

Comportements à risque et prévention dans des populations particulièrement exposées au VIH, aux IST et aux hépatites // Risk behaviours and prevention in populations particularly vulnerable to HIV, STIs and hepatitis

Coordination scientifique // *Scientific coordination*

Florence Lot & Annie Velter, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Et pour le Comité de rédaction du BEH : Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé, Paris, France

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Des études essentielles pour adapter la prévention et la prise en charge des populations clés
// Critical studies are valuable to adapt the prevention and the healthcare management of key populations.....p. 494

Annabel Desgrées du Loû & Bruno Spire

ARTICLE // Article

Connaissances, opinions et utilisation des préservatifs dans la population générale adulte de Guadeloupe, Martinique et Guyane : évolutions 2004-2011
// Knowledge, opinions and condom use in the adult general population in Guadeloupe, Martinique and Guiana (France): trends for 2004-2011.....p. 496

Sandrine Halfen et coll.

Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Paris, France

ARTICLE // Article

Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011
// Estimation of HIV and hepatitis C prevalence among drug users in France - First results from the ANRS-Coquelicot 2011 Survey.....p. 504

Marie Jauffret-Roustide et coll.

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011
// Sexual behavior between men in the era of combination prevention - Results from the Gay and Lesbian Survey 2011, Francep. 510

Annie Velter et coll.

Institut de veille sanitaire, Saint Maurice, France

ARTICLE // Article

Étude ProSanté 2010-2011 sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales
// ProSanté Study 2010-2011 - Health status, access to healthcare and to rights of prostitutes met in social and health facilitiesp. 517

Florence Lot et coll.

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de l'InVS. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

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

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétaires de rédaction : Laetitia Gouffé-Benadiba, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Dr Pierre-Yves Bello, Direction générale de la santé; Dr Juliette Bloch, CNSA; Cécile Brouard, InVS; Dr Sandrine Danet, ATIH; Dr Claire Fuhrman, InVS; Dr Bertrand Gagnière, Cire Ouest; Anabelle Gilg Soit Ilg, InVS; Dorothee Grange, ORS Île-de-France; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées; Dr Nathalie Jourdan-Da Silva, InVS; Agnès Lefranc, InVS; Dr Marie-Eve Raguenaud, Cire Limousin/Poitou-Charentes; Dr Sylvie Rey, Drees; Hélène Therre, InVS; Pr Isabelle Villena, CHU Reims.
Institut de veille sanitaire - Site Internet : <http://www.invs.sante.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

DES ÉTUDES ESSENTIELLES POUR ADAPTER LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DES POPULATIONS CLÉS

// CRITICAL STUDIES ARE VALUABLE TO ADAPT THE PREVENTION AND THE HEALTHCARE MANAGEMENT OF KEY POPULATIONS

Annabel Desgrées du Loû¹ & Bruno Spire²

¹IRD, CEPED (UMR INED-IRD-Paris Descartes), Paris

²Inserm UMR912 (SESSTIM), Marseille

Ce numéro du BEH qui nous est proposé à l'occasion du 1^{er} décembre, journée mondiale de lutte contre le sida, est consacré aux « populations clés » les plus exposées au risque de VIH (*key populations*). Dans la lutte contre cette épidémie, après les avancées extraordinaires qu'ont été la découverte de traitements efficaces puis plus récemment de leur effet sur la baisse de la transmissibilité, nous arrivons en effet à un tournant : pour aller plus loin et faire reculer l'épidémie, il est nécessaire d'intensifier prévention et prise en charge dans les groupes les plus touchés, et surtout d'adapter les programmes aux besoins des personnes. Les nouvelles recommandations 2013 pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH en France¹ préconisent ainsi, plutôt que de systématiser une proposition du dépistage en population générale, de l'intensifier dans ces groupes où la prévalence est la plus élevée. En France, comme dans le monde, ces populations clés dans la lutte contre le sida sont les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles ou transgenres, les consommateurs de drogues injectables, les personnes ayant une activité de prostitution, les migrants venus de pays très touchés par l'épidémie. Elles ont en commun d'être des populations sensibles car potentiellement stigmatisées, parfois cachées et donc difficiles à enquêter. À ces groupes vulnérables il faut ajouter les populations des départements français d'Amérique (Guyane, Guadeloupe et Martinique), où l'incidence élevée du VIH (plus du triple de la moyenne nationale) appelle une prévention renforcée.

Nous découvrons ici les premiers résultats de quatre études très attendues, menées auprès de ces groupes clés, toutes réalisées entre 2010 et 2011 : l'enquête **KABP DFA** sur les connaissances, opinions et pratiques autour du VIH dans les départements français d'Amérique, l'enquête **Coquelicot** menée auprès d'usagers de drogues, l'**Enquête presse gays et lesbiennes** et l'enquête **ProSanté** menée auprès de personnes en situation de prostitution. Hormis cette dernière, il s'agit de rééditions d'enquêtes similaires menées en 2004 financées par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS), elles apportent ainsi des informations sur les évolutions sur la décennie dans ces groupes clés.

Si l'enquête KABP menée dans les départements français d'Amérique est représentative de la population générale dans ces départements, les trois autres, parce qu'elles portent sur des populations sensibles et potentiellement stigmatisées, ne pouvaient pas l'être : il a donc fallu développer des méthodes de recrutement en s'adaptant au groupe étudié. Enquêter au sein d'une population cachée ou méfiante pose deux défis : trouver les personnes, en assurant un recrutement le plus diversifié possible, puis gagner leur confiance pour qu'elles acceptent de participer. Défis réussis pour ces enquêtes qui affichent des taux de participation élevés et, pour celles qui avaient déjà été menées en 2004, une diversification des publics touchés. Leurs auteurs ont su collaborer avec les structures les plus proches de ces groupes sensibles (structures spécialisées dans l'accueil des usagers de drogues pour Coquelicot ou des personnes en situation de prostitution dans le cas de ProSanté), et adapter le protocole d'enquête pour prendre en compte les nouvelles technologies et nouveaux modes de vie (sites Internet spécialisés pour l'enquête Presse gays et lesbiennes et téléphonie mobile dans l'enquête KABP DFA).

L'article de Sandrine Halfen et coll. analyse, à partir de l'enquête KABP DFA, les connaissances, opinions et utilisations des préservatifs dans les populations vivant dans les départements français d'Amérique, et leurs évolutions entre 2004 et 2011. Il pointe l'installation d'une certaine défiance à l'égard de l'efficacité du préservatif, malgré une tendance à la progression de son utilisation lors du premier rapport sexuel et chez les multipartenaires. Le dépistage régulier est davantage perçu comme efficace pour se protéger du VIH, possible effet des campagnes de prévention qui ont placé le dépistage au centre des stratégies de prévention au détriment du préservatif.

L'article de Marie Jauffret-Roustide et coll. sur les premiers résultats de l'enquête Coquelicot rappelle que les usagers de drogues connaissent des situations de très grande précarité, en particulier par rapport au logement. Ils sont très touchés par le VIH (10%) et le VHC (44%). Si on peut conclure depuis 2004 à une tendance à l'infléchissement de la séroprévalence du VHC (en particulier chez les jeunes) qui pourrait signer l'impact de la politique de

réduction des risques, l'importance des pratiques d'injection chez les plus jeunes apparaît cependant préoccupante.

L'analyse par Annie Velter et coll. des comportements sexuels entre hommes à partir de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011 permet de mettre en relation les stratégies de réduction des risques des répondants vis-à-vis du VIH en tenant compte de la connaissance de leur statut sérologique. On confirme dans ce groupe le recul de l'utilisation du préservatif par rapport à d'autres techniques préventives, notamment le contrôle de l'infection VIH par les antirétroviraux chez les personnes séropositives. Cependant, les auteurs soulignent que les niveaux de dépistage et de couverture thérapeutique efficace ne sont pas encore suffisants pour inverser l'épidémie dans ce groupe, le plus touché de la population française, et concluent à l'urgence de favoriser le dépistage régulier, l'accès au traitement précoce pour les personnes infectées et l'offre de traitements pré ou post-exposition pour les personnes exposées en combinaison avec le préservatif.

Enfin, l'article de Florence Lot et coll. qui présente les principaux résultats de l'étude ProSanté sur l'état de santé, l'accès aux soins et aux droits des

personnes en situation de prostitution, permet de décrire la grande hétérogénéité de cette population très mal connue, en termes d'âge, de nationalité, d'ancienneté dans la prostitution et de perceptions de l'activité prostitutionnelle. Les informations ainsi recueillies, tant sur les difficultés sociales (violences subies, précarité, isolement relationnel) que sur les souffrances psychiques et les difficultés de santé, seront très utiles pour guider la prise en charge.

Quatre populations aux attitudes, aux besoins et aux pratiques différentes, quatre études pour mieux comprendre et orienter la prise en charge. Nul doute que les résultats apportés par ces enquêtes permettront de préciser le type d'action à privilégier dans chaque groupe.

Référence

[1] Morlat P, (Dir.). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. Paris: La Documentation Française; 2013. 478 p. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-2013-sur-la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-vivant-avec-le-vih.html>

Citer cet article

Desgrées du Loû A & Spire B. Éditorial. Des études essentielles pour adapter la prévention et la prise en charge des populations clés. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(39-40):494-5

CONNAISSANCES, OPINIONS ET UTILISATION DES PRÉSERVATIFS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE ADULTE DE GUADELOUPE, MARTINIQUE ET GUYANE : ÉVOLUTIONS 2004-2011

// KNOWLEDGE, OPINIONS AND CONDOM USE IN THE ADULT GENERAL POPULATION IN GUADELOUPE, MARTINIQUE AND GUIANA (FRANCE): TRENDS FOR 2004-2011

Sandrine Halfen¹ (s.halfen@ors-idf.org), Nathalie Lydié², Maxime Esvan¹, Kevin Diter¹

¹ Observatoire régional de santé d'Île-de-France, Paris, France

² Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France

Soumis le 30.08.2013 // Date of submission: 08.30.2013

Résumé // Abstract

L'objectif de cet article est d'analyser les connaissances, opinions et utilisation des préservatifs dans les populations vivant dans les départements français d'Amérique (DFA) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, et de mesurer leurs évolutions dans le temps.

Les analyses reposent sur les données de deux enquêtes réalisées en 2004 et 2011-2012. Elles portent sur les personnes âgées de 18 à 69 ans sélectionnées par sondage aléatoire, soit 3 014 personnes en 2004 et 4 529 en 2011.

Globalement, les habitants des DFA savent dans leur quasi-totalité que la transmission du VIH est possible lors d'un rapport sexuel sans préservatif et que le préservatif est un moyen efficace de protection contre le VIH. Ces connaissances ont été largement intégrées dans leurs comportements puisque, lors de leur premier rapport sexuel, ils sont désormais plus de 85% à l'utiliser.

Cependant, une fragilisation des connaissances, des opinions et de l'efficacité perçue du préservatif est notée entre 2004 et 2011 dans les DFA, comme cela a pu être observé dans l'enquête KABP conduite en métropole en 2010. À l'inverse, les habitants des DFA sont nettement plus nombreux qu'en 2004 à attribuer de l'efficacité, pour se protéger du VIH, aux stratégies basées sur le dépistage du VIH (faire régulièrement un test ou en demander un à son partenaire).

Si les données sur l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel ou au cours des 12 derniers mois montrent qu'il n'y pas de relâchement des comportements, elles plaident cependant pour renforcer l'image du préservatif et mieux préciser son articulation avec les stratégies basées sur le dépistage du VIH.

This article aims to study knowledge, opinions and condom use among populations living in the French American Departments (FAD - Guadeloupe, Martinique and Guiana), and to measure the trends over time.

The analysis, based on two surveys conducted in 2004 and 2011-12, is based on the answers of 3,014 individuals in 2004 and 4,529 in 2011 aged from 18 to 69 years, selected randomly.

Overall, most FAD residents know that HIV transmission is possible without condom during sexual intercourse, and that condoms are an effective means of protection against HIV. This knowledge has been widely integrated into their behavior, as more than 85% of them use a condom during their first sexual intercourse.

However, between 2004 and 2011, a decrease in the knowledge about HIV transmission routes, opinions on condoms and perception of condom effectiveness was observed in the FAD, as it was the case in the mainland France KABP survey conducted in 2010. In contrast, FAD residents are much more likely than in 2004 to attribute efficiency to protect themselves from HIV to strategies based on HIV testing (regular screening or request screening from the partner).

Although data on condom use at first intercourse or during the past twelve months indicate no drop in preventive behaviors, they call for the need to improve condom's perception and better define its combination with HIV test based strategies.

Mots-clés : Antilles et Guyane françaises, Préservatif, Comportements sexuels, Enquête, Population générale
// Keywords: French West Indies and Guiana, Condom, Sexual behaviours, Survey, General population

Introduction

Les données relatives au VIH/sida montrent que l'épidémie est très active aux Antilles et en Guyane

françaises, malgré une baisse observée entre 2005 et 2010 de l'incidence du VIH dans ces trois départements. Le taux d'incidence du VIH était estimé, sur la période 2009-2010, à 59 pour 100 000

personnes-année (contre 17 en moyenne nationale), variant de 147 pour 100 000 en Guyane à 17 en Martinique et 56 en Guadeloupe¹. Une des caractéristiques de l'épidémie dans les trois départements français d'Amérique (DFA) est le mode de transmission majoritairement hétérosexuel, concernant 87,2% des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2010-2011 contre 52,8% en métropole².

Depuis 2001, les DFA constituent des territoires prioritaires dans la lutte contre le VIH/sida, telle qu'elle a été définie dans le Plan national de lutte contre le VIH/sida 2001-2004 puis le programme 2005-2008. Plus récemment, un « Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 en direction des populations des départements d'outre-mer » a été mis en place³. Le renouvellement de l'enquête sur les Connaissances, attitudes, croyances et comportements (KABP) face au VIH/sida, menée une première fois aux Antilles et en Guyane en 2004, figure dans ce Plan à travers la mesure 21, qui stipule de « renforcer les connaissances sur l'évolution des comportements sexuels ».

À partir des données des deux enquêtes KABP conduites en 2004 et 2011, l'objectif de cet article est d'analyser les évolutions des connaissances et des opinions sur le préservatif ainsi que de son utilisation. Les résultats doivent permettre d'évaluer les progrès réalisés durant les sept années qui séparent ces enquêtes et d'orienter les contenus et les cibles des messages de prévention.

Matériel et méthodes

Deux enquêtes ont été conduites dans les DFA, l'une en 2004⁴ et la seconde en 2011-2012⁵, afin de caractériser les connaissances, attitudes, croyances et comportements de la population générale face au VIH/sida et d'en mesurer les évolutions dans le temps.

Ces enquêtes ont été réalisées par sondage aléatoire, à partir des listes (publiques ou non) d'abonnés téléphoniques. Pour prendre en compte les évolutions de la téléphonie et assurer une meilleure représentativité, une procédure de génération aléatoire de

numéros a permis d'intégrer en 2011 des personnes exclusivement équipées d'un téléphone mobile. Pour participer, les individus devaient être âgés de 18-69 ans en 2004 et 15-69 ans en 2011, parler français ou créole et avoir leur résidence principale dans le département d'enquête. Les taux de refus (12% en 2004, 25% en 2011) et d'abandon (respectivement 8% et 7%) montrent globalement une bonne acceptation des enquêtes.

Les analyses présentées ici portent sur les seules personnes âgées de 18 à 69 ans, interrogées aux Antilles et sur le littoral guyanais (incluant Saint-Laurent-du-Maroni), soit 3 014 personnes en 2004 et 4 529 personnes en 2011.

Un score d'opinion a été créé à partir de différentes questions sur les préservatifs. Pour chacune d'elles, il a été attribué entre 0 et 3 points : plus l'opinion sur les préservatifs est favorable, plus le nombre de points est élevé. Le score a ensuite été moyenné sur 10.

Les analyses statistiques, réalisées sous Stata®, ont été effectuées sur échantillons pondérés et redressés selon les données du recensement 2008 sur l'âge, le sexe, le diplôme et la vie en couple.

Résultats

Amélioration aux Antilles des connaissances des circonstances de transmission, même si certains mécanismes restent mal compris

En 2011, sans différence entre hommes et femmes, 98,4% des habitants des DFA savent qu'il est possible d'être contaminé(e) lors d'un rapport sexuel sans préservatif (tableau 1). Cette proportion a significativement progressé depuis 2004, où elle était de 96,5%. Cette amélioration ne concerne que les deux départements des Antilles ; la Guyane enregistre une stabilité entre 2004 et 2011.

Toutefois, certaines méconnaissances persistent. Un habitant sur 5 pense que le VIH peut se transmettre par une piqûre de moustique (21,0%) ou lors d'un rapport sexuel protégé par un préservatif (20,4%). Cette dernière proportion a diminué depuis 2004 (de 24,1% à 20,4%), mais uniquement aux Antilles.

Tableau 1

Évolution 2004-2011 des connaissances des modes de transmission du VIH. Enquêtes KABP en Guadeloupe, Martinique et Guyane (France)

« Pouvez-vous indiquer si oui ou non le virus du sida peut être transmis dans chacune des circonstances suivantes ? » (% de « oui » ; le complément correspond aux personnes ayant répondu « non » ou « ne pas savoir »).

	Guadeloupe		Martinique		Guyane		DFA	
	2004 N=1 007	2011 N=1 474	2004 N=1 006	2011 N=1 469	2004 N=1 001	2011 N=1 586	2004 N=3 014	2011 N=4 529
Lors de rapports sexuels sans préservatif	96,2	98,2*	96,2	98,9***	97,7	97,9	96,5	98,4***
Lors de rapports sexuels avec préservatif	24,1	19,9*	26,3	21,2**	18,7	19,8	24,1	20,4**
Par une piqûre de moustique	19,1	20,8	23,1	20,5	20,4	22,8	20,9	21,0

Test du Chi2 comparaison 2004/2011 : * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001.
DFA : départements français d'Amérique.

