatif	
	N	[IC 95 %]	%	[IC 95 %]	%		[IC 95 %]
Décès associés au VHC	3 618	[2 499 - 4 735]		6,1	[4,2 - 8,0]		
Décès imputables au VHC	2 646	[1 641 - 3 650]	100,0	4,5	[2,8 - 6,2]		
Sexe							
Hommes	1 544	[968 - 2 180]	58,4	5,4	[3,4 - 7,6]	1,5	[0,9 - 2,1]
Femmes	1 102	[586 - 1 801]	41,6	3,6	[1,9 - 5,9]	Référence	
Âge (en années)							
< 50	432	[342 - 540]	16,3	1,1	[0,9 - 1,4]	Référence	
50 +	2 214	[1 678 - 2 685]	83,7	11,4	[8,7 - 13,9]	10,4	[7,9 - 12,6]
Hommes							
< 50 ans	329	[239 - 446]	21,3	1,6	[1,2 - 2,2]	Référence	
50 ans et plus	1 215	[694 - 1 773]	78,7	13,9	[9,3 - 20,3]	8,7	[5,8 - 12,7]
Femmes							
< 50 ans	103	[57 - 182]	9,3	0,9	[0,5 - 0,9]	Référence	
50 ans et plus	999	[514 - 1 599]	90,7	9,4	[4,8 - 15,0]	10,4	[5,3 - 16,7]

\* Taux pour 100 000 habitants.

**Tableau 2** Âge moyen au décès estimé selon la consommation d'alcool et la co-infection par le VIH, France, 2001 / **Table 2** Mean age at the time of death estimated from alcohol consumption and HIV coinfection, France, 2001

	Âge estimé (en années) %	[IC 95 %]	Test (p)
<b>Décès attribués au VHC</b>			
Ensemble	66	[61 - 70]	0,004
Sans consommation excessive d'alcool	70	[64 - 77]	
Avec consommation excessive d'alcool	58	[54 - 63]	
VHC mono-infectés, sans VHB ni VIH ni alcool* (a)	73	[72 - 75]	(a)/(b) 0,0001
VHC avec alcool, sans VHB ni VIH (b)	62	[59 - 66]	(b)/(c) 0,0001
VHC co-infecté VIH, sans VHB ni alcool (c)	38	[35 - 41]	(a)/(c) 0,0001
<b>Décès attribués au VHB</b>			
Ensemble	65	[56 - 74]	0,05
Sans consommation excessive d'alcool	64	[56 - 74]	
Avec consommation excessive d'alcool	52	[45 - 57]	

VHC = virus de l'hépatite C ; VHB = virus de l'hépatite B.  
\*alcool signifie « consommation excessive d'alcool ».  
L'âge moyen au décès de la population française en 2001 est de 75 ans.

VHB concernait 6 % des décès, la co-infection VIH environ 10 %. Chez les personnes mono-infectées par le VHC, et sans consommation excessive de boissons alcoolisées, l'âge au décès s'élevait à 73 ans. À l'inverse, la co-infection par le VIH ramenait cet âge en deçà de 40 ans.

### Décès associés et imputables au VHB

En 2001, l'estimation des décès associés au VHB en France métropolitaine était de 1 507 [IC : 640-2 373] (taux pour 100 000 : 2,6 [IC : 1,4-4,5] (tableau 3). Parmi ces décès, 1 327 [IC : 463-2 192] ont été expertisés imputables au virus (taux de décès correspondant : 2,2 [IC : 0,8-3,7] pour 100 000). Les hommes étaient nettement plus touchés que les femmes (surmortalité masculine à 2,5), les sujets de plus de 50 ans davantage que les sujets moins âgés.

Le stade de la maladie au décès était au moins une cirrhose dans 93 % des cas et un carcinome hépatocellulaire sur cirrhose dans 35 %. La fréquence de la co-infection par le VIH était de

11 %. Une consommation excessive d'alcool était rapportée dans 15 % des cas. L'âge moyen au décès, 65 ans [IC : 56-74], était plus précoce chez les personnes consommant des boissons alcoolisées en quantité excessive (52 ans [IC : 45-57]) que chez les autres personnes (p = 0,05).

### Discussion

Cette étude a permis d'estimer pour la première fois au niveau national la mortalité due aux virus de l'hépatite C (VHC) et B (VHB). L'enquête a été réalisée auprès d'un millier de médecins certificateurs. Chaque cas séropositif a fait l'objet d'une expertise indépendante par les hépatologues pour déterminer le rôle du virus dans le décès. La participation à l'enquête a été satisfaisante. Le lieu du décès a eu une influence sur l'exhaustivité des données recueillies, l'information étant plus difficile à obtenir lorsque le décès survenait en dehors d'un service d'hépatogastroentérologie (réanimation, urgences...) ou à domicile. Dans la plupart des cas, l'enquête auprès du médecin certificateur a permis soit de contacter le service d'hépatogastroentéro-

logie où le patient avait été suivi, soit le médecin traitant avec retour au dossier médical. Pour un certain nombre de décès survenus à domicile, le questionnaire n'a pas pu être exploité. Il s'agissait de décès certifiés dans le cadre d'une garde ou d'une investigation médico-légale pour lesquels le médecin certificateur n'avait pas les coordonnées du médecin traitant. Ces cas ont été exclus. Compte tenu cependant de la multiplicité des lieux de décès, une étude prospective aurait été très difficile à réaliser. L'étude a-t-elle sous-estimé les cas ? La sélection a été basée sur les informations rapportées par le médecin certificateur. On ne peut pas exclure un manque d'exhaustivité dans le report des pathologies sur le certificat de décès. Pour réduire ce type de biais, nous avons effectué une sélection très large de certificats faisant mention d'une grande variété de pathologies pouvant évoquer un lien direct ou indirect avec le VHC ou le VHB. Par exemple, tous les certificats faisant mention d'une hémorragie digestive ont été retenus et c'est l'enquête qui a permis de différencier les hémorragies digestives consécutives à une hépatite C ou B, des hémorragies digestives dues à un surdosage d'antivitamine K, sans maladie hépatique.