Fragilisation des connaissances sur l'efficacité du préservatif comme moyen de prévention

Quel que soit le département, le préservatif masculin est considéré comme le moyen le plus efficace pour se protéger du VIH/sida. Près de 90% des hommes et des femmes considèrent le préservatif comme un moyen efficace (« tout à fait » ou « plutôt »), proportion comparable à celle de 2004 (figure 1). Toutefois, en 2011, seuls 57,1% estiment qu'il s'agit d'un moyen « tout à fait » efficace alors qu'ils étaient 68,9% en 2004. *A contrario*, alors qu'ils étaient 18,9% à le juger « plutôt » efficace, ils sont désormais 32,6%. Autrement dit, bien qu'en 2011 les habitants des DFA ne soient pas moins nombreux à reconnaître le préservatif comme un moyen efficace de protection, ils sont davantage à douter de son efficacité. Cette fragilisation de l'efficacité perçue du préservatif est observée dans les trois départements, chez les hommes comme chez les femmes. À l'inverse, les habitants des DFA sont nettement plus nombreux en 2011 à attribuer de l'efficacité aux stratégies de

prévention basées sur le dépistage. Ils sont 70,1% à penser que faire régulièrement un test de dépistage est une méthode « tout à fait » ou « plutôt » efficace pour se protéger du VIH, alors qu'ils étaient 63,2% en 2004. Et pour ce qui est de demander à son partenaire de faire un test, les proportions sont de 80,0% en 2011 contre 72,3% en 2004.

Recul des opinions très favorables sur le préservatif

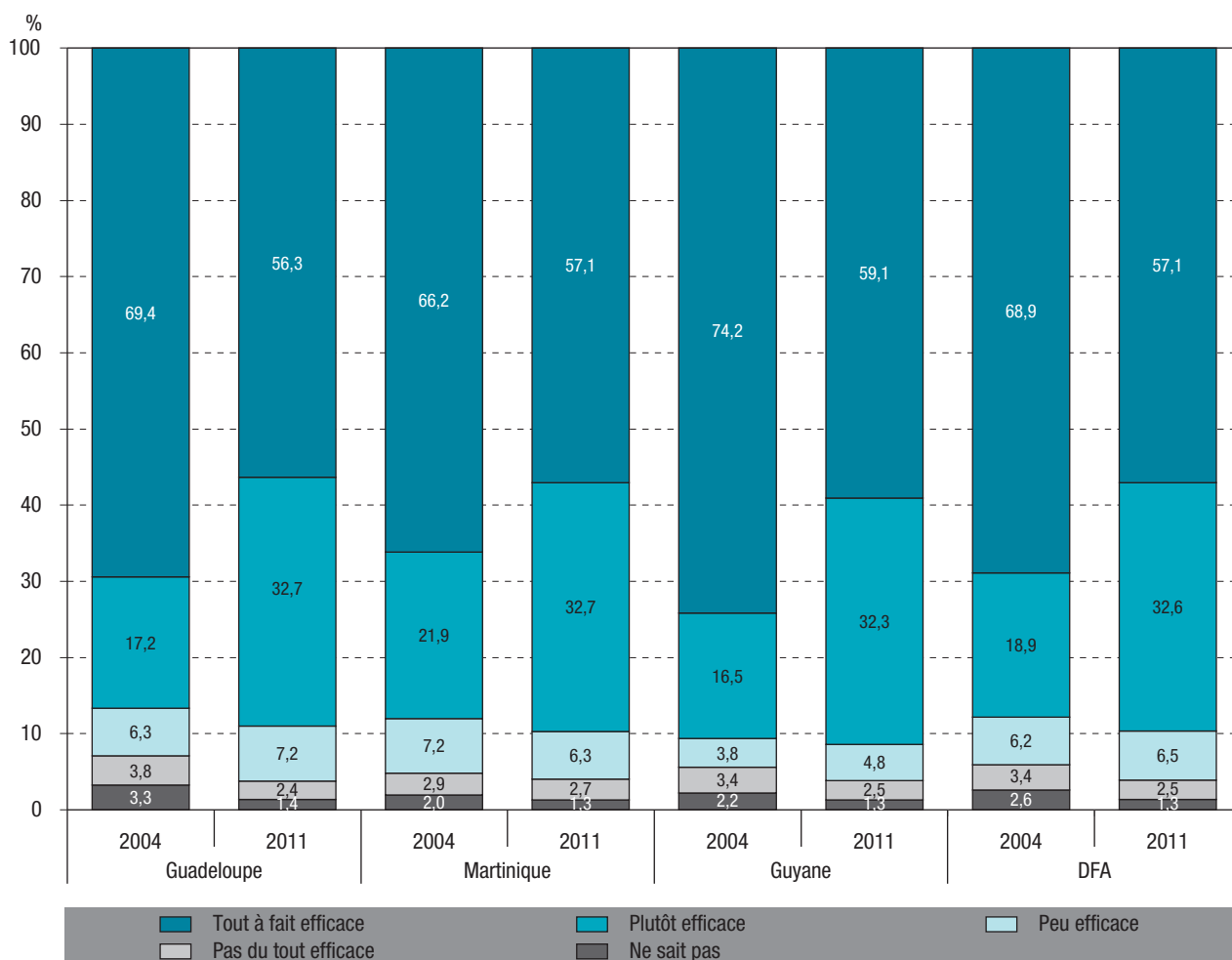
Dans les DFA, les personnes ont des opinions plutôt favorables sur le préservatif, sans différence entre hommes et femmes. Ainsi, une large majorité rejette l'idée selon laquelle « le préservatif, c'est pour les jeunes » : 81,7% ne sont « pas du tout » d'accord et 8,2% ne sont « pas vraiment » d'accord avec cette idée (figure 2). Les réponses aux autres questions sont plus partagées, mais en faveur d'opinions plutôt favorables.

Néanmoins, entre 2004 et 2011, les opinions très favorables sur le préservatif ont eu tendance à reculer, au bénéfice d'opinions moins tranchées, et

Figure 1

Évolution 2004-2011 de l'efficacité perçue du préservatif masculin comme moyen de protection du VIH (%). Enquêtes KABP en Guadeloupe, Martinique et Guyane (France)

« Je vais vous citer un certain nombre de moyens éventuels pour se protéger du sida. Pour chacun d'entre eux, dites-moi si vous estimez que c'est un moyen tout à fait efficace, plutôt, plutôt pas ou pas du tout efficace »



DFA : départements français d'Amérique.

cette tendance se retrouve dans les trois départements. Par exemple, si 37,8% des habitants des DFA en 2004 indiquaient être « tout à fait » d'accord avec le fait que « utiliser un préservatif est quelque chose de banal », ils ne sont plus que 29,0% en 2011.

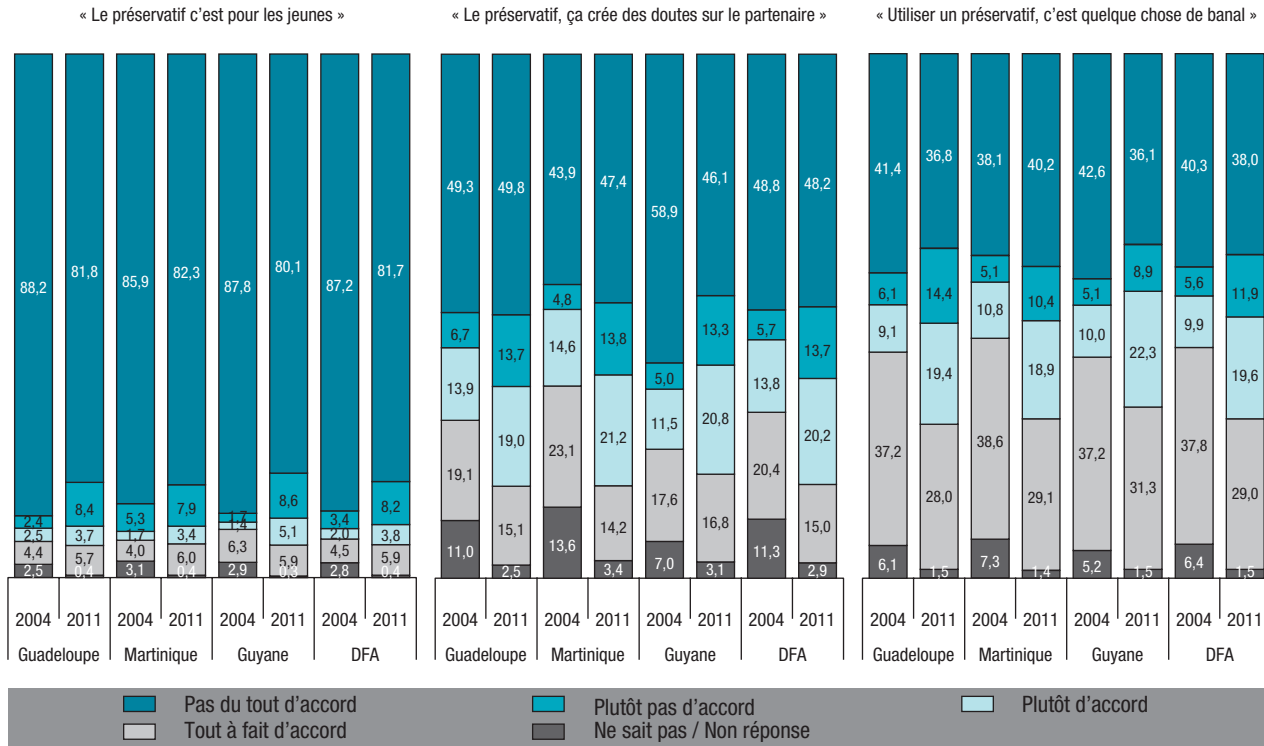
Poursuite de la progression de l'usage du préservatif au premier rapport sexuel

Les habitants des DFA sont d'autant plus nombreux à déclarer avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel que celui-ci a eu lieu récemment

(tableau 2). Parmi les hommes qui ont eu leur premier rapport avant 1985, seuls 11,3% ont déclaré avoir utilisé un préservatif alors que, chez ceux l'ayant eu entre 2005 et 2011, cette proportion atteint 86,9%. Chez les femmes, à l'exclusion de celles ayant eu leur premier rapport avec une femme (n=5), les proportions sont respectivement de 12,4% et 83,9%. La progression de l'usage du préservatif au premier rapport se poursuit en Guadeloupe et en Guyane sur les périodes les plus récentes, alors qu'en Martinique cette proportion est - au mieux - restée stable pour les deux sexes (tableau 2).

Figure 2

Évolution 2004-2011 des opinions sur le préservatif (%). Enquêtes KABP en Guadeloupe, Martinique et Guyane (France)



DFA : départements français d'Amérique.

Tableau 2

Pourcentage de personnes ayant indiqué avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel selon la date de ce premier rapport. Enquête KABP 2011 en Guadeloupe, Martinique et Guyane (France)

	Guadeloupe			Martinique			Guyane			DFA		
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total
	N=509	N=852	N=1 361	N=509	N=878	N=1 387	N=617	N=851	N=1 468	N=1 635	N=2 581	N=4 216
Date du premier rapport sexuel												
Avant 1985	11,2	13,7	12,5	10,4	11,7	11,1	14,4	9,9	12,5	11,3	12,4	11,9
Entre 1985 et 1989	30,6	41,8	37,2	35,4	43,3	39,7	31,5	28,4	29,7	32,7	40,3	37,0
Entre 1990 et 1994	54,8	60,4	58,3	54,5	54,9	54,7	51,3	44,5	47,2	54,0	55,5	54,9
Entre 1995 et 1999	64,1	69,9	67,1	72,1	75,2	74,1	65,8	66,2	66,1	66,8	71,3	69,4
Entre 2000 et 2004	74,1	79,7	77,3	80,9	88,3	83,6	68,1	66,6	67,2	76,3	78,7	77,5
Entre 2005 et 2011	91,0	86,4	88,4	83,6	80,2	81,8	86,9	86,4	86,6	86,9	83,9	85,3
Test ² : 2005-2011 vs 2000-2004	*		*				*	**	***	*		*

¹ Parmi les personnes sexuellement actives au cours de leur vie, à l'exclusion des femmes ayant indiqué avoir eu leur premier rapport sexuel avec une femme (n=5).

² Test du Chi2 comparaison 2005-2011 vs 2000-2004 : * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001.

H : hommes ; F : femmes - DFA : départements français d'Amérique.

Progression de l'utilisation des préservatifs au cours des douze mois précédant l'enquête, principalement parmi les multipartenaires

Parmi les habitants des DFA qui ont eu des rapports sexuels dans les 12 mois précédant l'enquête (à l'exclusion des femmes ayant eu exclusivement des rapports avec une/des femme(s), n=12), 39,9% ont indiqué avoir utilisé au moins une fois un préservatif durant cette période. Les hommes sont plus nombreux que les femmes (47,8% vs. 32,6%, tableau 3) et les jeunes également plus nombreux que les plus âgés (74,2% à 18-24 ans, 14,8% à 55-69 ans). Mais surtout, les personnes ayant eu plusieurs partenaires dans l'année (les multipartenaires) sont nettement plus nombreuses à avoir déclaré utiliser des préservatifs que celles ayant eu un partenaire (les monopartenaires) : respectivement, 85,7% et 32,7% chez les hommes et 74,6% et 29,6% chez les femmes. Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, par âge ou selon le nombre de partenaires, il n'existe pas de différence d'utilisation du préservatif en 2011 entre les trois départements.

Comparée à 2004, l'utilisation du préservatif au cours des 12 derniers mois a augmenté, passant de 35,3% à 39,9%, mais cette hausse n'est significative qu'en Guadeloupe (de 34,0% à 39,3%). En Martinique et en Guyane, la tendance est stable. Au-delà de ces chiffres globaux, l'analyse par sous-groupe montre une augmentation de l'utilisation des préservatifs parmi les hommes multipartenaires (de 76,7% à 85,7%) dans les trois départements. Chez les femmes multipartenaires, la hausse de l'usage du préservatif n'est observée qu'en Guadeloupe (de 44,8% à 74,9%), département qui enregistrait en 2004 une proportion de 20 à 30 points inférieure à celle des deux autres départements ; les proportions sont désormais identiques.

Des déterminants de l'usage du préservatif différents chez les hommes et les femmes

Les analyses montrent aussi que les facteurs associés à l'usage du préservatif diffèrent peu entre les trois départements, mais davantage selon le sexe. Aussi,

une analyse par régression logistique, pour l'ensemble des DFA, a été conduite sur les déterminants de l'usage du préservatif au cours des 12 derniers mois, en distinguant les hommes et les femmes (tableau 4). La régression montre que certains facteurs associés à l'usage du préservatif sont communs aux hommes et aux femmes : c'est le cas de l'âge, du nombre de partenaires et de la situation conjugale. Ainsi, indépendamment des autres caractéristiques intégrées dans le modèle, la probabilité d'utiliser des préservatifs est d'autant plus élevée que les individus sont jeunes : chez les 18-24 ans, les odds ratios sont supérieurs à 9 chez les hommes comme chez les femmes, en comparaison des personnes âgées de 55-69 ans. Le fait d'avoir été multipartenaires est également davantage associé à l'utilisation d'un préservatif chez les hommes (OR=12,01) et les femmes (OR=5,34). Enfin, à caractéristiques comparables, les célibataires ou les personnes en couple non cohabitant ont davantage utilisé un préservatif que celles qui vivent en couple.

À ces facteurs communs, le modèle montre que, chez les femmes (et pas chez les hommes), d'autres variables interviennent également, davantage associées à la sphère des connaissances, opinions et perception du risque. Ainsi, le préservatif est davantage utilisé chez les femmes qui savent que le préservatif est « tout à fait efficace » pour se protéger du VIH, en comparaison de celles qui doutent de son efficacité (OR=1,99), chez celles qui ont des opinions très ou plutôt favorables sur le préservatif (OR=2,43 et 1,97) ou encore chez celles qui pensent avoir un risque, même faible, de contamination par le VIH (OR=2,35), en comparaison de celles qui pensent n'en avoir aucun ou qui ne savent pas situer leur risque.

Chez les seuls hommes, le lieu de naissance est une variable significativement associée à l'usage du préservatif : à caractéristiques comparables, l'usage du préservatif est davantage rapporté par les hommes nés dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud, dans les DFA (OR=1,77) ou hors des DFA (OR=3,32), que par ceux nés en métropole.

Tableau 3

Évolution 2004-2011 du pourcentage de personnes dans les départements français d'Amérique (DFA) ayant indiqué avoir utilisé un préservatif au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe et la classe d'âges ainsi que les comportements sexuels¹. Enquêtes KABP en Guadeloupe, Martinique et Guyane (France)

	Hommes		Femmes		Ensemble DFA	
	2004 N=1 045	2011 N=1 548	2004 N=1 422	2011 N=2 153	2004 N=2 467	2011 N=3 701
Classes d'âges						
18-24 ans	81,9	83,1	64,9	64,2	75,3	74,2
25-39 ans	53,4	55,0	32,9	39,3*	41,7	46,4
40-54 ans	32,7	42,7*	20,6	27,4*	26,3	34,4**
55-69 ans	16,2	21,1	6,8	7,4	12,1	14,8
Comportements sexuels au cours des 12 mois précédant l'enquête						
Monopartenaires	29,7	32,7	24,5	29,6**	26,8	30,9*
Multipartenaires	76,7	85,7**	59,5	74,6*	72,7	83,5***
Ensemble	43,3	47,8	27,6	32,6**	35,3	39,9**

¹ Parmi les personnes sexuellement actives au cours des 12 mois précédant l'enquête, à l'exclusion des femmes ayant indiqué avoir eu exclusivement des rapports sexuels avec une/des femme(s) au cours des 12 derniers mois (n=12).
Test du Chi2 comparaison 2004/2011 : * p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001.