Une autre cause de sous-estimation peut être la non réalisation systématique des sérologies. Pour les sujets les plus âgés, écartant d'emblée un traitement par interféron, le praticien a parfois jugé inutile de réaliser les sérologies. Chez les sujets porteurs d'une cirrhose éthylique, les sérologies n'ont pas non plus toujours été réalisées. La fréquence d'une consommation excessive d'alcool parmi les « décès VHC » peut laisser supposer des sérologies positives parmi les cirrhoses étiquetées alcooliques. *A contrario*, la méthodologie utilisée a pu entraîner une surestimation des décès. Les sérologies non réalisées ont été considérées comme des non-réponses, auxquelles on a appliqué la proportion de séropositifs observée chez les cas renseignés. Ceci peut conduire à une surestimation dans le cas où la sérologie n'a pas été réalisée parce que le clinicien n'a pas suspecté de maladie virale C ou B.

L'étude a estimé à 3 600 les décès associés et à 2 650 les décès imputables au VHC. Ces résultats sont proches de ceux obtenus par la modélisation de S. Deuffic-Burban, qui estimait à 3 300 les décès dus au VHC en 2002 [2]. Le taux de décès obtenu (6,1 pour 100 000) est voisin de celui estimé pour l'état de New-York [3] en 1997. La surmortalité masculine et celle des sujets âgés confirment le résultat des études de morbidité. Les facteurs associés, tels que co-infection par le VIH, consommation excessive d'alcool, ressortent très significativement, ce qui est cohérent avec l'ensemble des données de la littérature. L'impact de l'infection par le VIH a fait l'objet de nombreuses études ; ainsi dans une méta-analyse, les auteurs ont estimé un risque relatif de cirrhose décompensée à 6. L'étude montre l'importance du rôle de l'alcool et de la

**Tableau 3** Estimation des effectifs et des taux de décès en rapport avec le VHB, France, 2001 / **Table 3** Estimated number and rate of deaths related to HBV, France, 2001

Sérologies positives Antigène HBs	Estimation annuelle des décès		%	Estimation du taux* annuel de décès		Risque relatif	
	Effectifs	[IC 95 %]		[IC 95 %]	[IC 95 %]		[IC 95 %]
Décès associés au VHB	1 507	[640 - 2 373]		2,6	[1,4 - 4,5]		
Décès imputables au VHB	1 327	[463 - 2 192]	100,0	2,2	[0,8 - 3,7]		
Sexe							
Hommes	931	[473 - 1 578]	70,2	3,2	[1,6 - 5,5]	2,5	[1,2 - 4,2]
Femmes	396	[116 - 1 110]	29,8	1,3	[0,4 - 3,6]	Référence	
Âge (années)							
< 50	163	[95 - 275]	12,3	0,4	[0,2 - 0,7]	Référence	
50 +	1 164	[640 - 1 816]	87,7	6,0	[3,3 - 9,4]	15,0	[8,3 - 23,5]

\* Taux pour 100 000 habitants.

co-infection HIV en termes d'âge au décès. Les sujets mono-infectés par le VHC décédaient en moyenne à un âge proche de celui de la population générale en absence de consommation excessive de boissons alcoolisées, l'alcoolisme étant associé à la perte d'une dizaine d'années de vie. L'écart est encore plus important en cas de co-infection par le VIH, les décès survenant en moyenne avant 40 ans.

## Conclusion

Cette étude, la première dans ce domaine dans notre pays, révèle la gravité des hépatites virales B et C avec 4 000 décès imputables aux virus en 2001. Elle souligne la nécessité de poursuivre l'effort engagé depuis plus de 10 ans en France dans la prévention et le dépistage du portage chronique de ces virus. Elle démontre l'impact négatif

sur l'espérance de vie d'une consommation excessive de boissons alcoolisées et d'une co-infection par le VIH. Comme le recommandait la dernière conférence de consensus française, les résultats de cette étude imposent la poursuite des efforts destinés à améliorer la prise en charge des comorbidités et l'accès au traitement des patients.

## Remerciements

À Nelly Henet et Aude Péquignot, CépiDc-Inserm, pour leur collaboration technique.

Cette étude s'inscrit dans le cadre des projets de recherche sur le VHC, financés par l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) au titre du 2<sup>e</sup> appel d'offre 2003. Les auteurs remercient la Société nationale française de gastro-entérologie (SNFGE), l'Association française pour l'étude du foie (AFFF), la Fédération nationale des pôles de référence et des réseaux sur les hépatites (FPRH), ainsi que tous les praticiens hospitaliers et de médecine de ville sans la participation desquels l'étude n'aurait pu être réalisée.

## Références

- [1] Meffre C, Le Strat Y, Delarocque-Astagneau E, Antona D, Desenclos JC. Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2005. [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/analyse\\_descriptive\\_140205/index.html](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/analyse_descriptive_140205/index.html)
- [2] Deuffic-Burban S. et al. Modélisation prévisionnelle de l'épidémie. in: Expertise collective Hépatite C. Paris: Les Éditions Inserm, 2003; pp.167-90.
- [3] Wu C, Chang HG, McNutt LA, Smith PF. Estimating the mortality rate of hepatitis C using multiple data sources. *Epidemiol Infect.* 2005; 133:121-5.
- [4] Marcellin P, Péquignot F, Delarocque-Astagneau E et al. Mortality related to chronic hepatitis B and chronic hepatitis C in France: Evidence for the role of HIV coinfection and alcohol consumption. *J Hepatol.* 2008; 48:200-7.
- [5] Wong J, McQuillan GM, McHutchison JG, Poynard T. Estimating future hepatitis C morbidity, mortality, and costs in the United States. *Am J Public Health.* 2000; 90:1562-9.
- [6] Wiley TE, McCarthy M, Breidi L, Layden TJ. Impact of alcohol on the histological and clinical progression of hepatitis C infection. *Hepatology.* 1998; 28:805-9.

---

# Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007

Kayigan d'Almeida Wilson (kayialmeida@hotmail.com)<sup>1</sup>, France Lert<sup>2</sup>, François Berdougo<sup>3</sup>, Hélène Hazera<sup>3</sup>

1 / Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) Ile-de-France, Paris, France 2 / Inserm U687, IFR69, Villejuif, France 3 / Act Up-Paris, France

---

## Résumé / Abstract

**Introduction** – Peu de travaux ont été publiés sur les minorités sexuelles lesbiennes, bisexuelles ou transsexuelles qui restent mal connues alors que depuis l'ère du sida, la connaissance de la population homosexuelle masculine s'est améliorée. Les associations de transsexuels et de lutte contre le sida et le Centre régional d'information et de prévention du sida (Crips) ont réalisé une première étude exploratoire auprès des personnes trans afin de décrire leur situation sociale, leurs comportements sexuels et leur recours aux soins.

**Matériel-Méthodes** – Un questionnaire a été élaboré par le Crips et Act Up-Paris puis diffusé via Internet de mai à juin 2007.

**Résultats** – Au total, 179 personnes ont répondu en ligne au questionnaire. Les informations recueillies mettent en évidence des caractéristiques socio-économiques proches de la population générale, mais avec des modes de vie marqués par moins de vie de couple, moins d'activité sexuelle, plus de rapports sexuels associés à des échanges d'argent, des prises de risques plus importantes, davantage de consommation de substances psychoactives. Par rapport aux homosexuels masculins, on observe des similitudes dans le comportement sexuel (peu de vie de couple) et préventif (prise de risque lors des fellations), et des différences (moins d'activité sexuelle). L'expérience des discriminations est fréquente.

**Discussion-Conclusion** – Il est probable que cette première étude exploratoire n'a pas réussi à inclure des groupes très vulnérables comme les étrangers et les travailleurs sexuels que les associations rencontrent sur le terrain. Il est nécessaire de poursuivre et d'enrichir les connaissances sur la population transsexuelle afin de construire une offre de prévention et de soins adaptée et pour soutenir le mouvement de reconnaissance de ses besoins spécifiques.

## *Transsexuals: lifestyles, subjective health status, and sexual behaviour. Findings of an exploratory Internet survey, 2007*

**Introduction** – With Aids epidemic, public health has begun to address the concerns of gay populations. Nevertheless, there remains a lack of data on sexual minorities such as lesbian, bisexual and transgender populations. Transsexual organisations fighting against AIDS as well as the CRIPS (Information and documentation center on AIDS) have carried out a first exploratory survey on the French transgender population, in order to describe their sociodemographic characteristics, risk behaviours and health care use.

**Material-Methods** – A questionnaire was written by members of the CRIPS and Act Up-Paris. It was then made available via websites dedicated to transsexuals from May to June 2007.

**Results** – During that period, 179 persons filled the questionnaire online. The data collected show that transgender individuals share socio-economic characteristics that are close to those found in the general population. However, transgender individuals are more often single, have less sexual relationships, except for relationships associated with money, take more risks, and consume more drugs than the heterosexual population. Compared to gay males, their sexual behaviours (more single) and prevention behaviour (risk behaviour in oral sex) show some similarities, as well as some differences (less sexual relationships). They also experience discrimination frequently.

**Discussion-Conclusion** – This first exploratory study has probably failed to include the highly vulnerable groups that associations work with on the field, such as migrants and sexual workers. There is a need for further studies to describe the transgender populations in order to bring their issues into public health focus and provide them a better access to health care and specific approaches to health promotion or disease prevention.

---

## Mots clés / Key words

Genre, transidentité, comportements sexuels, caractéristiques sociodémographiques / Gender, transidentity, sexual behaviours, sociodemographic characteristics

---

## Introduction

Les minorités sexuelles lesbiennes, gays, bisexuel(le)s et transsexuel(le)s (LGBT) revendiquent la reconnaissance de leurs droits, notamment dans l'accès à la prévention et aux soins et dans la lutte contre la stigmatisation et les discriminations [1,2]. La reconnaissance de ces besoins passe par une connaissance plus précise de leur situation, notamment en matière sociale et de santé. Or, compte tenu de la part relativement faible des populations non hétérosexuelles, celles-ci sont très mal représentées dans les enquêtes en population générale. Depuis l'ère du sida, la connaissance de la population homosexuelle masculine s'est améliorée notamment en matière de comportements sexuels et de compréhension de la construction identitaire, mais les associations de transsexuels et de lutte contre le sida pointent le manque de travaux sur la ou les populations qu'elles représentent. Ces associations (Act Up, Caritig, Gat, etc.) et le Crips ont réalisé une première étude exploratoire auprès de la population se reconnaissant dans une forme de transsexualité. Ce terme, sans définition clairement établie, recouvre des situations et des comportements variés chez des personnes qui ont en commun de se sentir en désaccord avec le sexe qui leur est assigné biologiquement à la naissance : transgenres, transsexuels, travestis, hommes se sentant femme ou l'inverse, etc.<sup>1</sup>

Quelques résultats sont disponibles sur la prévalence de l'infection VIH dans la population transsexuelle. Aux États-Unis, une revue de la littérature fait état d'une prévalence de 27,7 % chez les *Male To Female* [3] ; en Thaïlande en 2005, la prévalence retrouvée était de 13,5 %, et aux Pays-Bas en 2002 de 18,2 % [4]. Ces études portent souvent sur des effectifs limités et des sous-populations particulières, notamment celles engagées dans le travail sexuel.

L'enquête exploratoire s'attachait à atteindre une population plus large afin de présenter la diversité des situations de transidentité et de connaître les caractéristiques sociales, le mode de vie, les comportements sexuels et préventifs, les consommations de produits psychoactifs, le recours aux soins et les discriminations.

## Matériel-Méthodes

En l'absence d'une identité ou d'identités socialement construites et reconnues, la population a été ciblée par son positionnement via les sites Internet

à l'intention des transsexuels. Internet est apparu comme l'outil de contact le plus simple dans ce contexte exploratoire.