Tableau 4

Régression logistique sur les déterminants en 2011 de l'usage du préservatif au cours des 12 mois précédant l'enquête chez les hommes et les femmes¹. Enquête KABP 2011 en Guadeloupe, Martinique et Guyane (France)

	Hommes (N=1 396)			Femmes (N=2 000)		
	%	OR ajusté	IC95%	%	OR ajusté	IC95%
Département d'enquête						
Guyane	48,4	1		34,0	1	
Guadeloupe	45,4	1,10	[0,67-1,82]	33,6	1,16	[0,82-1,64]
Martinique	50,0	1,25	[0,79-1,98]	30,8	0,92	[0,65-1,30]
Classe d'âges ***						
18-24 ans	83,1	9,17***	[4,12-20,44]	64,2	9,81***	[5,27-18,26]
25-39 ans	55,0	3,83***	[2,01-7,28]	39,3	4,63***	[2,79-7,70]
40-54 ans	42,7	3,46***	[1,90-6,31]	27,4	3,24***	[2,00-5,23]
55-69 ans	21,1	1		7,4	1	
Niveau de diplômes						
Faible	47,7	1		30,6	1	
Moyen	49,2	1,24	[0,84-1,83]	34,3	0,88	[0,63-1,23]
Élevé	45,7	1,55*	[1,00-2,39]	34,0	0,87	[0,61-1,24]
Lieu de naissance						
En métropole	40,9	1		33,2	1	
Dans le département d'enquête	48,9	1,77*	[1,13-2,76]	32,9	1,19	[0,82-1,73]
Dans la Caraïbe ou en Amérique du Sud	50,9	3,32**	[1,39-7,95]	32,9	1,02	[0,60-1,72]
Nombre de partenaires dans les 12 mois ***						
Monopartenaires	32,7	1		29,6	1	
Multipartenaires	85,7	12,01***	[7,95-18,13]	74,6	5,34***	[3,23-8,83]
Situation conjugale ***						
En couple cohabitant	30,4	1		18,8	1	
En couple non cohabitant	69,5	2,61***	[1,78-3,84]	47,6	2,30***	[1,69-3,13]
Célibataires	74,9	3,99***	[2,49-6,40]	52,1	3,78***	[2,70-5,30]
Efficacité perçue du préservatif **						
Tout à fait efficace	50,8	0,94	[0,30-2,93]	34,8	1,99*	[1,09-3,66]
Plutôt efficace	44,5	0,81	[0,26-2,51]	33,2	1,83	[0,99-3,40]
Plutôt pas ou pas du tout efficace ou ne sait pas	38,6	1		20,4	1	
Le VIH peut se transmettre lors de rapport sexuel avec préservatif **						
Oui ou Ne sait pas	41,8	1		25,9	1	
Non	49,3	1,34	[0,86-2,10]	34,4	1,08	[0,75-1,54]
Opinions sur les préservatifs ***						
Très défavorables	39,9	1		19,6	1	
Défavorables	45,5	1,72	[0,97-3,03]	26,5	1,53	[0,95-2,47]
Plutôt favorables	50,6	1,59	[0,90-2,82]	36,0	1,97**	[1,23-3,18]
Très favorables	50,6	1,61	[0,90-2,86]	42,4	2,43***	[1,47-4,02]
Utilisation d'un préservatif au premier rapport sexuel (si 1^{er} rapport sexuel il y a plus d'un an) ***						
Non	40,4	1		24,3	1	
Oui	60,8	1,44	[0,99-2,10]	43,6	1,16	[0,85-1,58]
Connaissance d'une personne séropositive						
Ne connaît aucune personne ou ne sait pas	46,9	1		32,0	1	
Connaît au moins une personne	51,5	1,31	[0,90-1,92]	35,1	1,25	[0,88-1,77]
Perception du risque de contamination par le VIH par rapport à la moyenne des gens **						
Pense n'avoir aucun risque ou ne sait pas	37,4	1		16,5	1	
Pense avoir des risques (plus, autant ou moins)	49,8	0,99	[0,58-1,68]	36,3	2,35***	[1,57-3,53]

¹ Parmi les personnes sexuellement actives au cours des douze mois précédant l'enquête, à l'exclusion des femmes ayant indiqué avoir eu exclusivement des rapports sexuels avec une/des femme(s) au cours des douze derniers mois (n=12).

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001.

Discussion – conclusion

Globalement, les habitants des Antilles et de Guyane savent dans leur quasi-totalité (98,4%) que la transmission du VIH est possible lors d'un rapport sexuel sans préservatif. Ils sont également 89,7% à savoir que le préservatif est un moyen efficace de protection contre le VIH. Ces connaissances ont été largement intégrées dans leurs comportements puisque, lors de leur premier rapport sexuel, ils sont désormais 85,3% à utiliser un préservatif. De plus, au cours des 12 mois précédant l'enquête, si en moyenne 39,9% des habitants des DFA ont déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif, cette proportion est bien supérieure parmi les personnes les plus exposées au risque VIH, notamment les multipartenaires.

Malgré ces constats globalement positifs, l'analyse des évolutions 2004-2011 apparaît plus contrastée, en particulier sur les connaissances et les opinions relatives aux préservatifs. Si la proportion de personnes sachant qu'une transmission du VIH est possible lors d'un rapport sexuel sans préservatif a augmenté en Guadeloupe et en Martinique, elle est restée stable en Guyane. De plus, la proportion de personnes croyant possible une transmission lors d'un rapport sexuel protégé par un préservatif concerne encore une personne sur cinq. Ce constat peut traduire une certaine défiance à l'égard du préservatif et de son efficacité. D'une part, la proportion de personnes indiquant que le préservatif est un moyen efficace de prévention n'a pas progressé depuis 2004. D'autre part, la proportion de personnes indiquant que le préservatif est « tout à fait » efficace a nettement diminué dans les trois départements, au bénéfice de celles indiquant que c'est un moyen « plutôt » efficace. Enfin, même si les habitants des DFA ont des opinions favorables sur le préservatif, celles très favorables ont reculé, au bénéfice d'opinions moins tranchées. Cette relative méfiance vis-à-vis du préservatif est également observée en métropole^{6,7}. En effet, en métropole, si la perception du préservatif continue de s'améliorer, en revanche, la proportion de personnes pensant possible la transmission lors d'un rapport sexuel avec un préservatif a augmenté entre 2004 et 2010⁶. De plus, comme dans les DFA, la proportion de personnes indiquant que le préservatif est un moyen efficace de protection est restée stable, mais son efficacité est davantage mise en doute⁶. Comme aussi dans les DFA, les stratégies basées sur le dépistage du VIH (faire régulièrement un test ou en demander un à son partenaire) sont davantage perçues comme efficaces pour se protéger du VIH^{6,7}. Dans les DFA comme en métropole, ces évolutions peuvent être le résultat des campagnes de prévention diffusées depuis le milieu des années 2000, qui ont été fortement orientées sur le dépistage. Ces campagnes ont également accompagné les recommandations en 2009 de la Haute Autorité de santé en faveur d'un dépistage généralisé, en dehors de toute notion d'exposition au risque⁸. Elles ont ainsi mis l'accent sur l'importance du dépistage dans les stratégies de prévention, pouvant contribuer à brouiller quelque peu la place du préservatif comme principal outil de prévention.

Cette fragilisation des connaissances et des opinions sur le préservatif ne s'est pas accompagnée d'une tendance comparable pour ce qui concerne les comportements. En effet, les constats sur l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel ou au cours des 12 mois précédant l'enquête montrent une hausse ou une stabilité de l'utilisation, mais pas de relâchement des comportements. En Guadeloupe, et particulièrement en Guyane, l'utilisation du préservatif continue de progresser au premier rapport sexuel, ce qui constitue un élément positif. La poursuite de la progression dans les DFA diffère de ce qui est observé en métropole, où l'utilisation du préservatif au premier rapport sexuel est restée stable pour les premiers rapports ayant eu lieu depuis 2000⁶. Ainsi, alors que la protection au premier rapport sexuel était jusqu'à présent moindre dans les DFA qu'en métropole, elle est désormais comparable (85,2% dans les DFA contre 85,9% en métropole pour les personnes ayant eu leur premier rapport entre 2005 et 2011)⁹.

Pour ce qui est de l'usage du préservatif au cours des 12 derniers mois, les niveaux ont modestement progressé dans les DFA, mais la hausse a concerné principalement les multipartenaires (en particulier les hommes), c'est-à-dire les personnes les plus exposées au VIH. De plus, l'utilisation des préservatifs dans l'année est bien plus élevée qu'en métropole (39,9% vs 29,9%)⁹. Cet écart s'explique par la fréquence du multipartenariat masculin, deux fois supérieure chez les hommes des DFA, et le fait que les multipartenaires utilisent davantage des préservatifs que les monopartenaires. Mais aussi, par le fait que les monopartenaires sont plus nombreux qu'en métropole à utiliser des préservatifs (30,9% contre 24,6%)⁹, ce qui peut être mis en lien avec le recours plus élevé dans les DFA au préservatif comme moyen contraceptif. Néanmoins, la fréquence bien plus élevée dans les DFA des grossesses non prévues rapportées par les femmes dans les cinq ans (13,4% contre 6,7% de celles de métropole⁹) laisse penser que l'usage du préservatif, bien qu'à un niveau élevé dans les DFA, n'est pas systématique.

Chez les hommes, les connaissances, tant sur les circonstances de transmission du VIH que sur l'efficacité perçue du préservatif, ainsi que les opinions ou la perception du risque, sont des facteurs désormais peu corrélés à l'utilisation du préservatif. Comme cela a pu être observé en métropole⁶, le préservatif semble ainsi moins associé qu'auparavant à la prévention du VIH, mais constitue une norme préventive forte. En revanche, chez les femmes, ces dimensions de connaissances ou d'opinions sur les préservatifs ou encore de perceptions du risque de contamination demeurent associées à l'utilisation des préservatifs. Aussi, le recul entre 2004 et 2011 des opinions très favorables sur le préservatif ainsi que la fragilisation des connaissances peuvent constituer des éléments préjudiciables pour son utilisation chez les femmes.

Les analyses montrent une homogénéisation des connaissances et comportements des habitants des Antilles et de Guyane, même si les améliorations entre 2004 et 2011 ont inégalement touché les

trois territoires. Comme en 2004, les connaissances et opinions ainsi que le niveau d'usage du préservatif au premier rapport sexuel sont proches entre hommes et femmes. Pour autant, à caractéristiques comparables, l'usage du préservatif reste nettement moindre chez les femmes, soulignant un contexte préventif peu favorable pour elles dans les DFA. Ces éléments avaient déjà été notés à partir des données de 2004^{4,10} et mis en lien notamment avec un contexte où les représentations des rôles des hommes et des femmes sont très inégalitaires.

Prendre en compte ce contexte normatif pour favoriser une meilleure égalité des femmes et des hommes face à la prévention, renforcer l'image du préservatif dans une période où les opinions et les connaissances sur celui-ci se sont fragilisées et souligner l'articulation entre l'usage du préservatif et les stratégies basées sur le dépistage du VIH constituent certains des enjeux majeurs de la prévention du VIH/sida dans ces régions. ■

Remerciements

Nous remercions tout d'abord les organismes qui, par leur financement, ont rendues possibles ces recherches : l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (2004 et 2011), la Fondation de France (2004), le ministère des Affaires sociales et de la Santé (2011), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2011), le ministère des Outre-mer (2011) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2011). Nous remercions également les répondants, sans lesquels nous ne disposerions pas d'information ainsi que l'institut de sondage Ipsos DOM et ses enquêtrices pour leur investissement sans faille. Nos remerciements s'adressent également aux membres des groupes de pilotage de l'enquête pour l'ensemble de leurs suggestions, notamment aux coordinateurs des trois Comités de coordination régionale de la lutte contre le VIH (Corevih), Marie-Thérèse Georger-Sow (Guadeloupe), André Cabié (Martinique) et Mathieu Nacher (Guyane). Enfin, nous remercions l'équipe de KABP métropole, en particulier Nathalie Beltzer (ORS Île-de-France), qui a mis à notre disposition la base de données de l'enquête conduite en 2010.

Références

[1] Le Vu S, Barin F, Cazein F, Pillonel J, Brunet S, Le Strat Y, *et al.* HIV incidence in French Caribbean Regions, 2003-2010. Poster, XIX International AIDS Conference, Washington DC, 2012, July 22-27. <http://pag.aids2012.org/Abstracts.aspx?AID=11448>

[2] Institut de veille sanitaire. Déclarations obligatoires du VIH, données brutes au 30 septembre 2012. Exploitation ORS Île-de-France.

[3] Plan national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2010-2014 en direction des populations des départements d'outre-mer. Paris: Ministère de la Santé et des Sports, 2010. 58 p. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_national_lutte_contre_le_VIH-SIDA_et_IST_2010-2014_DOM.pdf

[4] Halfen S, Féniès K, Ung B, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France, 2006. 290 p. http://www.ors-idf.org/images/abook_file/2006_VIH_KABPantilles.pdf

[5] Halfen S, Lydié N (coord.), Esvan M, Diter K. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida et à d'autres risques sexuels aux Antilles et en Guyane en 2011. Situation en 2011 et évolutions depuis 2004. (À paraître).

[6] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida dans la population générale adulte en Île-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2011. 153 p. http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf

[7] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Lydié N, Semaille C, Warszawski J; group KABP France. An 18-year follow-up of HIV knowledge, risk perception, and practices in young adults. *AIDS*. 2013;27(6):1011-9.

[8] Haute Autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage - Argumentaire. Paris: HAS; 2009. 235 p. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-10/argumentaire_depistage_vih_volet_2_vfv_2009-10-21_16-49-13_375.pdf

[9] Enquête KABP métropole 2010, ORS Île-de-France. Exploitations spécifiques pour cet article.

[10] Halfen S. Comportements sexuels et préventifs aux Antilles et en Guyane : un contexte peu favorable pour les femmes face au VIH/sida – Enquête KABP Antilles-Guyane 2004. In: Paicheler G (Dir.). Les femmes et le sida en France, enjeux sociaux et de santé publique. *Revue Internationale de Biologie et de Médecine, Médecine/Sciences*. 2008;2(24):72-80.

Citer cet article

Halfen S, Lydié N, Esvan M, Diter K. Connaissances, opinions et utilisation des préservatifs dans la population générale adulte de Guadeloupe, Martinique et Guyane : évolutions 2004-2011. *Bull Epidémiol Hebd*. 2013;(39-40):496-503.

ESTIMATION DE LA SÉROPRÉVALENCE DU VIH ET DE L'HÉPATITE C CHEZ LES USAGERS DE DROGUES EN FRANCE - PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ANRS-COQUELICOT 2011

// ESTIMATION OF HIV AND HEPATITIS C PREVALENCE AMONG DRUG USERS IN FRANCE - FIRST RESULTS FROM THE ANRS-COQUELICOT 2011 SURVEY

Marie Jauffret-Roustide^{1,2} (m.jauffret@invs.sante.fr), Josiane Pillonel¹, Lucile Weill-Barillet^{1,2}, Lucie Léon¹, Yann Le Strat¹, Sylvie Brunet³, Thérèse Benoit², Carole Chauvin^{1,2}, Mireille Lebreton^{1,2}, Francis Barin³, Caroline Semaillé¹

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Cermes3 (Inserm U988 / CNRS UMR8261 / Université Paris Descartes / École des hautes études en sciences sociales), Paris, France

³ CNR VIH & Inserm U966, CHU Bretonneau et Université François-Rabelais, Tours, France

Soumis le 07.08.2013 // Date of submission: 08.07.2013

Résumé // Abstract

La deuxième édition de l'enquête Coquelicot avait pour objectifs de décrire les profils et les pratiques des usagers de drogues (UD), d'estimer la séroprévalence du VIH et du VHC, et d'évaluer la politique de réduction des risques.

L'enquête s'est déroulée en 2011 à partir d'un échantillon aléatoire d'UD recrutés dans des structures spécialisées de cinq agglomérations et de deux départements français. Les conditions pour pouvoir participer à l'enquête étaient : avoir injecté ou sniffé au moins une fois dans la vie, être majeur et francophone. Un prélèvement biologique a été réalisé auprès des UD ayant répondu au questionnaire.

Les premiers résultats montrent un taux de participation de 75%. Avec au final 1 568 personnes enquêtées, l'échantillon se compose en majorité d'hommes. Une grande partie d'entre eux est dans une situation sociale précaire. La moyenne d'âge est de 39 ans. Les séroprévalences du VIH et du VHC sont de 10 et 44 % et varient en fonction de l'âge et de la ville.

La séroprévalence du VHC est en baisse depuis la première édition de l'enquête en 2004, en particulier chez les moins de 30 ans. Celle du VIH est stable. Les pratiques d'injection restent importantes chez les plus jeunes (56% des UD de moins de 30 ans ont déjà injecté au cours de la vie, dont 53% dans le dernier mois), les efforts en matière de réduction des risques doivent se poursuivre.

The second edition of the Coquelicot survey aimed to describe drug users' (DUs) profiles and practices, estimate HIV and HCV seroprevalences, and assess harm reduction policies.

The survey was conducted in 2011 with a method of random sampling including DUs enrolled in specialized services from five different cities and two departments in France. The eligibility criteria were: having injected or snorted at least once in their life, being at least 18 years old, and speaking French. A blood sample was also collected from to DUs at the end of the interview.

Among all DUs selected, 1,568 (75%) accepted to participate. Most of them were men and socially precarious. Mean age was 39 years old. HIV and HCV seroprevalences were respectively 10% and 44%, and varied by age and cities.

HCV seroprevalence has decreased since the first edition of the survey in 2004, especially among young DUs (less than 30 years old). HIV seroprevalence remained stable. As injection behaviors are still very strong among the youngest DUs (56% of them under 30 years old had injected at least once in their life, and among them 53% had injected during the month prior to the interview), risk reduction efforts should continue.

Mots-clés : VIH, VHC, Séroprévalence, Usagers de drogues, France

// **Keywords:** HIV, HCV, Seroprevalence, Drug users, France

Introduction

Les usagers de drogues (UD) constituent une population particulièrement à risque vis-à-vis des infections et tout particulièrement du VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et du VHC (virus de l'hépatite C).

Au sein de la population des UD, le VIH et le VHC se transmettent surtout par le partage de seringues, mais le VHC est 10 fois plus transmissible que le VIH¹. Si la prévalence du VIH tend à décliner chez les UD dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest, celle du VHC reste encore très élevée dans la majorité

des pays pour lesquels des données de surveillance sont disponibles ; elle se situe en moyenne aux alentours de 50%². Pour lutter contre le VIH et le VHC chez les UD, une politique de réduction des risques a été mise en place en France progressivement à la fin des années 1980, associant la mise en vente libre des seringues et les traitements de substitution aux opiacés (TSO), puis la création et le développement des Caarud (Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues). Le modèle français de réduction des risques se caractérise par une bonne accessibilité des TSO, mais des efforts restent à faire concernant l'accès aux seringues³. Jusqu'à présent, les données disponibles en France ont mis en évidence que la politique de réduction des risques en France avait eu un impact important sur la réduction de la transmission du VIH chez les UD, mais que cet impact était plus limité pour le VHC⁴.