Un questionnaire a été élaboré avec les membres de la commission « trans » de l'association Act Up-Paris puis diffusé sur un site dédié ([www.lecrips-idf.net](http://www.lecrips-idf.net)), du 7 mai au 1<sup>er</sup> juin 2007. Un courrier a été envoyé aux administrateurs de sites Internet s'adressant aux transsexuels, leur demandant de signaler l'existence de cette enquête et d'intégrer sur leurs sites un lien vers le site de remplissage en ligne du questionnaire. La liste de sites Internet sollicités a été constituée avec la commission trans d'Act Up-Paris et se composait de sites d'information et d'échanges, implantés dans différentes régions de France :

[www.asbfrance.org](http://www.asbfrance.org) ; [www.caritig.org](http://www.caritig.org) ; [www.cestpasmongenre.com](http://www.cestpasmongenre.com) ; [www.collectif-trans.info](http://www.collectif-trans.info) ; <http://ett37.free.fr/> ; [www.fabulous-gonzesses.com](http://www.fabulous-gonzesses.com) ; <http://transencolere.free.fr/> ; [www.i-trans.net/](http://www.i-trans.net/) ; [www.mutatismutandis.info](http://www.mutatismutandis.info) ; <http://patatrans.free.fr/> ; <http://sans.confrefacon.free.fr/> ; [www.sts67.org](http://www.sts67.org) ; <http://toushumains.free.fr/> ; [www.trans-aide.com](http://www.trans-aide.com) ; [www.transsexualite.com](http://www.transsexualite.com) ; <http://syndromedebenjamin.free.fr> ; <http://natamauve.free.fr/> ; [trans.sortant.delombre30@wanadoo.fr](http://trans.sortant.delombre30@wanadoo.fr) ; [www.archiq.fr/vu/](http://www.archiq.fr/vu/).

Le questionnaire était annoncé par le paragraphe introductif suivant : « Actuellement, il n'existe aucune étude sur la santé des transsexuel(le)s et des transgenres en France. Cette situation rend la prévention et la prise en charge difficiles puisque les besoins réels sont mal connus des pouvoirs publics, des acteurs de prévention et du corps médical. Le Crips-Cirdd Ile-de-France (Centre régional d'information et de prévention du sida) organise un débat sur les enjeux de santé des trans, en partenariat avec Act Up-Paris. A l'occasion de cette 67<sup>e</sup> rencontre, nous avons souhaité réaliser ce questionnaire pour collecter des informations sur la santé et le mode de vie de la communauté... Nous comptons sur votre participation pour faire de cette enquête un vrai outil d'analyse et de collecte des besoins en matière de santé, afin d'améliorer les conditions de santé au sein de votre communauté ».

Du fait du caractère spécifique des sites sélectionnés et de ce paragraphe introductif, il a été considéré que toutes les personnes répondant en ligne au questionnaire seraient incluses dans l'analyse.

Les répondants étaient invités à répondre à des questions sur :

- leur identité de genre et orientation sexuelle : neuf items non exclusifs étaient proposés (transsexuel, transgenre, travesti, homme, femme, homo-, hétéro-, bi-sexuel, non-sexuel) auxquels les participants pouvaient répondre par oui ou par non ;
- le fait d'avoir réalisé ou de souhaiter une intervention chirurgicale de changement de sexe ;
- le fait de suivre un traitement hormonal.

Les questions sociodémographiques et comportementales reprennent des questions classiques dans les enquêtes en population afin de favoriser les comparaisons : âge, pays de naissance, nationalité (française de naissance, française par naturalisa-

tion ou étrangère), niveau d'études (jamais à l'école, école primaire, école secondaire ou sans diplôme, brevet ou diplôme d'enseignement professionnel, bac ou graduation de fin d'études secondaires, diplôme universitaire de 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle ou autre diplôme équivalent), statut matrimonial légal en cinq modalités (célibataire, marié, pacsé, divorcé, veuf) et nombre d'enfants.

Les conditions socio-économiques concernent le logement (propriétaire ou locataire, chez les parents, chez des amis, dans un foyer ou une résidence universitaire, à l'hôtel, autre), l'activité professionnelle (emploi stable de salarié dans le secteur privé ou public, emploi temporaire ou CDD dans le secteur public ou privé, profession indépendante, activité non déclarée, retraité, en invalidité, au chômage, au foyer) et la perception d'un minimum social (RMI ou AAH).

L'information sur l'activité sexuelle au cours des 12 derniers mois a trait à l'existence de rapports sexuels au cours de la période, au fait d'avoir un partenaire principal, aux nombres et types de partenaires, à la notion de rapports sexuels en payant ou en étant payé.

Les comportements préventifs documentés sont l'usage de préservatifs au cours des 12 derniers mois avec le partenaire principal, le dépistage du VIH sur la vie et dans les deux dernières années, le statut sérologique vis-à-vis du VIH et les antécédents d'infections sexuellement transmissibles (IST). Des questions ont également été proposées pour rendre compte des discriminations, notamment dans les études et l'emploi.

Le recours aux soins est évalué par le fait d'avoir ou non un médecin traitant et de l'avoir vu au cours des 12 derniers mois.

L'état de santé perçu est évalué par une échelle à quatre modalités : excellent, très bon, bon ou passable.

Un volet facultatif du questionnaire portait sur les consommations de produits psychoactifs (alcool, tabac, cannabis, autres drogues, médicaments psychotropes).

Une analyse descriptive des caractéristiques socio-démographiques, comportements sexuels et préventifs, du recours aux soins, de l'état de santé perçu, des discriminations subies et de la consommation de produits psychoactifs a été réalisée.

Les données ont été analysées avec le logiciel Epi-info® version 6.04. Des pourcentages ont été calculés pour les variables qualitatives et des calculs de moyennes ont été réalisés pour les variables quantitatives. Le dénominateur retenu pour les calculs est le nombre total de répondants.