En France, les données de prévalence du VIH et du VHC chez les UD ont longtemps reposé sur des données déclaratives et porté sur des échantillons non aléatoires⁵. L'enquête Coquelicot, réalisée pour la première fois en 2004, est la première enquête française réalisée à partir d'un échantillon aléatoire d'UD avec un recueil de prélèvements biologiques⁴. Une seconde édition de l'enquête Coquelicot a été mise en œuvre en 2011 par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Inserm (Cermes3-Inserm U988), avec la collaboration des Centres nationaux de référence (CNR) du VIH et des hépatites virales B, C et Delta, et le financement de l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS) et du Bureau des infections par le VIH, les IST et les hépatites de la Direction générale de la santé (DGS).

Les objectifs de l'enquête Coquelicot 2011, à l'instar de 2004, étaient d'estimer la séroprévalence et l'incidence du VIH et du VHC chez les UD, de caractériser la population des UD d'un point de vue sociodémographique et de décrire les pratiques d'usage de drogues dans cette population, dans une optique comparative entre 2004 et 2011. Dans cet article, les premiers résultats de l'enquête Coquelicot 2011 sont présentés, à savoir les données de prévalence du VIH et du VHC et les profils sociodémographiques des UD.

Méthodologie

L'enquête Coquelicot est une enquête multicentrique réalisée dans cinq agglomérations (Lille, Strasbourg, Paris, Bordeaux, Marseille) et deux départements (Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis). Un inventaire des services spécialisés pour UD, à savoir les Caarud, incluant programmes d'échanges de seringues fixes et mobiles, les Centres de soins en alcoologie et addictologie (CSAPA), incluant accès aux TSO et services hospitaliers, et les dispositifs d'hébergement, a été effectué en 2010 dans chacune de ces agglomérations et départements. L'inventaire des services spécialisés a consisté à établir la liste de ces dispositifs et à recueillir les files actives d'UD éligibles pour l'enquête. Cet inventaire a permis d'attribuer à chaque service un

nombre de visites proportionnel à sa file active. Chaque agglomération/département s'est vu attribuer dans l'étude un poids proportionnel à la taille de la population des UD reçus dans ses services spécialisés.

Un échantillon aléatoire d'UD a été recruté dans la quasi-totalité des services spécialisés pour UD dans ces agglomérations et départements, selon un plan de sondage à deux degrés. Une liste de tous les services ouverts par demi-journées, constituant ainsi une base de sondage, a été construite afin de tirer au sort des couples services/demi-journées, selon un sondage aléatoire simple. Dans les services, les enquêteurs ont recruté de manière aléatoire le premier UD qui se présentait. Les autres UD ont été interrogés selon un pas de sondage adapté à la taille des structures, afin d'éviter que l'enquêteur ou les professionnels des structures ne choisissent les UD à enquêter, ce qui introduirait des biais de sélection. Des poids de sondage ont été calculés selon un sondage à deux degrés. La méthode généralisée du partage des poids (MGPP) a permis de tenir compte de l'hétérogénéité des UD pour ce qui concerne leur fréquentation des structures^{4,6}.

Les critères d'inclusion dans l'enquête étaient d'avoir injecté ou sniffé au moins une fois dans sa vie, d'être majeur et francophone (c'est-à-dire maîtriser suffisamment la langue française pour comprendre les termes utilisés dans le questionnaire). Le questionnaire proposé dans l'enquête Coquelicot était anonyme et confidentiel, basé sur le volontariat et administré en face-à-face par des enquêteurs professionnels, formés par l'équipe de recherche et extérieurs aux structures spécialisées. La durée moyenne de passation était de 45 minutes, et était suivie d'un auto-prélèvement de sang effectué par l'UD lui-même sur la pulpe du doigt avec une micro-lancette. Quelques gouttes de sang étaient alors déposées sur un buvard. Les analyses des buvards pour la recherche des anticorps vis-à-vis du VIH et du VHC ont été effectuées par le CNR du VIH, à l'aide de tests Elisa (respectivement Genscreen HIV Ac/Ac Biorad® et anti-HCV Ortho®). La passation du questionnaire et l'auto-prélèvement étaient précédés d'un recueil de consentement oral.

Le protocole de l'enquête a été validé par le Comité de protection des personnes de Créteil en décembre 2010. Le recueil des données a eu lieu entre mai et juillet 2011 dans l'ensemble des agglomérations.

La plupart des analyses présentées dans cet article sont des analyses univariées. Des analyses bivariées sont également présentées, avec un seuil de significativité inférieur à 0,05. Une comparaison des prévalences VIH et VHC ajustées sur l'âge a été réalisée grâce à une régression de type Poisson. Toutes ces analyses prennent en compte le plan de sondage et ont été effectuées avec le logiciel Stata® V12.

Résultats

L'enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 1 568 UD recrutés dans 122 services spécialisés. La

quasi-totalité des structures contactées a accepté de participer à l'enquête. Au total, 25% des UD ont été recrutés dans des services appartenant à des Caarud, 70% dans des services appartenant à des CSAPA, 1,5% dans des centres d'hébergements et 3,7% dans d'autres types de structures de type associatif.

Le taux de participation à l'enquête a été de 75% et, parmi les répondants, 92% ont accepté l'auto-prélèvement de sang. Pour l'analyse des séroprévalences, un total de 1 418 sujets testés a été retenu. L'échantillon des non-répondants est similaire à l'échantillon des répondants, en termes d'âge et de sexe.

Le profil sociodémographique des usagers

La population des UD est essentiellement masculine (79% d'hommes) et âgée en moyenne de 39 ans (16% des UD ont moins de 30 ans). Plus des deux tiers (70%) déclarent un niveau d'études secondaires (70%), 6% déclarent un niveau primaire et 24% sont allés au-delà du baccalauréat. Plus des trois-quarts (79%) des UD ne travaillent pas au moment de l'enquête. Près de la moitié des UD vivent dans une situation d'insécurité vis-à-vis du logement : ils ne vivent ni chez eux, ni chez un conjoint, ni chez leurs parents. Parmi eux, 18% sont confrontés à une très grande précarité car ils vivent dans un squat ou dans la rue. La majorité des UD (57%) ont connu un antécédent d'incarcération au cours de leur vie.

Les traitements de substitution aux opiacés

Dans les 6 derniers mois, la majorité des UD (77%) a bénéficié d'un TSO, dont 64% avec la méthadone, 38% la buprénorphine et 3% les sulfates de morphine. Le TSO est prescrit dans un cadre médicalisé (médecin généraliste ou CSAPA) pour 90% des UD.

La consommation de produits psychoactifs et de médicaments

Dans le dernier mois, les principaux produits psychoactifs illicites consommés par les UD sont le crack (33%), la cocaïne (28%) et l'héroïne (19%). Suivent les amphétamines, consommées par 4% des UD, l'ecstasy (3%), la kétamine (3%) et le LSD (3%). En dehors des TSO, les principaux médicaments consommés au cours du dernier mois sont les benzodiazépines (37% des UD) et les hypnotiques (32%). Dans le dernier mois, 28% des UD ont consommé quotidiennement de l'alcool, tandis que 32% n'en n'ont jamais consommé. Le nombre de verres consommés en moyenne sur une journée est de 15 chez les buveurs quotidiens et de 5 chez les buveurs plus occasionnels (moins de trois fois dans la semaine). La grande majorité des UD fument quotidiennement du tabac (87%).

Les modalités de consommation

L'injection a été pratiquée par 65% des UD au moins une fois dans leur vie et par 36% dans le dernier mois. Chez les moins de 30 ans, 53% des UD ont injecté dans le dernier mois *versus* 33% chez les UD âgés de plus de 30 ans. Parmi les injecteurs actifs, les UD les plus jeunes (âgés de moins de 30 ans)

sont proportionnellement plus nombreux à déclarer injecter au moins une fois par jour (58%) *versus* 42% chez les UD âgés de plus de 30 ans.

La quasi-totalité des UD ont sniffé au moins une fois dans leur vie. Dans le dernier mois, 35% ont eu recours au sniff.

La séroprévalence du VIH et du VHC

Le recours des UD au dépistage au cours de leur vie est élevé : il s'élève à 94% pour le VIH et 90% pour le VHC. La séroprévalence globale du VIH est de 10% (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [7-12]), celle du VHC atteint 44% (IC95%: [39-48]) et varie en fonction de l'âge (figure 1).

Les séroprévalences du VIH et du VHC augmentent régulièrement avec l'âge. Chez les moins de 30 ans, la séroprévalence du VIH est de 0,6% [0,09-4,3] et celle du VHC est de 9% [5-15].

La séroprévalence du VIH varie selon les agglomérations et les départements. Elle est nulle à Lille, atteinte 2% (IC95%: [0,2-10]) en Seine-et-Marne, 3% [0,8-14] à Strasbourg, 4% [1-14] à Bordeaux, 10% [7-14] à Paris, 17% [11-25] à Marseille et 18% [9-32] en Seine-Saint-Denis (figure 2).

La séroprévalence du VHC est de 24% [13-40] à Bordeaux, 28% [20-37] à Lille, 32% [16-53] en Seine-et-Marne, 44% [39-50] à Paris, 47% [35-60] à Strasbourg, 52% [40-63] en Seine-Saint-Denis et 56% [48-63] à Marseille.

La structure par âge diffère d'une agglomération à l'autre. Ainsi, l'âge moyen varie de 35 ans à Bordeaux et Lille à 41 ans en Seine-Saint-Denis. Il est de 36 ans en Seine-et-Marne, 39 ans à Strasbourg et Paris et de 40 ans à Marseille.

En raison de la diversité des moyennes d'âge selon les villes, nous avons réalisé une analyse de la séroprévalence du VHC et du VIH par ville, ajustée sur l'âge, en utilisant une régression de type Poisson. Cette analyse met en évidence que seule la ville de Marseille se distingue de manière significative de Bordeaux comme ville de référence, avec un rapport de prévalence atteignant 1,8, ($p < 10^{-4}$). Pour le VIH, comme attendu, seule Lille se distingue significativement de Bordeaux.

Discussion

Cette enquête produit une actualisation des estimations de séroprévalence du VIH et du VHC chez les UD francophones reçus dans les services spécialisés. La méthodologie originale et le taux d'acceptation élevé des services et des UD constituent les forces de l'enquête⁴. Lors de l'inventaire des services en 2010, il est apparu que dans certaines villes comme Paris, une proportion importante d'UD (jusqu'à un tiers) étaient russophones et n'avaient donc pas pu être inclus dans l'enquête 2011. Afin d'améliorer la représentativité de l'enquête Coquelicot, une enquête spécifique auprès des UD russophones a été réalisée à Paris en 2013. Elle est en cours d'analyse.

Figure 1

Séroprévalence du VIH et du VHC par classes d'âge chez les usagers de drogues testés. Enquête Coquelicot 2011, France

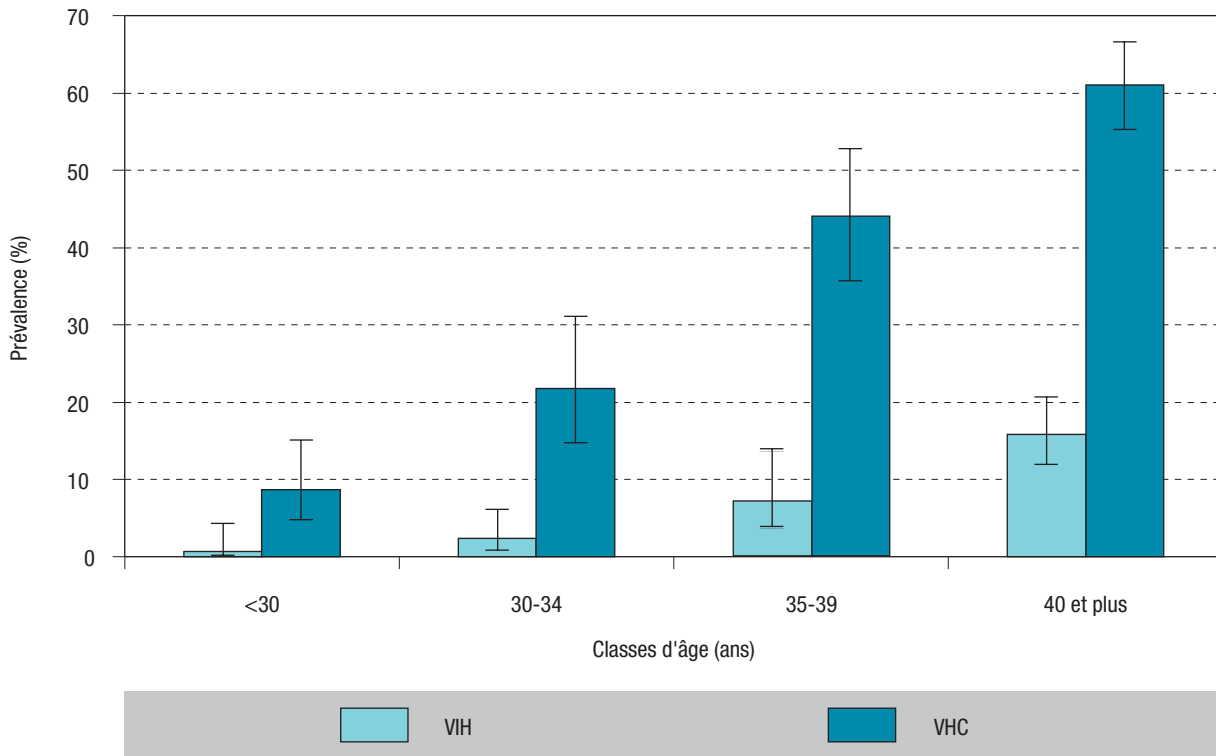
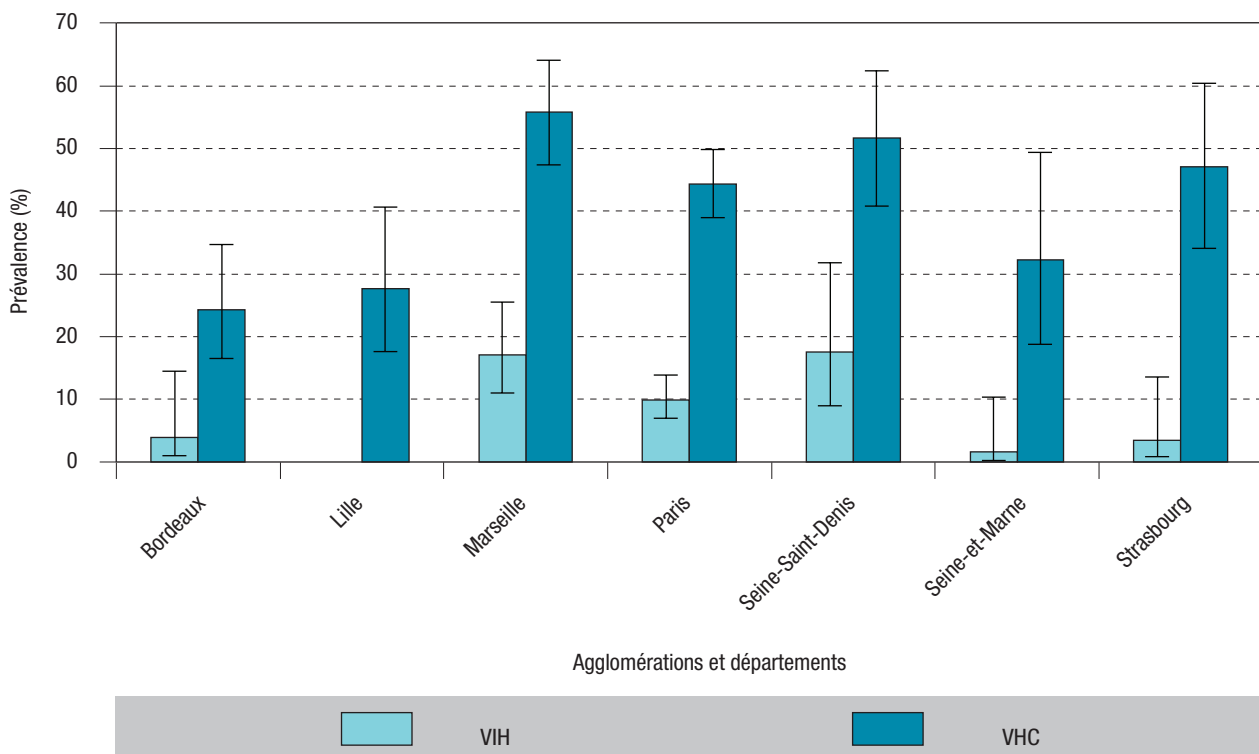


Figure 2

Séroprévalence du VIH et du VHC par agglomérations et départements chez les usagers de drogues testés. Enquête Coquelicot 2011, France



En 2011, la séroprévalence du VHC est toujours élevée (44%) alors que celle du VIH est de 10%. Marseille se distingue tout particulièrement par des séroprévalences du VIH et du VHC élevées, qui peuvent être expliquées par un vieillissement de la

population des UD et par une « tradition » de l'injection plus importante à Marseille pour les générations d'UD des années 1970-1980 que dans les autres villes. Les séroprévalences du VIH et du VHC les plus basses sont observées à Lille et à Bordeaux,

en raison probable d'une population plus jeune que dans les autres villes.

La population des UD reçue dans les services spécialisés est masculine et fortement marquée par la précarité, puisque près de la moitié d'entre eux n'ont pas de logement stable au moment de l'enquête. La majorité des UD ont été des injecteurs, un tiers poursuit les pratiques d'injection et la plupart des UD sont des poly-consommateurs, avec une préférence marquée pour l'usage de stimulants et de médicaments psychotropes. L'importance de la consommation de crack / free base, déjà repérée dans l'édition 2004, se poursuit en 2011 et concerne désormais un tiers des UD. Les trois-quarts des UD sont sous traitement de substitution et la majorité d'entre eux sont sous méthadone.

Même s'il est prématuré de comparer les deux éditions de Coquelicot (l'enquête 2011 a introduit la notion d'agglomération à la place des villes, a ajouté deux départements et n'a pas inclus les médecins généralistes comme services à enquêter), quelques tendances se dégagent. Un vieillissement de la population des UD est observé, avec une moyenne d'âge qui passe de 35 ans à 39 ans entre 2004 et 2011. Un fléchissement de la séroprévalence du VHC est observé entre 2004 et 2011 (de 60 à 44%), en particulier chez les UD âgés de moins de 30 ans (de 28% à 9%).

Même si des analyses complémentaires sont nécessaires pour établir l'amplitude du fléchissement, la séroprévalence du VHC semble diminuer entre 2004 et 2011, particulièrement chez les jeunes UD (moins de 30 ans), reflétant en partie l'impact de la politique de réduction des risques. La séroprévalence du VIH se situe à un niveau plus faible, mais reste stable par rapport à 2004, certainement en lien avec le vieillissement de la population des UD. Toutefois, l'importance des pratiques d'injection chez les plus jeunes (plus de la moitié des UD de moins de 30 ans sont des injecteurs actuels) et leur fréquence (plus de la moitié injecte au moins une fois par jour) est préoccupante quant au risque de transmission du VIH et de l'hépatite C et amène à rester vigilants en ce qui concerne les mesures de réduction des risques à mener en direction de cette population. Une estimation de l'incidence du VHC est d'ailleurs actuellement en cours dans le cadre de l'analyse de l'enquête Coquelicot.

Au niveau européen, les Pays-Bas et la Suisse ont mis en évidence que leur politique de réduction des risques avait été efficace non seulement sur la transmission du VIH, mais également sur le VHC, en montrant une diminution de l'incidence du VHC chez les UD^{7,8}. Ces deux pays se caractérisent par une politique de réduction des risques innovante, combinant un accès large aux TSO et aux seringues et la mise à disposition de lieux d'injection médicalement supervisés.

Conclusion

L'ensemble des données de l'enquête Coquelicot incite à poursuivre l'effort en matière de réduction des risques en France afin de soutenir son impact sur

la diminution de l'hépatite C, comme cela a pu être observé dans d'autres pays européens. Une attention particulière doit être accordée aux jeunes injecteurs, qui ont des pratiques d'injection plus fréquentes que les UD plus âgés, sans toujours bien connaître les techniques de réduction des risques, ce qui les expose tout particulièrement au risque de transmission de l'hépatite C et du VIH. De nouveaux modes d'intervention complémentaires tels que la prévention du passage à l'injection, une éducation aux risques liés à l'injection, et des salles de consommation médicalisées pourraient ainsi constituer des alternatives de santé publique à expérimenter en France^{5,9}. ■

Remerciements

À tous les UD ayant participé à l'enquête et aux professionnels des centres qui ont permis la réalisation de l'enquête Coquelicot.

À toutes les structures ayant participé à l'enquête Coquelicot 2011 :

Bordeaux : le département d'addictologie de l'hôpital de Bordeaux ; Le Local - La Case ; le PES - La Case ; la boutique Planterose - CEID ; le centre méthadone - CEID ; le PES - CEID ; le CSAPA Saint-Pierre ; le CSAPA généraliste résidentiel de Bègles ; le service d'appartements thérapeutiques - CEID. **Lille** : le Caarud Aides 59 ; le Caarud JOAO et ambulatoire - Reagir ; le centre de soins Reagir - Service Méthadone ; la permanence d'accueil et d'orientation du centre de soins - Reagir ; le centre d'hébergement d'urgence de nuit pour UD - Le Cèdre Bleu ; le CSAPA le Cèdre Bleu ; le service d'appartements thérapeutiques du Cèdre Bleu ; la Clairière ; le Point de repère ABEJ ; le centre hospitalier la Fraternité ; l'accueil Spiritek ; le point accueil Oxygène CIPD ; l'unité mobile Oxygène CIPD ; l'Âtre ; l'Ellipse - ADNSEA ; le Relais - ADNSEA ; le Relais - ADNSEA ; le Prélude - ADNSEA ; l'Intermezzo - ADNSEA ; le Concerto - ADNSEA ; Boris Vian. **Strasbourg** : La Robertsau - ALT - Association de lutte contre la toxicomanie ; Ste Catherine - ALT - Association de lutte contre la toxicomanie ; le RMA - Réseau maternité et addiction ; le Fil d'Ariane ; le Caarud - Espace Indépendance ; le Bus - Espace indépendance ; le CSAPA - Espace Indépendance. **Marseille** : AMPTA - CSAPA Ouest Etang de Berre ; le CSAPA - Villa Floreal ; le CSAPA Casanova - SOS drogue international ; TIPI ; TIPI Vian ; Asud ; Point Marseille, SOS DI Point Marseille ; Sleep In - Consultation - SOS DI ; Sleep In - Nuit - SOS DI ; La Corniche - SOS DI ; CSAPA Bus méthadone - Association Bus 31/32 ; CSAPA PES (Accueil + Bus 31/32) ; Accueil MDM - Association Bus 31/32 ; Protex ; CSAPA Nationale - AMPTA ; Hébergement CSAPA Nationale - AMPTA ; Hébergement CSAPA Nationale - AMPTA ; Puget Corderie / Pôle addictions. **Paris** : 110 - Les Halles - SOS drogue international (CSAPA) ; Le Kaléidoscope - SOS drogue international (Caarud) ; Emergence Espace Tolbiac CSAPA ; Cité le village - Association des cités du Secours catholique ; Hôpital Sainte-Anne (service d'addictologie) - Moreau de Tours ; Hôpital Marmottan (CSAPA) - Addictologie ; Hôpital Marmottan (service hospitalier) ; Hôpital Marmottan - Médecine générale ; Cassini (CSAPA) - Le Centre méthadone ; Le Centre Cassini CSAPA ; La terrasse (Caarud) - Boréal ; La terrasse (Caarud) - Équipe de rue de Boréal ; La terrasse (CSAPA) - Casat La terrasse ; le Centre méthadone La terrasse (CSAPA) ; La corde raide - Centre de soins (CSAPA) ; La corde raide (CSAPA) - Unité médicale ; le Bus Gaïa (CSAPA) ; Gaïa (Caarud) ; Adaje (CSAPA) ; EGO (CSAPA) ; Ego Centre d'accueil (Caarud) ; Ego Step (Caarud) ; Ego - Equipe mobile Step ; Safe ; Monte Cristo HEGP (CSAPA) ; Nova dona (CSAPA) ; Nova dona (Caarud) ; Pierre Nicole - Unité de substitution (CSAPA) ; Pierre Nicole - CTR ; ATR Pierre Nicole ; Pierre Nicole - Pass' justice ; Sleep-in - SOS drogue international (CSAPA) ; Sleep-in jour - SOS drogue international (CSAPA) ; Confluences - appartements thérapeutiques SOS drogue

international (CSAPA) ; Confluences - Service accueil - SOS drogue international (CSAPA) ; Coordination thérapeutique - SOS drogue international (H) ; CSAPA Charonne ; CHS (centre d'hébergement de stabilisation) Charonne ; ACT (appartements de coordination thérapeutique) Charonne ; ATR (appartements thérapeutiques relais) – Charonne ; Charonne (boutique mixte-Caarud) ; Charonne (boutique femmes-Caarud) ; PES Charonne ; Charonne (Caarud) – Beaurepaire ; Aides 75 (PES) – AUDVIH ; Horizons (CSAPA) ; Hôpital Fernand Widal (CSAPA) - espace Murger.

À tous les enquêteurs :

Bordeaux : F Bordes, P Chambreau, E Martinheira, E Rappeneau. **Lille** : J Bogarim, V Botte, N Goune, S Jbara, A Luyckx. **Strasbourg** : J Keck, N Olivier-Martin. **Marseille** : M Garnier, C Goby, P Grimal, S Huguet, G Lafforgue, H Sigaud. **Paris et Île-de-France** : JM Benhaim, G Brodsky, A Chetaille, A Darras, P Dauvergne, V David-Dehal, C Diaz, V Ferre, S Golenischev, E Guillaies, S Guillien, P Jaccaz, M Le Breton, V Le Gall, M Roussier, A Saintier, M Tilloy, P Vergnes.

Nous remercions C. Aranda, G. Guibert, L. Oudaya, B. Schuch et l'équipe de l'ADR 11 de l'Inserm pour la préparation et le suivi administratif de l'enquête.

Références

[1] Rockstroh JK, Spengler U. HIV and hepatitis C virus co-infection. *Lancet Infect Dis.* 2004;4(7):437-44.

[2] Acelias C, Rhodes T. Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. *Int J Drug Policy.* 2007;18(5):352-8.

[3] Jauffret-Roustide M. Réduction des risques. Succès et limites du modèle à la française. *Alcoologie et addictologie.* 2011;33(2):101-10.

[4] Jauffret-Roustide M, Le Strat Y, Couturier E, Thierry D, Rondy M, Quaglia M, *et al.* A national cross-sectional study among drug-users in France: epidemiology of HCV and highlight on practical and statistical aspects of the design. *BMC Infect Dis.* 2009;9:113.

[5] Bello PY, Toufik A, Gandilhon M, Evrard I. Phénomènes émergents liés aux drogues en 2004. Sixième rapport national du dispositif TREND. Paris: OFDT, 2005. 178 p. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap05/epfxpblc.html>

[6] Lavallée P. *Indirect sampling.* New York: Springer; 2007. 256 p.

[7] Van Den Berg C, Smit C, Van Brussel G, Coutinho R, Prins M; Amsterdam Cohort. Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users. *Addiction.* 2007;102(9):1454-62.

[8] Wandeler G, Gsponer T, Bregenzer A, Gunthard HF, Clerc O, Calmy A, *et al.* Hepatitis C virus infections in the Swiss HIV Cohort Study: a rapidly evolving epidemic. *Clin Infect Dis.* 2012;55(10):1408-16.

[9] Jauffret-Roustide M, Pedrono G, Beltzer N. Supervised consumption rooms: The French Paradox. *Int J Drug Policy.* 2013 Jun 15.

Citer cet article

Jauffret-Roustide M, Pillonel J, Weill-Barillet L, Léon L, Le Strat Y, Brunet S, *et al.* Estimation de la séroprévalence du VIH et de l'hépatite C chez les usagers de drogues en France - Premiers résultats de l'enquête ANRS-Coquelicot 2011. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(39-40):504-9.

COMPORTEMENTS SEXUELS ENTRE HOMMES À L'ÈRE DE LA PRÉVENTION COMBINÉE - RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PRESSE GAYS ET LESBIENNES 2011

// SEXUAL BEHAVIOR BETWEEN MEN IN THE ERA OF COMBINATION PREVENTION - RESULTS FROM THE GAY
AND LESBIAN SURVEY 2011, FRANCE

Annie Velter (a.velter@invs.sante.fr), Leila Saboni, Alice Bouyssou, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint Maurice, France

Soumis le 25.07.2013 // Date of submission: 07.25.2013

Résumé // Abstract

L'Enquête presse gays et lesbiennes (EPGL) est une étude transversale anonyme, auto-administrée, basée sur le volontariat et renouvelée en 2011 via la presse et des sites Internet communautaires.

Cet article a pour objectif de décrire les caractéristiques des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et ayant eu au moins un partenaire occasionnel masculin dans les 12 derniers mois, et leurs pratiques préventives et de réduction des risques (RdR) de transmission et/ou de contamination vis-à-vis du VIH. Afin de prendre en compte la prévention combinée, une grille intégrant les différentes pratiques préventives et de RdR a été construite à partir des données déclaratives sur les comportements, le statut sérologique et le contrôle ou non de l'infection VIH.

Au total, 10 448 HSH ont répondu à l'enquête ; 71% avaient eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois. Ils étaient 14% à n'avoir jamais eu recours au test VIH ; parmi les testés, 17% étaient séropositifs, 69% séronégatifs et 14% séro-interrogatifs.

L'usage systématique du préservatif lors des rapports anaux avec des partenaires occasionnels a été rapporté plus fréquemment par les répondants séronégatifs (58%). Aucune pratique de RdR n'a pu être décelée pour 25% des répondants séropositifs, 16% des séronégatifs, 55% des séro-interrogatifs et 35% des non testés.

Les résultats d'EPGL témoignent de l'appropriation de pratiques de RdR par les HSH, de son caractère différencié selon le statut sérologique et la connaissance ou non de ce statut. Les niveaux de dépistage et de contrôle de l'infection VIH apparaissent encore insuffisants pour inverser la tendance de l'épidémie chez les HSH.

The French Gay and Lesbian Survey (EPGL) is an anonymous voluntary cross-sectional, self-administered survey, renewed in 2011 through the press and community websites.

This article aims to describe the characteristics and HIV preventive and risk reduction practices of men who have sex with men (MSM) who had at least one male casual partner in the last 12 months, by HIV status. To take into account HIV combination prevention, the different HIV preventive and risk reduction practices were included using behavioral data, HIV serological status and the control or not of HIV infection.

In total, 10,448 MSM responded to the survey, 71% had at least one casual partner in the last 12 months, 14% had never been tested for HIV, and among those tested, 17% were HIV-positive, 14% HIV-interrogative, and 69% HIV-negative.

The systematic use of condoms during anal intercourse with casual partners was reported more frequently by HIV-negative respondents (58%). No HIV risk reduction practice was identified for 16% of HIV-negative, 55% of HIV-interrogative, 35% of HIV-positive and 25% of never tested MSM.

The results demonstrate the assimilation of advances in risk reductions practices by MSM and how practices differ according to their HIV status. The levels of detection and control of HIV infection remain insufficient to reverse the HIV epidemic among MSM.

Mots-clés : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, Comportements sexuels, Dépistage VIH, Réduction des risques, France

// **Keywords:** Men who have sex with men, Sexual behavior, HIV testing, Risk reduction practices, France

Introduction

En France, les rapports sexuels entre hommes sont le seul mode de contamination pour lequel les nouveaux diagnostics à VIH ne diminuent pas depuis

2003¹. L'incidence est 200 fois plus élevée que chez les hétérosexuels français².

Le dispositif des Enquêtes presse gay (EPG), initié dès 1985 par le sociologue M. Pollack, a décrit comment

les homo-bisexuels ont « rationalisé » leur gestion du risque de contamination par le VIH. Durant la seconde moitié des années 1980, ils ont profondément modifié leurs comportements sexuels en réduisant leur nombre de partenaires, puis en utilisant massivement le préservatif et, au cours des années 1990, en adoptant une protection différenciée³. Depuis 2000, les EPG rapportent une diminution de l'usage systématique du préservatif, quel que soit le type de partenaires et quel que soit le statut sérologique VIH des répondants⁴. Parallèlement, l'efficacité des traitements antirétroviraux a contribué à la médicalisation de la prévention, en diminuant les risques de transmission du VIH par la mise sous traitement précoce des personnes séropositives (TasP - *Treatment as prevention*) et en réduisant les risques de contamination des personnes non infectées par la proposition d'un traitement (PreP - *Pre-exposure prophylaxis*)⁵. Aujourd'hui, l'émergence de ces nouveaux paradigmes préventifs met l'accent sur la complémentarité des différentes approches préventives, comportementales et biomédicales : la prévention combinée⁶. Dans ce contexte de mutation des scénarios préventifs et d'une épidémie non contrôlée, il est nécessaire de réexaminer l'indicateur de prise de risque classique (au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels de statut VIH différents ou inconnu), en prenant en compte la diversité des pratiques préventives et de réduction des risques (RdR), à partir des résultats de la nouvelle édition de l'Enquête presse gays et lesbiennes (EPGL) 2011.

L'objectif de cet article est de décrire les caractéristiques des répondants masculins de l'EPGL 2011 ayant eu au moins un partenaire occasionnel masculin dans les 12 derniers mois, par statut sérologique VIH, ainsi que leurs pratiques préventives et de RdR, au travers d'une grille spécifique.

Méthode

L'EPGL est une étude transversale anonyme, auto-administrée, basée sur le volontariat. Elle a été réalisée selon deux modes de collecte : la presse et Internet. Le questionnaire papier a été encarté dans un magazine mensuel de juin 2011 et le questionnaire Web a été mis en ligne du 16 mai au 18 juillet 2011, accessible à partir d'un site dédié à l'enquête (<http://www.enquetegayslesbiennes.fr>). Les internautes fréquentant les 61 sites d'information et de rencontres gay partenaires de l'enquête étaient invités à participer par le biais de bannières, de messages personnalisés ou encore de recommandations *via* Facebook. Les questions étaient identiques pour les deux modes de recrutement. Étaient collectées les caractéristiques sociodémographiques et des informations sur les modes de vie, la sexualité, les pratiques sexuelles préventives selon le type de partenaire (stable ou occasionnel) dans les 12 derniers mois et la santé. Le recours au dépistage VIH au cours de la vie et dans les 12 derniers mois était recueilli, ainsi que le statut sérologique VIH au moment de l'enquête. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) séronégatifs lors de leur dernier test VIH, mais n'étant plus certains de l'être

encore au moment de l'enquête, pouvaient le préciser (séro-interrogatifs). La prise de traitement, le niveau de la charge virale et le nombre de CD4/mm³ au cours des 12 derniers mois étaient recueillis pour les HSH séropositifs. Ceux-ci ont été classés comme ayant une infection contrôlée s'ils réunissaient des caractéristiques spécifiques. À savoir, s'ils avaient rapporté être sous traitement antirétroviral dans les 12 derniers mois, avec une charge virale indétectable dans les 12 derniers mois, et ne pas avoir déclaré d'infections sexuellement transmissibles dans les 12 derniers mois (IST : gonococcie urogénitale ou rectale, syphilis, hépatite B, herpès génital, condylomes-papillomavirus, *chlamydia*, lymphogranulomatose vénérienne). Ou bien s'ils avaient rapporté ne pas être sous traitement mais avec une charge virale indétectable et des CD4 supérieurs à 500/mm³ dans les 12 derniers mois et ne pas avoir eu d'IST dans les 12 derniers mois.

À partir de ces données déclaratives, une grille présentant les différentes pratiques préventives et de RdR a été construite (encadré ci-après). Elle comprend quatre catégories : la non-pratique de la pénétration anale, l'utilisation systématique du préservatif lors des pénétrations anales, les pratiques de RdR (le contrôle de l'infection VIH, le sérosorting et le séropositionning) et aucune pratique de RdR discernable. Ces catégories sont mutuellement exclusives. Cette grille ne présuppose pas d'une échelle d'efficacité des pratiques de RdR que sont le contrôle de l'infection VIH, le sérosorting ou le séropositionning^{7,8} définies dans l'encadré.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Stata12[®]. Le test du Chi2 a été utilisé pour les analyses bivariées.

Résultats

Au total, 10 448 hommes résidant en France ont répondu à l'enquête, principalement par le biais d'Internet (90%). Les répondants étaient sexuellement actifs (91%) et 71% déclaraient avoir eu au moins un partenaire occasionnel masculin au cours des 12 derniers mois. En termes de connaissance de leur statut sérologique VIH, 14% des répondants n'avaient jamais eu recours au test de dépistage VIH au cours de leur vie ; parmi ceux testés, 69% se déclaraient séronégatifs, 14% séro-interrogatifs et 17% séropositifs. Un peu plus de la moitié des HSH séropositifs (55%) avaient une infection contrôlée dans les 12 derniers mois. La part des répondants déclarant au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois variait selon le statut sérologique déclaré : 60% des répondants non testés, 66% des séronégatifs, 88% des séro-interrogatifs et 87% des séropositifs ($p < 0,0001$).