## Résultats

Au total, 179 personnes âgées de 19 à 63 ans ont répondu au questionnaire. L'âge moyen des participants est de 39,6 ans. Plus de 93 % se sont définis par rapport aux notions de transsexuels (72,6 %) et de transgenres (54,8 %), 34,1 % répondant oui pour ces deux items (tableau 1). Parmi les participants, 41,9 % se déclarent hétérosexuels, 21,8 % homosexuels, 33,5 % ne se déclarent ni homosexuels ni hétérosexuels et 2,8 % se déclarent à la

<sup>1</sup> Il existe différentes situations de non-conformité au genre assigné par le sexe de naissance et autant de termes pour les désigner, termes dont les définitions ne sont pas communément admises et continuent d'évoluer. Parmi ceux-ci, le terme de transgenre regroupe plusieurs de ces situations (travestis, transsexuels, intergenres) ou désigne, dans une définition plus restrictive, les personnes ne se sentant pas en conformité avec le genre qui leur est assigné par la société mais qui ne s'engagent pas pour autant dans un parcours de réassignation sexuelle.

De même, la notion de transsexualité correspond à plusieurs acceptions allant du simple fait de ne pas se sentir en conformité avec son sexe de naissance, jusqu'au besoin et souvent la réalisation d'une transformation physique, hormonale ou chirurgicale.

Il s'agit ainsi de termes non exclusifs dont aucun ne pourrait rendre compte à lui seul de la diversité des situations de transidentité.

fois homosexuels et hétérosexuels. Orientation sexuelle et identité ne sont pas associées. Un peu plus du tiers des participants (36,3 %) ont subi une intervention chirurgicale de réassignation sexuelle. Parmi les non opérés, une majorité (63 %) désire l'être, mais 37 % ne souhaite pas de chirurgie. Près des trois quarts des participants suivent un traitement hormonal.

**Tableau 1** Caractéristiques sociodémographiques des participants à l'enquête transsexualités, France, 2007 / **Table 1** Sociodemographic characteristics of participants in the Transsexualities Study, France, 2007

	n (179)	Proportion %
<b>Identité de genre</b>		
Transsexuel	69	38,5
Transgenre	37	20,7
Transsexuel et transgenre	61	34,1
Ni transsexuel ni transgenre	12	6,7
<b>Orientation sexuelle</b>		
Hétérosexuel	75	41,9
Homosexuel	39	21,8
Ni hétérosexuel ni homosexuel	60	33,5
Hétérosexuel et homosexuel	5	2,8
<b>Nationalité*</b>		
Française	167	93,8
Étrangère	11	6,2
<b>Niveau d'études</b>		
École primaire seulement ou pas de scolarité	4	2,2
Secondaire sans diplôme	18	10,1
Brevet ou équivalent	24	13,4
Bac ou équivalent	35	19,6
Diplôme universitaire ou équivalent	98	54,7
<b>Statut d'activité professionnelle</b>		
CDI	75	41,9
CDD	20	11,2
Profession indépendante	21	11,7
Activité non déclarée	9	5,0
Retraite	6	3,4
Invaliddité	5	2,8
Chômage	29	16,2
Au foyer	14	7,8
<b>Logement</b>		
Propriétaire/locataire	148	82,7
Parents	18	10,1
Amis	2	1,1
Foyer, résidence universitaire	2	1,1
Autres	9	5,0
<b>Statut matrimonial légal</b>		
Célibataire	116	64,8
Marié	25	14,0
Pacsé	5	2,8
Divorcé	28	15,6
Veuf	5	2,8

\* 1 donnée manquante

## Caractéristiques sociodémographiques (tableau 1)

Les répondants sont pour 92 % Français de naissance, 2 % Français par naturalisation et 6 % étrangers. Plus de la moitié ont un diplôme au-delà du bac. Au moment de l'enquête, 70 % occupent un emploi. Les professions déclarées sont diverses : graphiste, fonctionnaire, psychologue, infirmière, etc. Seuls deux travailleurs du sexe ont participé à l'enquête (1,1 %). La proportion de chômeurs est

de 16,2 %, et 13,4 % des participants touchent le RMI. L'inactivité est plus fréquente chez les personnes de moins de 30 ans (27,1 % de chômage chez les moins de 30 ans *versus* 13,1 % chez les plus âgés,  $p < 0,0001$ ). Plus de 80 % vivent dans un logement dont eux ou leur conjoint est propriétaire ou locataire. De façon attendue, la situation vis-à-vis du logement varie avec l'âge. Ainsi, la proportion de répondants qui vivent dans un logement dont eux ou leur conjoint est propriétaire ou locataire augmente avec l'âge.

La moitié des participants vivent seuls, 36,3 % en couple et 28,5 % ont des enfants (1,8 en moyenne). Du point de vue du statut matrimonial légal, 65 % des répondants sont célibataires, 16 % divorcés et 14 % mariés.

## Comportements sexuels et préventifs

Au cours des 12 derniers mois, 61 % des répondants ont eu des rapports sexuels, et la moitié déclare avoir un partenaire principal. Lorsque les répondants ont un partenaire principal, il s'agit d'une personne transsexuelle dans 18,6 % des cas, d'un homme dans 30 % des cas et d'une femme dans 52 % des cas. Parmi les répondants, 18,4 % rapportent des actes sexuels contre de l'argent, donné ou reçu. La proportion de répondants déclarant avoir eu des rapports sexuels dans les 12 mois précédents diminue avec l'âge, passant de 75 % chez les moins de 30 ans à 32 % chez les plus de 50 ans.

Les personnes enquêtées déclarent en moyenne 4,4 partenaires dans les 12 derniers mois. Une proportion importante des participants (82 %) déclare ne jamais utiliser de préservatif pour les rapports bucco-génitaux et la moitié lors de rapports avec pénétration avec leur partenaire

principal (figure). Bien que la différence ne soit pas significative, les personnes qui ont un homme pour partenaire principal sont plus nombreuses à ne jamais avoir utilisé de préservatifs avec ce partenaire au cours des 12 derniers mois (72 % *versus* 64 % pour les personnes qui ont pour partenaire principal une femme et 37 % pour celles qui ont pour partenaire principal une personne trans,  $p = 0,07$ ).