Caractéristiques des répondants ayant rapporté au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois selon leur statut sérologique VIH déclaré (tableau 1)

Les répondants séropositifs avaient 43 ans en médiane, un niveau d'étude élevé, occupaient principalement un emploi salarié et résidaient fréquemment dans une grande agglomération. Ils décrivaient un mode

Définitions de la grille d'analyse des pratiques préventives et de réduction des risques (RdR) vis-à-vis du VIH. Enquête presse gays et lesbiennes 2011, France

<ul style="list-style-type: none"> • Pas de pratique de la pénétration anale • Pratique de pénétrations anales systématiquement protégées avec un préservatif • Pratiques de réduction des risques <ul style="list-style-type: none"> – Contrôle de l'infection VIH – Sérosorting – Séropositionning – Deux des trois pratiques de réduction des risques • Aucune pratique perceptible de réduction des risques 	<p>Répondants n'ayant pas déclaré de rapports anaux avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois, mais pouvant avoir d'autres types de pratiques sexuelles (masturbation réciproque, fellation, fist...)</p> <p>Répondants ayant pratiqué la pénétration anale avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois et ayant utilisé systématiquement des préservatifs, qu'ils soient réceptifs ou insertifs.</p> <p>Répondants se déclarant séropositifs et, dans les 12 derniers mois, sous traitement antirétroviral, présentant une charge virale indétectable et aucune autre infection sexuelle transmissible, et ayant pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels, quel que soit leur statut VIH.</p> <p>Répondants se déclarant séropositifs ou séronégatifs et ayant pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels uniquement du même statut sérologique qu'eux dans les 12 derniers mois.</p> <p>Répondants se déclarant séropositifs ou séronégatifs, ayant pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels de statut VIH différent ou inconnu dans les 12 derniers mois, et dont la pénétration était exclusivement insertive pour les répondants séronégatifs et exclusivement réceptive pour les répondants séropositifs.</p> <p>Répondants se déclarant séropositifs ou séronégatifs, ayant pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec leurs partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois et au moins deux des trois pratiques de réduction des risques (contrôle de l'infection VIH, sérosorting, séropositionning).</p> <p>Répondants ayant pratiqué la pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois sans mettre en œuvre une des trois stratégies de réduction des risques citées, quel que soit leur statut sérologique VIH</p>
--	---

de vie communautaire, fréquentant les lieux gay avec échanges sexuels (*backrooms*, saunas), avec un grand nombre de partenaires sexuels masculins au cours des 12 derniers mois (nombre médian : 20), consommant majoritairement des produits psychoactifs (82%). Ils rapportaient un diagnostic VIH établi en 2002 en médiane. Une majorité (86%) était sous traitement antirétroviral dans les 12 derniers mois. Parmi ces HSH traités, 86% avaient une charge virale indétectable dans les 12 derniers mois et 60% avaient plus de 500 CD4/mm³. Près d'un tiers (30%) rapportait au moins une IST dans les 12 derniers mois. Quant aux connaissances sur les traitements contre le VIH, 35% pensaient que ces traitements permettent aux séropositifs de ne plus transmettre le virus et 97% qu'ils permettent de réduire la charge virale chez les séropositifs.

Les répondants séronégatifs avaient 37 ans en médiane. Trois-quarts d'entre eux avaient suivi des études supérieures, la même proportion occupait un emploi et 42% résidaient dans des agglomérations de 20 000 à 500 000 habitants. Bien que se définissant à 87% homosexuels, 11% s'identifiaient bisexuels et 12% avaient eu des relations sexuelles avec des femmes dans les 12 derniers mois. Le nombre médian de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois était de 7 (interquartiles (IQ): [3-20]).

Plus de la moitié (53%) avaient également un partenaire stable masculin. Ils fréquentaient peu les lieux gays avec échanges sexuels, bien que 60% se soient connectés à des sites de rencontre gay. Au cours des 12 derniers mois, 74% avaient réalisé un test de dépistage et 10% rapportaient au moins une IST. Un homme séronégatif sur 10 pensait que les traitements permettent aux séropositifs traités de ne pas transmettre le virus et 75% de réduire la charge virale.

Les répondants séro-interrogatifs avaient un profil sociodémographique peu différent des séronégatifs. En revanche, 28% d'entre eux fréquentaient régulièrement les *backrooms*. Ils avaient un nombre médian de partenaires sexuels plus important (10 ; IQ: [5-25]) et consommaient pour 63% des produits psychoactifs. Ils rapportaient un moindre recours au dépistage VIH dans les 12 derniers mois (46%) et 14% déclaraient avoir eu au moins une IST sur la même période. Pour 13% d'entre eux, les traitements permettent aux séropositifs traités de ne pas transmettre le virus et 14% ne savaient pas ; pour 76%, ils permettent de réduire la charge virale.

Les répondants non testés étaient jeunes : 60% avaient moins de 30 ans. Ils étaient moins diplômés, mais 37% d'entre eux étaient encore étudiants. Plus

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques, de modes de vie et comportements sexuels des répondants masculins résidant en France ayant des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels masculins, selon leur statut VIH déclaré. Enquête presse gays et lesbiennes 2011, France

	Statut sérologique VIH déclaré								Total		P (chi2)
	Séropositifs		Séronégatifs		Séro-interrogatifs		Non testés		N=7 140		
	N=1 333		N=4 033		N=1 057		N= 717				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Classe d'âge	<0,001										
<30 ans	107	8,0	1 276	31,6	337	31,9	433	60,4	2 153	30,2	
30-44 ans	670	50,3	1 703	42,2	479	45,3	156	21,8	3 008	42,1	
45 ans et plus	556	41,7	1 054	26,1	241	22,8	128	17,9	1 979	27,7	
Études supérieures au Bac	892	67,6	2 938	73,5	772	74,2	415	58,7	5 017	71,0	<0,001
Activité	<0,001										
Étudiants	21	1,6	535	13,3	141	13,3	264	36,9	961	13,5	
Salariés / indépendants	1 067	80,2	2 996	74,3	783	74,1	373	52,2	5 219	73,2	
Chômeurs / retraités	243	18,3	500	12,4	133	12,6	78	10,9	954	13,4	
Taille d'agglomération	<0,001										
<20 000 habitants	280	21,0	1 131	28,0	288	27,3	267	37,2	1 966	27,5	
20 à 500 000 habitants	474	35,6	1 706	42,3	426	40,3	306	42,7	2 912	40,8	
>500 000 habitants	579	43,4	1 196	29,7	342	32,4	144	20,1	2 261	31,7	
Lieu de naissance	0,529										
France	1 231	94,9	3 795	95,5	995	96,0	677	96,0	6 698	95,5	
Autre pays	66	5,1	177	4,5	41	4,0	28	4,0	312	4,5	
Identité sexuelle	<0,001										
Homosexuelle	1 274	95,8	3 493	86,9	903	85,6	543	75,9	6 213	87,2	
Bisexuelle	44	3,3	427	10,6	121	11,5	150	21,0	742	10,4	
Autre	12	0,9	101	2,5	31	2,9	22	3,1	166	2,3	
Fréquentation régulière de «lieux gay» (12 mois)	<0,001										
Fréquenter régulièrement les lieux de sexe	510	38,5	734	18,4	289	27,6	106	15,1	1 639	23,2	<0,001
Fréquenter régulièrement des sites de rencontres Internet	956	72,2	2 384	59,6	694	66,2	457	64,6	4 491	63,4	<0,001
Type de sexualité	<0,001										
Partenaires occasionnels seulement	703	52,7	1 907	47,3	572	54,1	481	67,1	3 663	51,3	
Partenaires stable + occasionnels	630	47,3	2 126	52,7	485	45,9	236	32,9	3 477	48,7	
Au moins une partenaire féminine (12 mois)	52	4,6	407	11,7	121	13,3	107	16,6	687	11,1	<0,001
Consommation d'au moins une drogue (12 mois)	1 086	81,8	2 080	52,0	663	63,1	291	40,9	4 120	58,1	<0,001
Au moins une IST (12 mois)	402	30,2	398	9,9	149	14,1	32	4,5	981	13,8	<0,001
Les traitements contre le VIH permettent...	<0,001										
aux séropositifs traités de ne plus transmettre le virus du sida	469	35,2	388	9,7	133	12,6	52	7,3	1 042	14,7	<0,001
de réduire la présence du virus (charge virale) chez les séropositifs	1 296	97,2	3 019	75,2	802	76,0	393	55,4	5 510	77,5	<0,001
Plutôt ou très satisfait de sa vie sexuelle	854	64,7	2 471	61,6	578	54,9	333	46,6	4 236	59,7	
Avoir fait un test de dépistage dans les 12 derniers mois	-	-	2 960	74	479	46	-	-	3 439	68	<0,001
	N	Médiane [Interquartile]	N	Médiane [Interquartile]	N	Médiane [Interquartile]	N	Médiane [Interquartile]	N	Médiane [Interquartile]	
Âge	1 333	43 [37-48]	4 033	37 [27-45]	1 057	35 [27-43]	717	25 [20-39]	7 140	35 [26-44]	
Nombre de partenaires masculins (12 mois)	1 327	20 [10-50]	3 996	7 [3-20]	1 052	10 [5-25]	706	4 [2-10]	5 767	7 [3-20]	

du tiers résidait dans des agglomérations de moins de 20 000 habitants. Ils se définissaient comme bisexuels pour 21%. D'ailleurs, 17% d'entre eux avaient eu des relations sexuelles avec des femmes dans les 12 derniers mois. Peu d'entre eux fréquentaient les lieux de sexe gay alors que 65% s'étaient connectés à des sites Internet de rencontre gay. Leur nombre de partenaires sexuels était moindre (4 ; IQ:[2-10]) et il s'agissait le plus souvent exclusivement de partenaires occasionnels (67%). Selon 7% d'entre eux, les traitements permettent aux séropositifs traités de ne pas transmettre le virus et 20% ne savaient pas ; 55% pensaient que les traitements permettent de réduire la charge virale et 28% ne savaient pas.

Pratiques préventives et de RdR de transmission et/ou de contamination (tableau 2)

Parmi les 1 333 répondants séropositifs ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois, 3% ne pratiquaient pas la pénétration anale avec ces partenaires et 18% utilisaient systématiquement le préservatif lors des pénétrations anales. Près d'un quart (24%) des répondants séropositifs avait pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel de statut sérologique différent ou inconnu en ayant une infection VIH contrôlée, 7% avaient pratiqué le sérosorting, 6% le séropositionning et 16% au moins deux de ces trois pratiques de RdR. Pour 25% des répondants séropositifs ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois, aucune pratique préventive ou de RdR n'a été discernée.

Parmi les 4 033 répondants séronégatifs, 10% n'avaient pas pratiqué la pénétration anale et 58% avaient utilisé systématiquement un préservatif lors des pénétrations anales avec leurs partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois. Ils étaient 9% à avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels exclusivement séronégatifs (sérosorting), 4% à pratiquer le séropositionning et 2% à avoir pratiqué ces deux pratiques de RdR dans les 12 derniers mois. Au final, 16% ont eu au moins une pénétration anale non

protégée avec un partenaire de statut différent ou inconnu sans aucune pratique de RdR discernable.

Parmi les 1 057 répondants séro-interrogatifs, 8% n'avaient pas pratiqué la pénétration anale et 40% avaient utilisé systématiquement un préservatif lors des pénétrations anales avec leurs partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois. Ils étaient 55% à avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels sans aucune pratique de RdR discernable.

Parmi les 717 répondants non testés, 16% n'avaient pas pratiqué la pénétration anale et 49% avaient utilisé systématiquement un préservatif lors des pénétrations anales avec leurs partenaires occasionnels dans les 12 derniers mois. Ils étaient 34% à avoir eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels, sans aucune pratique de RdR discernable.

Discussion

L'édition 2011 de l'EPGL, grâce à l'utilisation d'Internet comme mode de recrutement principal, a permis de doubler le nombre de répondants par rapport à l'enquête 2004⁴ et de recueillir une plus grande diversité de profils témoignant de la multiplicité des modes de vie des HSH : plus de jeunes, plus de ruraux, plus de bisexuels. Les principales caractéristiques des répondants HSH restent cependant similaires aux enquêtes antérieures françaises⁴ et étrangères⁹ inhérentes au mode de recrutement volontaire : capital culturel important, majoritairement urbains, sociabilité communautaire assumée.

Des limites méthodologiques doivent être soulignées. Les résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population ciblée du fait de l'absence de contrôle lors du processus d'inclusion et de l'absence de base de sondage¹⁰. Par ailleurs, le problème de couverture de la population cible perdure : tous les HSH ne lisent pas la presse gay et tous ne disposent pas d'un accès à Internet¹¹ même si le taux d'accès à Internet ne cesse d'augmenter¹¹. La participation d'internautes provenant

Tableau 2

Pratiques de réduction des risques vis-à-vis du VIH avec les partenaires occasionnels masculins des répondants résidant en France, selon leur statut VIH déclaré dans les 12 derniers mois. Enquête presse gays et lesbiennes 2011, France

	Statut sérologique VIH déclaré							
	Séropositifs		Séronégatifs		Séro-interrogatifs		Non testés	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Pas de pratique de la pénétration anale	35	2,6	412	10,2	60	5,7	117	16,3
Pénétrations anales systématiquement protégées avec un préservatif	245	18,4	2 361	58,5	419	39,6	353	49,2
Au moins une pénétration anale non protégée								
Pratiques de réduction des risques (RdR)								
- Contrôle de l'infection VIH	320	24,0	-	-	-	-	-	-
- Sérosorting	91	6,8	345	8,6	-	-	-	-
- Séropositionning	84	6,3	182	4,5	-	-	-	-
- Au moins 2 pratiques de RdR	220	16,5	100	2,5	-	-	-	-
Aucune pratique discernable de réduction des risques	338	25,4	633	15,7	578	54,7	247	34,5
Total	1 333	100,0	4 033	100,0	1 057	100,0	717	100,0

de sites de rencontre spécialisés dans certaines cultures sexuelles peut surreprésenter certains profils, mais permet d'en appréhender les particularismes. Internet, par son caractère confidentiel et anonyme, tendrait à minimiser les biais de désirabilité sociale vis-à-vis de questions sensibles¹¹. Ceci expliquerait une certaine désinhibition concernant la déclaration de certains comportements (multipartenariat, non protection des rapports, usage de drogues). Les données concernant le statut sérologique sont déclaratives, elles sous-estiment probablement la part de HSH séropositifs du fait de la méconnaissance de leur séropositivité, comme l'a montré l'enquête Prevagay¹². La grille regroupant les différentes pratiques préventives et de RdR de contamination ou de transmission du VIH a été réalisée *a posteriori* par reconstruction, en se basant sur les réponses aux questions relatives aux comportements sexuels et non sur celles concernant le choix délibéré d'une de ces pratiques de RdR au détriment du préservatif. La comparaison des comportements et des stratégies délibérées indique une bonne adéquation des réponses : 90% des répondants classés comme « sérosorteurs » avaient par ailleurs déclaré pratiquer le sérosorting afin d'éviter d'être contaminés ou de transmettre le VIH. Par ailleurs, bien que ces trois pratiques de RdR soient depuis 2000 très étudiées¹³, leurs niveaux de validation scientifique sont différents. Des essais randomisés⁷ ont démontré l'impact des traitements sur la réduction du risque de transmission au sein de couples hétérosexuels grâce au contrôle de la charge virale, mais ceci n'est pas démontré chez les HSH lors de relations occasionnelles¹⁴. Quant au sérosorting et au séropositionnement, leur efficacité n'a pas été démontrée par des essais randomisés et leur effet sur la dynamique de l'épidémie est, selon les études, avéré ou pas^{15,16}.

Malgré ces limites, l'EPGL est l'une des seules enquêtes en France qui permette de décrire de manière détaillée les comportements sexuels des HSH. Ainsi, dans la population étudiée, l'activité sexuelle avec des hommes est importante quel que soit le statut sérologique des répondants. La majorité des répondants a eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois. Ceci permet d'étudier avec finesse les stratégies préventives mises en œuvre dans ce type de relation. Celles pratiquées avec les partenaires stables sont différentes¹⁷ et complexes à réunir en un seul indicateur. En 2011, la part de HSH se déclarant séropositifs pour le VIH est élevée (17%) et en augmentation par rapport aux répondants de l'EPG 2004 (13%)⁴ après standardisation (afin d'éliminer les effets de structure par âge et de recrutement, les données de l'EPG 2004 ont été standardisées sur la structure par âge et les sites de recrutements des données de l'EPGL 2011). Cette augmentation est cohérente avec les données épidémiologiques, que ce soit en termes d'incidence² ou de mortalité¹⁸.

Comme dans les éditions antérieures de l'enquête⁴, les caractéristiques des répondants diffèrent selon leur statut sérologique. Les HSH séropositifs sont très investis dans les modes de vie communautaires axés sur la liberté sexuelle, que ce soit en termes de fréquentation de lieux avec échanges sexuels, de nombre de partenaires sexuels ou d'usage de produits

psychoactifs^{8,12}. Les répondants séro-interrogatifs ont une sexualité proche des séropositifs¹². Les séronégatifs ont moins de partenaires que les séropositifs et les séro-interrogatifs. Quant aux non-testés, ils sont distants des modes de vie communautaire, probablement du fait de leur jeunesse⁴.

Les pratiques préventives et de RdR vis-à-vis du VIH mises en œuvre sont différentes selon le statut sérologique des répondants. La pratique de la pénétration anale avec les partenaires occasionnels est très majoritaire, mais moindre chez les non-testés. L'usage systématique du préservatif est proche de 60% chez les répondants séronégatifs, alors que chez les autres répondants son utilisation est moins fréquente. Ainsi, seuls 20% des répondants séropositifs utilisent systématiquement le préservatif lors de rapports anaux avec des partenaires occasionnels. Ces résultats rendent compte de la moindre place de cet outil dans les pratiques préventives après 30 ans d'épidémie du VIH. Depuis 1997, l'utilisation systématique du préservatif ne cesse de diminuer et ce quel que soit le statut sérologique des répondants. Elle est passée de 68% en 1997 à 47% en 2011.