Le recours au test de dépistage du VIH dans les deux dernières années concerne 49,7 % des participants, 29 % y ont eu recours antérieurement à cette période et 21 % n'ont jamais fait de test de dépistage. Sur l'ensemble de l'échantillon, 4,5 % se déclarent séropositifs, 77,0 % se disent séro-négatifs, 16,8 % ignorent leur statut sérologique et 1,7 % ne sont plus certains d'être séronégatifs. Rapportés aux seuls participants qui ont eu au moins un test de dépistage au cours de la vie ( $n = 141$ ), le pourcentage se déclarant séropositifs serait de 5,7 %.

Dix-sept pour cent des participants déclarent avoir déjà eu une autre IST dans leur vie. Il s'agit généralement d'infections à gonocoques ou d'herpès génital.

## Recours aux soins et état de santé (tableau 2)

Une large majorité des participants (96,1 %) sont couverts par les différents régimes de sécurité sociale. L'aide médicale d'État concerne 1,1 % des personnes enquêtées. Une très forte majorité des répondants (86 %) ont un médecin traitant et 83,6 % l'ont consulté au cours des 12 derniers mois. En ce qui concerne l'état de santé perçue, 53,4 % des participants déclarent leur état de santé excellent ou très bon, 31,5 % bon tandis que 15,1 % le jugent passable.

**Figure** Fréquence d'utilisation du préservatif au cours des rapports sexuels avec le partenaire principal des participants à l'enquête transsexualités, France, 2007 / **Figure** Frequency of use of condoms during sexual intercourse with the main partner in the Transsexualities Study, France, 2007

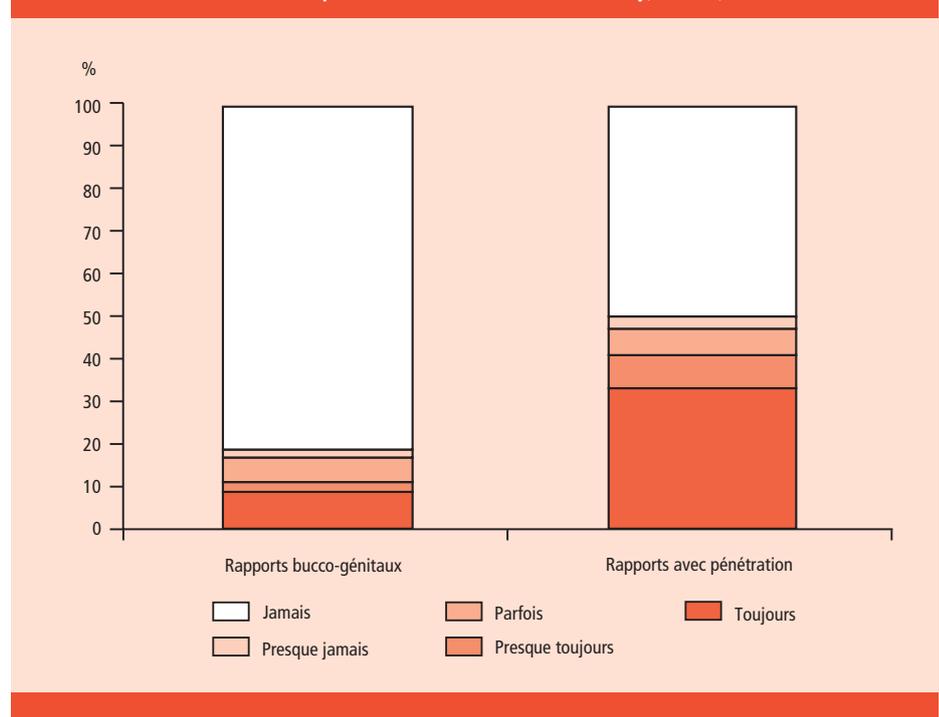


Tableau 2 Recours aux soins et état de santé perçu des participants à l'enquête transsexualités, 2007

Table 2 Health care use and self-perceived health status of participants in the Transsexualities Study, 2007

	n (179)	Proportion %
<b>Couverture sociale</b>		
Oui	172	96,1
Non	7	3,9
<b>Médecin traitant</b>		
Oui	154	86,0
Non	25	14,0
<b>Visite au médecin au cours des 12 derniers mois*</b>		
Oui	148	83,6
Non	29	16,4
<b>Traitement hormonal**</b>		
Oui	124	70,5
Non	52	29,5
<b>Traitement chirurgical</b>		
Opéré	65	36,3
Non opéré mais désire l'être	72	40,2
Non opéré et ne désire pas l'être	42	23,5
<b>État de santé perçu***</b>		
Excellent	37	20,8
Très bon	58	32,6
Bon	56	31,5
Passable	27	15,1

\* 2 données manquantes

\*\* 3 données manquantes

\*\*\* 1 donnée manquante

## Discrimination

Plus d'un répondant sur 5 rapporte un arrêt de sa scolarité en lien avec sa transsexualité. Une discrimination dans l'accès à l'emploi ou sur leur lieu de travail résultant de leur transsexualité est rapportée par 29,3 % des participants. Enfin, au cours des 12 derniers mois, 20 % des participants déclarent avoir renoncé à voir un médecin par crainte d'être discriminés du fait de leur transsexualité.

## Consommation de produits psychoactifs

Parmi les participants, 36,6 % sont fumeurs. La proportion de répondants ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois s'élève à 88 %. Le rythme de consommation est inférieur à 4 fois par mois dans la majorité des cas (62 %, 1,5 verre en moyenne par occasion). Au cours des 12 derniers mois, 28,5 % des participants ont fumé du cannabis. La prise au moins une fois dans la vie d'une drogue autre que tabac, alcool ou cannabis est rapportée par 16,2 % des participants. Il s'agit principalement de cocaïne (15,1 %) ou d'héroïne (8,1 %). Par ailleurs, 39,3 % des participants déclarent avoir consommé un médicament pour se calmer ou dormir au cours des 12 derniers mois.

## Discussion-Conclusion

Cette enquête montre la faisabilité d'un recrutement par Internet pour atteindre une population cachée dont les caractéristiques sociales ont de

nombreux points communs avec la population générale en terme d'âge, de proportion d'immigrés, de niveau d'étude et d'activité professionnelle, comme l'indique la comparaison avec l'Enquête décennale santé 2003 (EDS) réalisée en population générale [5]. L'enquête ne rend pas compte de la situation des travailleurs du sexe transsexuels (1,1 % des participants), dont beaucoup sont des étrangers. En effet, il existe à Paris, comme dans les grandes villes de France, une population se chiffrant par centaines de personnes étrangères transsexuelles vivant de la prostitution que les associations soutiennent. Diverses raisons peuvent expliquer cette non-participation, outre l'accès à Internet : la stigmatisation, l'illégalité du statut de résidence ou la mauvaise connaissance du français. Une enquête réalisée en Espagne sur un échantillon de 150 personnes retrouve une population différente de personnes trans, avec un faible niveau d'éducation et un faible taux d'activité professionnelle [6]. Le profil sociodémographique de notre enquête est donc probablement biaisé, biais que les enquêtes futures devraient chercher à corriger par d'autres techniques de recrutement, une mobilisation accrue des relais dans les milieux de la nuit et une évolution du questionnaire (modules complémentaires sur le travail sexuel, présentation en plusieurs langues, administration par un enquêteur dans certains groupes).

Alors que la transidentité ne faisait pas l'objet d'une définition explicite, les répondants correspondent bien à la population que l'étude cherche à cerner, puisque 94 % se déclarent transsexuel et/ou transgenre. Les orientations sexuelles déclarées ne sont pas plus spécifiques à un « genre » ou à une identité déclarée qu'à un autre, comme cela est déjà observé dans une étude réalisée en 1997 sur une population de 515 personnes trans à San Francisco [7]. Ainsi la construction de l'identité ou des identités transsexuelles, la connaissance de la transidentité et des comportements sexuels associés restent des processus en mouvement et des questions de recherche [8].

Les minorités sexuelles n'ont été intégrées que depuis peu aux enquêtes de santé. Dès lors, nous disposons de peu d'éléments de comparaison. Cependant, certains rapprochements peuvent être réalisés avec, d'une part, les données de la population générale issue de l'EDS 2003, et d'autre part, celles du Baromètre santé 2005 [9] et de l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF) réalisée en 2006 [10], qui comportent un volet sur les minorités sexuelles.

La population trans de cette étude se distingue par des modes de vie marqués par moins de vie de couple (deux fois plus de personnes mariées en population générale que dans la population trans enquêtée), moins d'activité sexuelle (61 % des personnes enquêtées ont eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois *versus* 87,2 % des femmes et 91,4 % des hommes en population générale), des prises de risques importantes notamment en ce qui concerne les rapports bucco-génitaux et le nombre de partenaires (4,4 parte-

naires au cours des 12 derniers mois dans la population enquêtée alors que dans la population générale, ce nombre s'élève respectivement à 1,0 pour les femmes et 1,3 pour les hommes). La consommation de psychotropes et de drogues illicites est également plus importante dans la population trans (15,1 % des répondants ont expérimenté la cocaïne, 8,1 % ont expérimenté l'héroïne *versus* 2 % et 2,6 % en population générale). Le niveau de recours aux soins ne diffère pas de celui observé dans la population générale ; cependant, en ce qui concerne le recours au test de dépistage du VIH, 79 % des participants déclarent en avoir effectué au moins un au cours de leur vie, ce qui est beaucoup plus important qu'en population générale où sont concernés 50 % des femmes et 45,2 % des hommes.

Par comparaison avec les populations homo/bisexuelles, l'enquête CSF retrouve que plus les individus sont dotés d'un bon capital socioculturel, plus ils semblent en mesure de se distancier de la norme dominante de l'hétérosexualité. Les résultats observés dans notre étude vont dans ce sens, puisque la population trans enquêtée se caractérise par un niveau d'études élevé et une insertion socioprofessionnelle proche de celle de la population générale. Le nombre moyen de partenaires déclaré au cours des 12 derniers mois se situe entre celui déclaré par les hommes bisexuels (1,8) et les hommes homosexuels (6,7). La proportion de personnes vivant en couple dans la population d'étude est proche de celle observée chez les hommes homo/bisexuels (respectivement 36 % et 33,1 %). Quant au recours au dépistage dans les deux dernières années, il est légèrement plus élevé dans la population trans enquêtée, puisqu'il concerne 49,7 % des participants *versus* 47,7 % des hommes homosexuels et 42,1 % des femmes homosexuelles.

Le chapitre du Baromètre santé 2005 consacré aux minorités sexuelles retrouve des résultats similaires pour ce qui est des données sociodémographiques, notamment l'appartenance à des catégories sans enfant ni conjoint.

En ce qui concerne la consommation des produits psychoactifs, les données de comparaison avec d'autres minorités sexuelles sont issues de l'Enquête presse gay 2004 (EPG) [11]. L'usage d'alcool et de cannabis est comparable dans les deux populations ; en revanche, la consommation de cocaïne ou d'héroïne est plus fréquente chez les trans (15,1 % et 8,1 % *versus* 8 % et 0,7 % chez les homosexuels).

Bien que l'infection à VIH semble plus présente dans la population trans que dans la population générale, en relation avec les prises de risques plus importantes, elle apparaît nettement moindre que dans la population gay (5,7 % des répondants à l'enquête trans qui ont été testés se déclarent séropositifs *versus* 13 % pour les répondants de l'EPG). Ce résultat peut être lié à des comportements différents, notamment une diversité de partenaires moins importante dans la population enquêtée que dans la population homosexuelle masculine. Par

ailleurs, le taux de séropositifs déclarés dans cette population socialement bien insérée est plus bas que ceux observés dans les études publiées dans d'autres pays qui dépassent souvent 10 % [3,4].