La moitié des répondants séropositifs sont concernés par une des pratiques de RdR, le contrôle de l'infection VIH étant majoritaire. Contrairement à ce qui est observé dans d'autres études¹⁹, le sérosorting ou le séropositionnement sont minoritaires. Ceci est vrai que les répondants soient séropositifs ou séronégatifs. L'EPG 2004 avait déjà montré cela⁴. La part des HSH séro-interrogatifs et non testés, à risque de contamination ou de transmission, est très importante ; en effet, la méconnaissance de leur statut sérologique ne leur permet pas d'appliquer les pratiques de RdR. Par ailleurs, pour une proportion importante de répondants séropositifs (25%), aucune pratique préventive ou de RdR n'a pu être discernée.

La mise en œuvre des pratiques de RdR nécessite un suivi régulier de sa santé : outre la connaissance de son statut VIH, la prise en charge thérapeutique du VIH et des autres IST ainsi que l'observance des traitements sont indispensables. Les résultats de cette étude montrent que les conditions de succès de ces pratiques ne sont pas encore réunies. En effet, la part des répondants dont le statut sérologique n'est pas connu ou actualisé et qui déclarent des pénétrations anales non protégées est encore trop importante (55% des séro-interrogatifs et 35% des non testés ayant des partenaires occasionnels) et alimente l'épidémie cachée²⁰. La promotion d'un recours régulier au dépistage doit être poursuivie, en particulier en facilitant son accès grâce à la multiplicité des offres (médicales, communautaires) au plus proche des lieux de socialisation gays²¹ mais également aux marges de la communauté.

Par ailleurs, bien que la proportion de HSH séropositifs sous traitement antirétroviraux avec une charge virale indétectable ait augmenté depuis 2004 (75% vs 60%), elle n'est pas suffisante. Ainsi, en 2011, la part d'HSH dont l'infection à VIH n'est pas contrôlée apparaît encore trop importante au regard des comportements sexuels et elle participe à l'augmentation de nouveaux diagnostics²². De plus, 30% des répondants séropositifs déclaraient des IST dans

l'année. Le niveau de connaissance des répondants de l'impact des traitements sur la charge virale et la transmission du virus est révélateur d'un manque d'informations qui mériterait d'être comblé.

Enfin, ces pratiques de RdR requièrent la connaissance du statut sérologique des partenaires sexuels et donc une discussion peu évidente au regard de la nature des lieux de rencontre et des problèmes de discrimination dont peuvent être victimes les HSH séropositifs²³.

Les données de l'EPGL 2011 montrent que les HSH adoptent des pratiques préventives et de RdR différentes selon leur statut sérologique. Cependant, les niveaux de dépistage et de contrôle de l'infection VIH par le traitement ne sont pas suffisants pour atteindre effectivement leurs objectifs et inverser la tendance de l'épidémie alors que l'usage du préservatif ne cesse de diminuer. La prévention combinée apparaît donc légitime alors que l'incidence du VIH reste à un niveau très élevé. La poursuite de la promotion de l'usage du préservatif, l'incitation au dépistage régulier, l'offre de traitements, qu'elle soit post-exposition (PeP), pré-exposition (PreP) pour les HSH séronégatifs très exposés, ou le traitement précoce des HSH séropositifs ainsi que le suivi des IST doivent donc être au cœur des programmes de prévention dédiés aux HSH dans une approche de santé globale. ■

Remerciements

Nous remercions l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (ANRS) pour son soutien scientifique et financier, et les membres du comité scientifique de l'EPGL pour l'ANRS. Nous remercions tous ceux qui ont permis la réalisation et la réussite de cette enquête : les sites Internet et le magazine mensuel qui ont publicisé l'enquête, les équipes qui ont développé l'ensemble du site dédié, nos collègues de l'Institut de veille sanitaire et tous les hommes qui ont pris le temps de répondre à cette enquête.

Références

- [1] Cazein F, Pinget R, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommel C, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH et sida - France, 2003-2011. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(28-29):333-40.
- [2] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, *et al.* Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis. *Lancet Infect Dis.* 2010;10(10):682-7.
- [3] Bochow M, Jauffret-Roustide M, Michel A, Schiltz MA. Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000). In: Broqua C, Lert F, Souteyrand Y (ed.). *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires.* Paris: ANRS, 2003. pp. 35-54. <http://www.anrs.fr/Ressources-et-publications/Publications/Publications-ANRS/Homosexualites-au-temps-du-sida.-Tensions-sociales-et-identitaires>
- [4] Velter A, Bouyssou-Michel A, de Busscher PO, Jauffret-Roustide M, Semaille C. *Enquête Presse Gay 2004.* Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2007. 132 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3960
- [5] Supervie V. Les moyens de prévention de l'infection à VIH à base d'antirétroviraux - Quel impact sur l'épidémie du VIH ? *Med Sci. (Paris)* 2013;29(4):373-82.
- [6] Coates TJ, Richter L, Caceres C. Behavioural strategies to reduce HIV transmission: how to make them work better. *Lancet.* 2008;372(9639):669-84.
- [7] Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, *et al.* Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* 2011;365(6):493-505.

[8] Snowden JM, Raymond HF, McFarland W. Prevalence of seroadaptive behaviours of men who have sex with men, San Francisco, 2004. *Sex Transm Infect.* 2009;85(6):469-76.

[9] Paquette D, De Wit J. Sampling methods used in developed countries for behavioural surveillance among men who have sex with men. *AIDS Behav.* 2010;14(6):1252-64.

[10] Beyrer C, Baral SD, van GF, Goodreau SM, Chariyalertsak S, Wirtz AL, *et al.* Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet.* 2012;380(9839):367-77.

[11] Frippiat D, Marquis N. Les enquêtes par Internet en sciences sociales : un état des lieux. *Population.* 2010;65(2):309-38.

[12] Velter A, Barin F, Bouyssou A, Guinard J, Léon L, Le Vu S, *et al.* HIV prevalence and sexual risk behaviors associated with awareness of HIV status among men who have sex with men in Paris, France. *AIDS Behav.* 2013;17(4):1266-78.

[13] Hart GJ, Elford J. Sexual risk behaviour of men who have sex with men: emerging patterns and new challenges. *Curr Opin Infect Dis.* 2010;23(1):39-44.

[14] Muessig KE, Smith MK, Powers KA, Lo YR, Burns DN, Grulich AE, *et al.* Does ART prevent HIV transmission among MSM? *AIDS.* 2012;26(18):2267-73.

[15] Heymer KJ, Wilson DP. Available evidence does not support serosorting as an HIV risk reduction strategy. *AIDS.* 2010;24(6):935-6.

[16] Cassels S, Menza TW, Goodreau SM, Golden MR. HIV serosorting as a harm reduction strategy: evidence from Seattle, Washington. *AIDS.* 2009;23(18):2497-506.

[17] Velter A, Bouyssou-Michel A. Relations stables et comportements sexuels à risque : enquête ANRS Presse gay 2004. In: Bozon M, Doré V (ed.). *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins - Un nouveau rapport au risque.* Paris: ANRS, 2007. pp. 13-29. <http://www.anrs.fr/Ressources-et-publications/Publications/Publications-ANRS/Sexualite-relations-et-prevention-chez-les-homosexuels-masculins.-Un-nouveau-rapport-au-risque>

[18] Roussillon C, Henard S, Hardel L, Rosenthal E, Aouba A, Bonnet F, *et al.* Causes de décès des patients infectés par le VIH en France en 2010. Étude ANRS EN20 Mortalité 2010. *Bull Epidémiol Hebd.* 2012;(46-47):541-5.

[19] McDavid LM, Hart GJ. Serosorting and strategic positioning during unprotected anal intercourse: are risk reduction strategies being employed by gay and bisexual men in Scotland? *Sex Transm Dis.* 2012;39(9):735-8.

[20] Supervie V, Ndawinz J, Costagliola D. How to estimate the size of the hidden HIV epidemic? The case of France. HIV in Europe, Copenhagen 2012 conference. Copenhagen, Denmark, March 18-20 2012: PS6/05. <http://www.hiveurope.eu/LinkClick.aspx?fileticket=i6WS2pEpztg%3D&tabid=163>

[21] Champenois K, Le Gall JM, Jacquemin C, Jean S, Martin C, Rios L, *et al.* ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open.* 2012;2(2):e000693.

[22] Semaille C, Barin F, Bouyssou A, Peytavin G, Guinard J, Le Vu S, *et al.* High viral loads among HIV-positive MSM attending gay venues: implications for HIV transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2013;63(3):e122-4.

[23] Rietmeijer CA, Lloyd LV, McLean C. Discussing HIV serostatus with prospective sex partners: a potential HIV prevention strategy among high-risk men who have sex with men. *Sex Transm Dis.* 2007;34(4):215-9.

Citer cet article

Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Semaille C. Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011. *Bull Epidémiol Hebd.* 2013;(39-40):510-6.

ÉTUDE PROSANTÉ 2010-2011 SUR L'ÉTAT DE SANTÉ, L'ACCÈS AUX SOINS ET L'ACCÈS AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE PROSTITUTION RENCONTRÉES DANS DES STRUCTURES SOCIALES ET MÉDICALES

// PROSANTÉ STUDY 2010-2011 - HEALTH STATUS, ACCESS TO HEALTHCARE AND TO RIGHTS OF PROSTITUTES MET IN SOCIAL AND HEALTH FACILITIES

Florence Lot¹ (f.lot@invs.sante.fr), Elsa Hajman², Eric Le Grand³, Lise Fender², Christelle Cirbeau², Frédéric Labich⁴, Lionel Lavin⁵, Christine Barbier⁵ et les structures sociales* et médicales** participantes

¹ Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

² Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), Paris, France

³ Consultant en promotion de la santé, Rennes, France

⁴ Association Antigone, Nancy, France

⁵ Direction générale de la santé, Paris, France

* ADEFO/Le Pas (Dijon), AIEM/Pôle urgence (Metz), ALC/Les Lucioles (Nice), Amicale du Nid (Marseille), Amicale du Nid (Montpellier), Amicale du Nid Rhône (Lyon), Amicale du Nid (Paris), L'Appart (Grenoble), ARIA/APUS (Lyon), ARS/Antigone (Nancy), Diaconat Protestant/Arcades (Valence), L'Embellie (Avignon).

** Ciddist de l'Hôpital Saint-Roch (Nice), Ciddist de l'Hôpital Saint-Louis (Paris), CPEF de l'Hôpital Villemin (Nancy), CPEF de Lyon, Cidag-Ciddist de Grenoble, Ciddist Espace Perréal (Béziers), l'APUS (Lyon), Ciddist de l'Hôpital Bon Secours (Metz), Ciddist de Dijon, les Cidag-Ciddist CG13 (Marseille), Ciddist de l'Hôpital Saint-Eloi (Montpellier), Ciddist Pontiffroy (Metz), Ciddist de l'Hôtel-Dieu (Lyon), Ciddist de l'Hôpital Henri Duffaut (Avignon).

Soumis le 01.08.2013 // Date of submission: 08.01.2013

Résumé // Abstract

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont conduit une étude en deux volets, dans une démarche de recherche-action, afin d'améliorer les connaissances sur l'état de santé, l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de prostitution. Au total, 251 personnes ont participé au volet santé-social de l'étude, réalisé au sein de structures sociales, et 78 personnes ont participé au volet médical, réalisé dans des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist) ou des Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

Les deux tiers des personnes enquêtées étaient des femmes et les trois-quarts (78%) étaient de nationalité étrangère. Elles cumulaient de nombreux indicateurs de précarité (environnement social, conditions de logement, titre de séjour, couverture maladie).

Plus de la moitié des répondants ont déclaré être dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais, proportion bien supérieure à la population générale. Les femmes présentaient une vulnérabilité particulière sur le plan gynéco-obstétrical (faible prévention vis-à-vis du cancer du col de l'utérus, faible utilisation d'une contraception orale et fort recours aux interruptions volontaires de grossesse). Les personnes transgenres étaient largement touchées par le VIH, avec une prévalence déclarée de 44%.

La population de l'étude, fragile sur le plan de la santé psychique, était particulièrement exposée aux violences physiques et psychologiques.

Compte tenu des structures sollicitées, cette étude n'est pas représentative de l'ensemble de la population des personnes en situation de prostitution en France. Elle permet néanmoins de formuler des recommandations en termes de prévention et d'accès aux droits et aux soins.

A two-part survey about the health of prostitutes was conducted jointly by the National Federation of Social Reintegration Associations (FNARS) and the French Institute for Public Health Surveillance (InVS). The aim of this research-action was to update knowledge on the health, and on access to medical care and to rights of prostitutes. A total of 251 people participated in the social part of the study, conducted in social facilities, and 78 people participated in the medical part, which took place in Information Centres for the screening and diagnosis of Sexually Transmitted Infections (Ciddist) or Family Planning or Education Centres (CPEF).

Two thirds of people surveyed were women and three quarters (78%) were foreigners. Respondents presented numerous precariousness factors (social isolation, housing conditions, residence permit, and social insurance).

More than half of people reported to be in a fair, poor or very poor health condition, this proportion was much higher than the one observed in the general population. Women were particularly vulnerable on a gynecology-obstetrical level (poor cervical cancer screening, low use of oral contraception, and high levels of abortion). Transgender persons were particularly affected by HIV, with a self-reported prevalence of 44%.

The study population was vulnerable in terms of mental health, and particularly exposed to physical or psychological violence.

This survey is not representative of the all prostitute population in France considering the structures involved in the study. It contributes however to issue recommendations to better adapt prevention efforts and facilitate access to rights and healthcare.

Mots-clés : Prostitution, Précarité, État de santé, Accès aux soins, Enquête santé, France

// **Keywords**: Prostitution, Precariousness, Health status, Access to care, Health survey, France

Introduction

En France, le nombre de personnes qui se prostituent est estimé entre 20 000 et 40 000, mais des chiffres beaucoup plus importants sont aussi avancés¹. L'activité de prostitution se caractérise par des profils et des modes d'exercice très hétérogènes : prostitution de rue *versus* celle qualifiée d'« *indoor* » (dans des bars, salons de massage, appartements...), prostitution exercée de façon indépendante (qui concerne davantage des femmes françaises) *versus* sous l'emprise d'un réseau (qui concerne surtout des personnes étrangères), prostitution régulière *versus* occasionnelle...

Les études sur la santé des personnes en situation de prostitution sont rares, et celles reposant sur des données observées remontent pour la plupart au milieu des années 1980 et à l'émergence du sida, alors que le profil de la prostitution a changé en termes de populations concernées (femmes originaires des pays d'Europe de l'Est, femmes chinoises...). La loi de sécurité intérieure de 2003 pénalisant le racolage passif a également eu un impact sur l'activité de prostitution et probablement sur la santé des personnes prostituées, car elle a entraîné leur déplacement des centres villes vers des lieux plus cachés, éloignés des structures associatives et médicales existantes, rendant plus complexe l'action des acteurs de prévention. C'est donc avec une approche de santé globale, combinant le social et le médical, qu'a été menée l'étude ProSanté en 2010-2011, dans une démarche de recherche-action. Les objectifs de l'étude étaient d'améliorer la connaissance sur l'état de santé, l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de prostitution, et de recueillir des données de santé observée au cours d'une consultation médicale pour les confronter aux données de santé déclarée.

Méthodologie

L'étude ProSanté a été conduite sur la base du volontariat auprès de femmes, d'hommes ou de transgenres, âgés de 18 ans ou plus, se déclarant en situation de prostitution, rencontrés dans des structures sociales et orientés dans un second temps vers des structures médicales.

L'étude comportait donc deux volets : un volet santé-social coordonné par la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) et un volet médical coordonné par l'Institut de veille sanitaire (InVS).

Le volet santé-social de l'étude s'est déroulé dans des structures sociales principalement spécialisées dans l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de prostitution, qui ont été sollicitées par la Fnars. L'étude était proposée à toutes les personnes rencontrées, par un intervenant social de la structure (formé spécifiquement pour la réalisation de l'étude), et une plaquette d'information leur était remise (disponible en six langues). Après accord de la personne, les données étaient recueillies par entretiens en face-à-face, menés au sein ou à l'extérieur de ces structures, sur la base de deux questionnaires anonymes (long ou court) disponibles en quatre langues. La coexistence de ces deux questionnaires permettait d'adapter la faisabilité du recueil de données aux réalités de terrain. Le questionnaire long, qui devait être privilégié, était destiné à être utilisé au sein des structures, tandis que le questionnaire court était destiné à être utilisé dans la rue. Ces questionnaires portaient sur les caractéristiques sociodémographiques de la personne interrogée (âge, sexe, pays de naissance, scolarité, situation familiale, habitat, ressources, relations sociales) et sur les thèmes suivants : activité de prostitution, perception de la santé, état de santé (consommation de produits psychoactifs, santé psychique, violences, sexualité et contraception, dépistage), accès aux soins et accès aux droits (couverture maladie, suivi médical).

À l'issue de ces entretiens, les intervenants proposaient aux personnes interrogées de participer au volet médical de l'étude en les orientant vers une structure médicale de proximité, qui avait été au préalable identifiée et sensibilisée par l'InVS. Ces structures étaient soit des Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (Ciddist), soit des Centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF). Les intervenants sociaux pouvaient être amenés à accompagner les personnes désireuses de bénéficier de cette consultation médicale. L'objectif de la consultation était (i) de faire le point sur leurs antécédents (médicaux, d'infections sexuellement transmissibles-IST-, gynéco-obstétricaux, de vaccinations, de dépistages), l'utilisation d'une contraception/préservatifs et la consommation de produits psychoactifs ; (ii) de réaliser un examen clinique complet (avec notamment recueil du poids, de la taille et de la tension artérielle) et des prélèvements de la sphère génito-urinaire à la recherche d'une IST ; et (iii) de proposer certains dépistages (VIH, hépatites B et C, syphilis). Toutes ces informations étaient recueillies sur la base d'un questionnaire anonyme,

qui était ensuite complété avec les résultats biologiques. Le questionnaire précisait également la prise en charge immédiate (traitement d'une IST aiguë, vaccination contre l'hépatite B...) et la nécessité éventuelle d'une orientation médicale.