Les discriminations ressenties du fait de la transsexualité sont à un niveau important en milieu scolaire, de travail ou médical, puisqu'au total 49 % des participants ont subi une discrimination ou ont renoncé à un droit de peur de subir une discrimination du fait de leur transidentité. Concernant l'emploi, le taux de discrimination ressentie apparaît cependant un peu plus bas qu'en Espagne (56 % en Espagne contre 29 % en France), mais les comparaisons sont très incertaines compte tenu de la diversité des populations d'étude.

Malgré le biais de sélection de la population étudiée lié au mode de recrutement par Internet, cette première enquête exploratoire auprès des personnes qui se reconnaissent dans la transsexualité montre qu'elles sont prêtes à participer à des études, met en évidence la diversité des situations recouvertes par cette notion encore non

stabilisée, et confirme qu'elle ne peut pas être réduite aux travailleurs du sexe. Les résultats mettent en évidence des modes de vie marqués par une insertion socioprofessionnelle voisine de celle de la population générale mais aussi par un certain isolement social, une crainte de la discrimination, et des prises de risques importantes vis-à-vis de l'infection à VIH.

Ces résultats exploratoires soulignent l'intérêt de poursuivre les recherches, d'enrichir les connaissances sur cette minorité par des méthodes quantitatives en ouvrant les thèmes à documenter de façon précise, tant pour construire une offre de prévention et de soins adaptée que pour soutenir le mouvement de reconnaissance de ses besoins spécifiques.

#### Références

- [1] Clark ME, Landers S, Linde R, Sperber J. The GLBT Health Access Project: a state-funded effort to improve access to care. *Am J Public Health.* 2001; 91(6):895-6.
- [2] Act Up-Paris. Trans et sida: la communauté du silence. <http://www.actupparis.org/article2281.html>. Publié en ligne, 8 décembre 2007.

[3] Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, McKleroy VS, Neumann MS, Crepaz N. Estimating HIV prevalence and risk behaviour of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS Behav.* 2008; 12(1):1-17.

[4] Berdugo F. Trans: les oublié(e)s. *Transcriptases.* 2006; n° 129.

[5] Lanoë JL, Makdessi-Raynaud Y. L'état de santé en France en 2003. Santé perçue, morbidité déclarée et recours aux soins à travers l'enquête décennale santé. *Drees-Études et Résultats.* 2005; n° 436.

[6] Esteve I, Bergero T, Gornemann I, Cano G, Giraldo F. Social Inequalities: Demographic characteristics of patients treated at the First Gender Identity Disorder Unit in Spain. XVII Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Symposium 31 October-4 November 2001, Galveston, Texas, USA.

[7] Clements-Nolle K, Marx R, Guzman R, Katz M. HIV prevalence, risk behaviors, health care use, and mental health status of transgender persons: implications for public health intervention. *Am J Public Health.* 2001; 91(6):915-21.

[8] Foerster M. Histoire des transsexuels en France. Éditions H&O. 2006.

[9] Guilbert Ph, Gautier A. (sous la dir.). Baromètre Santé 2005-Premiers résultats. Saint-Denis: Inpes, 2006.

[10] Bajos N, Bozon M. (sous la dir.). Enquête sur la sexualité en France. Paris: Éditions La Découverte, Mars 2008.

[11] Rapport Enquête Presse Gay 2004. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, juin 2007.

## Erratum BEH n° 19, 6 mai 2008

### L'incapacité totale de travail chez les victimes de violences en Seine-Saint-Denis, France, 2006

Menouar Tedlaouti *et coll.*

Page 163 dans les *Nota bene* (NB) des tableaux 1 et 2, il faut lire : « Ainsi 27 % des femmes victimes d'un agresseur inconnu ont eu une ITT comprise entre 0 et 2 jours. » Une version corrigée du PDF est consultable librement sur le site internet de l'Institut de veille sanitaire : [www.invs.sante.fr/beh/2008/19/index.htm](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/19/index.htm)

## Congrès international d'épidémiologie Adelf-Epiter 10-11-12 septembre 2008 à Paris 5<sup>e</sup> (Maison de la Mutualité)

Organisé par le Pôle de Santé Publique Ile-de-France-Sud, en partenariat avec l'ensemble des organismes d'épidémiologie française et francophone, le Congrès international d'épidémiologie de l'Adelf (Association des épidémiologistes de langue française) et d'Epiter (Association pour le développement de l'épidémiologie de terrain) rassemble tous les deux ans les épidémiologistes des pays francophones (France, Belgique, Luxembourg, Suisse, Canada, Afrique).

L'épidémiologie connaît un très fort développement : ce congrès sera l'occasion de présenter ses avancées récentes au plan des méthodes et ses applications dans les principaux secteurs de la santé publique. Le programme scientifique abordera tous les grands problèmes d'actualité scientifique et de santé publique.

**Renseignements et programme**  
[www.adelf-epiter-paris.org](http://www.adelf-epiter-paris.org)

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

**Directrice de la publication** : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS  
**Rédactrice en chef** : Judith Benrekassa, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Rédactrice en chef adjointe** : Valérie Henry, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Secrétaire de rédaction** : Farida Mihoub, InVS, [redactionBEH@invs.sante.fr](mailto:redactionBEH@invs.sante.fr)  
**Comité de rédaction** : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V; Dr Denise Antona, InVS; Dr Catherine Buisson, InVS; Dr Christine Chan-Chee, InVS; Amandine Cochet, InVS; Dr Sandrine Danet, Drees; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées; Dr Christine Jestin, Inpes; Eric Jouglu, Inserm CépiDc; Dr Bruno Morel, InVS; Josiane Pillonel, InVS; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS; Hélène Therre, InVS.  
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

**Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction**  
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél : 01 55 12 53 25/26  
Fax : 01 55 12 53 35 - Mail : [redactionbeh@invs.sante.fr](mailto:redactionbeh@invs.sante.fr)  
Tarifs 2008 : France et international 52 € TTC  
Institut de veille sanitaire - Site Internet : [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)  
**Imprimerie : Maulde et Renou Sambre - Maubeuge**  
146, rue de la Liberté - 59600 Maubeuge