Les personnes ne souhaitant pas participer au volet médical de l'étude devaient être interrogées sur les raisons de ce refus. Si le refus était lié à la présence d'une infection virale chronique (VIH, hépatites...) déjà suivie, l'intervenant proposait à la personne d'aller consulter avec ses examens biologiques récents ou de faire compléter le questionnaire médical par son médecin habituel. Les personnes refusant de participer recevaient une carte de consultation avec les coordonnées de la structure médicale, précisant les conditions d'anonymat et de gratuité, afin de leur permettre de s'y rendre indépendamment de l'étude.

Le couplage des questionnaires des deux volets de l'étude a été réalisé grâce à un numéro d'étude individuel attribué à chaque personne ayant accepté de participer. La saisie des questionnaires a été effectuée par l'Observatoire régional de la santé et du social de Picardie (OR2S). L'analyse des données a été réalisée de façon conjointe par l'InVS et la Fnars, à l'aide du logiciel Stata®. La Commission nationale de l'informatique et des libertés a donné son accord pour le traitement automatisé des données.

L'article présente les principales données disponibles recueillies à partir des variables communes aux deux questionnaires du volet santé-social et à partir du volet médical. L'étude a par ailleurs fait l'objet d'un rapport complet et d'une synthèse, disponibles sur le Web².

Résultats

L'étude a été conduite entre juin 2010 et mars 2011, dans 12 structures sociales et 15 structures médicales ayant accepté de participer, dans une dizaine de villes en métropole et principalement dans deux, Nice et Paris.

Au total, 251 personnes ont participé au volet santé-social de l'étude (tableau 1). Les deux tiers des personnes enquêtées étaient des femmes (166 femmes, 62 transgenres et 23 hommes) et plus des trois-quarts (78%) étaient de nationalité étrangère. Les principaux profils observés étaient les suivants : des femmes françaises, africaines, d'Europe de l'Est ou chinoises, des transgenres sud-américains, et des hommes principalement français. La majorité des répondants (81%) avait moins de 45 ans, la tranche d'âge la plus représentée étant celle de 25 à 34 ans pour les hommes et les femmes, et celle de 35 à 44 ans pour les transgenres.

Concernant le volet médical, 78 personnes y ont participé (66 femmes, 9 transgenres *Male to Female* et 3 hommes). Parmi celles-ci, 71 ont participé au volet santé-social de l'étude.

Les questionnaires de refus de participation à l'étude ont été très peu renseignés, ce qui n'a pas permis d'en faire une analyse spécifique.

Activité de prostitution

Pour 88% des personnes ayant participé au volet social de l'étude, la rue est le lieu principal de contact avec les clients.

La majorité des femmes françaises et d'Europe centrale/de l'Est ainsi que des transgenres se prostituent depuis plus de 5 ans, alors que la majorité des femmes d'Afrique subsaharienne et chinoises se prostituent depuis moins de 1 an. L'âge médian d'entrée dans la prostitution est également très variable selon la nationalité : moins de 25 ans pour les femmes d'Afrique subsaharienne et 38 ans pour les Chinoises.

Les deux tiers des répondants (62%) ne considèrent pas la prostitution comme un métier. Les femmes françaises et les transgenres se démarquent à ce sujet, la majorité d'entre eux déclarant qu'il s'agit pour eux d'un métier.

Les deux tiers des personnes interrogées (64%) ont subi, au moins une fois au cours des douze derniers mois, des injures et des violences psychologiques. Les violences physiques sont un peu moins fréquentes (chez 51% d'entre elles) et émanent de clients, de passants, d'autres prostituées, mais également de la police. Les rapports sexuels forcés au cours de la vie concernent plus du tiers des répondants.

Précarité sociale

Les personnes rencontrées par les structures sociales cumulent un certain nombre de facteurs de précarité, comme en témoignent leurs conditions de logement (39% vivent dans un logement précaire : hôtel, accueil collectif, famille/amis, rue, squat), leur situation administrative (28% ont un titre de séjour précaire [autorisation provisoire, en attente de régularisation, visa touristique] et 22% n'ont pas de titre de séjour), ou leur isolement relationnel (42% n'ont pas la possibilité de faire appel à un proche en cas de difficulté, notamment les femmes).

Comportements préventifs

La quasi-totalité des personnes (94%) déclarent utiliser de façon systématique le préservatif avec leurs clients, plus fréquemment les femmes que les transgenres et les hommes. Le volet médical de l'étude a permis de préciser que l'usage du préservatif était beaucoup moins systématique lors des rapports sexuels hors prostitution et que très peu de femmes avaient recours à une contraception orale ou à d'autres moyens de contraception.

La proportion de femmes ayant déjà eu recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) est de 61%. Le volet médical montre que le nombre d'IVG est plus élevé chez les femmes n'utilisant pas systématiquement le préservatif hors prostitution.

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, un quart (24%) des femmes de 25 ans et plus n'ont jamais réalisé de frottis cervico-vaginal au cours de leur vie.

Tableau 1

Principales caractéristiques des personnes en situation de prostitution incluses dans le volet santé-social de l'étude ProSanté 2010-2011, France

	Femmes N=166	Transgenres N=62	Hommes N=23	Total N=251
	%	%	%	%
Nationalité				
Afrique subsaharienne	37	0	0	25
Amérique du Sud	2	69	26	21
France	18	11	43	18
Europe	24	13	22	17
Asie	9	0	0	6
Afrique du Nord	5	2	9	9
Non renseigné	5	5	0	4
Âge médian (années)	32.5	38	34	34
Temps passé dans la prostitution				
<1 an	34	8	26	27
1-5 ans	30	15	35	26
>5 ans	30	69	35	40
Non renseigné	6	8	4	7
Considérer la prostitution comme un métier				
Oui	22	58	22	31
Non	72	34	74	62
Non renseigné	6	8	4	7
Injures et violences psychologiques au cours des 12 derniers mois				
Oui	66	53	44	61
Non	30	39	52	34
Non renseigné	4	8	4	5
Logement				
Location	53	50	65	54
À l'hôtel	21	21	18	21
Chez famille/amis	13	13	9	12
Propriétaire	5	0	0	4
Autre	7	13	4	7
Non renseigné	1	3	4	2
Situation administrative*				
Statut Union européenne	23	18	38	23
Aucun titre ou demande	23	18	31	22
Carte de résident ou de séjour	16	29	15	20
Autorisation provisoire	20	20	8	20
Autre	11	11	8	10
Non renseigné	6	4	0	5
Possibilité de faire appel à un proche				
Oui	40	58	69	48
Non	54	19	22	42
Non renseigné	6	23	9	10
Utilisation du préservatif avec les clients				
Systématiquement	97	89	83	94
Non systématiquement	2	6	13	4
Jamais	0	2	4	1
Non renseigné	1	3	0	1
Recours au dépistage dans les 12 derniers mois				
VIH	67	66	78	68
VHB	60	66	57	61
VHC	52	65	57	55
Couverture maladie				
Couverture maladie universelle	31	44	35	35
Aide médicale d'État	27	24	30	27
Sécurité sociale	13	6	22	12
Aucune	27	18	9	23
Non renseigné	2	8	4	3
État de santé déclaré				
Très bon ou bon	44	52	52	47
Moyen	33	31	35	32
Mauvais ou très mauvais	22	16	9	20
Non renseigné	1	1	4	1

* Variable renseignée pour les personnes de nationalité étrangère : 137 femmes, 55 transgenres et 13 hommes.

Protection maladie/accès aux soins

Une majorité de répondants (74%) a une couverture maladie (couverture maladie universelle -CMU, aide médicale d'État -AME ou sécurité sociale), mais plus de la moitié (55%) n'a pas de complémentaire santé. L'absence de couverture maladie concerne en particulier les femmes et les personnes arrivées récemment en France, mais un quart des personnes en France depuis plus de 3 mois n'ont pas de couverture maladie alors qu'elles sont théoriquement en situation de pouvoir en bénéficier compte tenu des dispositifs existants.

Parmi les raisons ayant conduit certaines personnes à renoncer à des soins au cours des 12 derniers mois, figurent en premier lieu les raisons financières (pour 23% d'entre elles), puis la barrière linguistique ou la méconnaissance d'un lieu de soins.

Consommation de produits psychoactifs

La moitié des répondants déclarent être fumeurs, cette proportion étant plus importante chez les hommes (65%) que chez les transgenres (51%) ou les femmes (46%). Les personnes d'Europe centrale et de l'Est fument quasiment toutes, alors que celles d'Afrique subsaharienne ou chinoises sont peu nombreuses à fumer.

La proportion de personnes déclarant consommer quotidiennement de l'alcool est de 7% (5% des femmes, 6% des transgenres et 22% des hommes).

Concernant la consommation de produits illicites sur les 12 derniers mois, 17% ont dit avoir consommé du cannabis et 11% de la cocaïne. D'autres produits ont été consommés par une très faible proportion de répondants.

La consommation d'alcool ou de cannabis n'est pas liée au temps passé dans la prostitution.

Santé déclarée et observée

La moitié des personnes interrogées dans le cadre du volet social (52%) déclarent être dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais. Un tiers (35%) déclare une maladie chronique (28% des femmes et 70% des transgenres), parmi lesquelles notamment le VIH/sida, une maladie respiratoire, un diabète, des problèmes psychologiques, une hépatite virale. Au total, 27 des 62 transgenres (44%), 3 des 23 hommes (13%) et 2 des 166 femmes (1,2% - il s'agissait de 2 femmes usagères de drogues) ont déclaré être séropositifs pour le VIH.

La consommation de somnifères au cours des douze derniers mois a concerné 31% des répondants. Les sentiments d'anxiété, de « déprime » et les pensées suicidaires, de manière occasionnelle ou fréquente sur la même période, sont rapportés par respectivement 49%, 65% et 21% des personnes interrogées.

La consultation médicale a permis d'objectiver un surpoids chez 29% des femmes. L'examen clinique était normal chez la quasi-totalité des personnes examinées. Leur état de santé a été jugé

par le médecin moyen, mauvais ou très mauvais pour 16% d'entre elles.

Bien qu'un quart des consultants ont déclaré avoir déjà eu une IST au cours de leur vie, très peu ont été diagnostiquées lors du bilan proposé : une infection à *Chlamydia* chez une femme (soit 1,6% des 63 femmes testées), un cas de syphilis latente précoce chez un transgenre et aucune infection à gonocoque. Le dépistage du VIH a permis de découvrir une séropositivité chez un transgenre et d'objectiver 5 autres séropositivités déjà connues des personnes concernées.

Le dépistage de l'antigène HBs, marqueur d'une hépatite B chronique, s'est avéré positif chez 3 consultants, soit 4,2% des 72 personnes testées. Enfin, le dosage des anticorps anti-VHB a montré que plus du tiers des consultants n'étaient pas immunisés.

La plupart des consultants (84%) sont revenus à une deuxième consultation pour connaître le résultat des dépistages réalisés. Selon les besoins, ils ont bénéficié d'un traitement pour une IST aiguë, d'une vaccination (contre le VHB ou DT polio) ou d'une orientation médicale (généraliste, gynécologue, hépatologue, infectiologue, centre de lutte antituberculeuse...), qui a été jugée nécessaire pour 50% des consultants.

Discussion

L'étude ProSanté a pu être réalisée dans plusieurs villes, malgré les difficultés à gagner la confiance des personnes qui se prostituent, en raison notamment de leurs craintes de contrôle social ou de stigmatisation. L'étude a permis, pour la première fois en France, de recueillir des données de santé globale au cours d'une consultation médicale. Cependant, compte tenu de l'absence de tirage au sort, des structures impliquées et du nombre de personnes enquêtées, elle n'est pas représentative de la population prostituée en France. Les inclusions ont été faites par des structures sociales ; ce mode de recrutement implique que les personnes ne fréquentant pas ce type de structures et celles ayant une activité de prostitution « *indoor* » ne sont quasiment pas représentées dans l'étude.

Concernant l'orientation médicale proposée, la proportion de personnes ayant consulté (28%, 71/251) s'est avérée conforme à ce qui était attendu au regard d'une autre étude : l'étude Abena, réalisée elle aussi en deux temps auprès de bénéficiaires de l'aide alimentaire en 2004-2005, et dans laquelle 27% des personnes ayant accepté de répondre à un questionnaire nutritionnel se sont ensuite rendues dans un centre d'examen de santé pour un examen nutritionnel. Un biais de participation a néanmoins été noté dans notre étude, puisque les personnes ayant déclaré souffrir d'un problème de santé chronique (et en particulier être infectées par le VIH) ont été moins nombreuses à se rendre en consultation. De ce fait, les résultats des dépistages du VIH et des autres

IST, réalisés dans le cadre du volet médical, sont difficilement interprétables. La prévalence déclarée du VIH est néanmoins particulièrement élevée chez les personnes transgenres (44%), mais conforme aux données retrouvées dans d'autres études³. La prévalence déclarée est beaucoup plus faible chez les femmes (1,2%), mais similaire à la séroprévalence retrouvée dans d'autres pays européens (entre 0 et 1,5% en Espagne, Pays-Bas ou Royaume-Uni)¹, sachant que leur recours au dépistage du VIH dans les 12 derniers mois est fréquent.

Une précarité globale est observée parmi les personnes enquêtées, comme l'attestent un certain nombre d'indicateurs défavorables en termes de logement, de titre de séjour, d'isolement, de violences, de couverture maladie... Cette précarité peut expliquer ou justifier l'activité de prostitution. Elle est sans doute également liée au recrutement de la population de l'étude dans des structures de réinsertion sociale. Cette situation de précarité est préoccupante, car elle a un impact sur la santé pour diverses raisons : priorités qui diffèrent, conditions de vie dégradées exposant à certaines infections, conduites de consommation, sentiments de dévalorisation et souffrance psychique⁴...

La consommation quotidienne d'alcool paraît supérieure à celle de la population générale, à âge équivalent. Elle concerne 5% des femmes interrogées dans notre étude, alors qu'elle est de 1% chez les femmes de 26-34 ans et 2% des 35-44 ans en population générale⁵. De même, les répondants semblent fumer plus que la population générale : 46% des femmes déclarent être fumeuses, cette proportion étant de 36% chez les femmes de 26-34 ans et de 34% chez les 35-44 ans en population générale⁵. La consommation de cannabis paraît également supérieure dans notre échantillon, alors même que la participation de personnes usagères de drogues à l'étude a parfois été difficile à obtenir.

La divergence entre la santé observée et la santé déclarée retrouvée globalement dans l'étude (52% des personnes interrogées se déclarent dans un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais tandis que 16% ont été jugées par le médecin dans un tel état de santé), mais également pour le sous-groupe des personnes ayant participé aux deux volets de l'étude, s'explique en partie par la difficulté des médecins à évaluer l'état psychique des consultants. Les problèmes de sommeil, de consommation de somnifères, d'anxiété, de dépression ou de suicide ont été beaucoup plus fréquemment signalés à l'intervenant de la structure sociale que lors de la consultation médicale. Par ailleurs, la perception d'une santé dégradée paraît plus importante dans notre population d'étude (52%) qu'en population générale (31,3%⁶) et les pensées suicidaires y sont beaucoup plus fréquentes : chez 29% des répondants, alors que 4% des femmes et 3% des hommes en ont fait état dans le Baromètre santé 2010⁷.

La vulnérabilité des femmes sur le plan gynécobstétrical est notable, avec une fréquence d'IVG 3 fois plus élevée dans notre étude (61%) qu'en population générale (22% des femmes de 18-54 ans dans

l'enquête KABP 2010⁸) et un moindre recours au dépistage du cancer du col de l'utérus : n'avoir jamais réalisé de frottis cervico-vaginal concerne 24% des femmes de l'étude et seulement 4% des femmes de 25-65 ans dans le Baromètre santé 2010⁹.

Les recommandations qui ont été formulées suite à l'étude touchent à la fois à la prévention et à l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de prostitution. Ces recommandations concernent aussi bien les professionnels amenés à rencontrer des personnes en situation de prostitution, quel que soit leur domaine de compétence (social, médical, paramédical, justice, police...), que les pouvoirs publics, pour la poursuite ou la mise en place de programmes de prévention et la garantie de l'accès aux dispositifs de droit commun. Les actions de prévention doivent notamment porter sur les différents moyens de contraception et l'utilisation du préservatif, sur les modalités et lieux de pratique des IVG, sur l'importance du suivi gynécologique des femmes, sur la nécessité d'une vaccination contre l'hépatite B, sur l'identification de structures de soins et de dépistage gratuits. La problématique de la santé mentale devrait faire l'objet d'une attention particulière en matière d'accès aux soins et d'accompagnement santé. Les recommandations encouragent également à la mise en place de partenariats territoriaux, entre associations, entre acteurs du social et du sanitaire, entre associations et institutions ou collectivités, dans le but de constituer un maillage qui soit le plus efficace possible. ■

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes en situation de prostitution ayant accepté de participer à l'étude.

Références

- [1] Aubin C, Jourdain-Menninger D, Emmanuelli J. Prostitution : les enjeux sanitaires. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2012. 147 p. <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article291>
- [2] Fnars, InVS. Étude ProSanté 2010-2011. Étude sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 146 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11399
- [3] Giami A, Le Bail J. Infection à VIH et IST dans la population "trans" : une revue critique de la littérature internationale. Rev Epidemiol Santé Publique. 2011;59(4):259-68.
- [4] La santé en France 2002. Paris: Haut Comité de la santé publique; 2002. 412 p. <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=71>
- [5] Beck F, Guignard R, Richard JB, Tovar ML, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2010. Tendances (OFDT). 2011;(76):1-6.
- [6] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Indicateurs synthétiques relatifs à la morbidité déclarée. In: L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris: Drees; 2011. p. 97-103. <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>
- [7] Beck F, Guignard R, Du Roscoat E, Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull

Epidémiol Hebd. 2011;(47-48):488-92. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10218

[8] Beltzer N, Saboni L, Sauvage C, Sommen C. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en Île-de-France, situation en 2010 et 18 ans d'évolution. Paris: Observatoire régional de santé d'Île-de-France; 2011. 153 p. http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf

[9] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Dépistage du cancer du col de l'utérus. In:

L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Paris: Drees; 2011. p. 248-9. <http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011,9985.html>

Citer cet article

Lot F, Hajman E, Le Grand E, Fender L, Cirbeau C, Labich F, *et al.* Étude ProSanté 2010-2011 sur l'état de santé, l'accès aux soins et l'accès aux droits des personnes en situation de prostitution rencontrées dans des structures sociales et médicales. Bull Epidémiol Hebd. 2013;(39-40):517-23.