



## NUMÉRO THÉMATIQUE

### Infections sexuellement transmissibles et VIH : les comportements à risque toujours d'actualité !

#### Éditorial

#### Quid de la prévention ?

Jusqu'à la fin des années 1990, les infections sexuellement transmissibles (IST) semblaient devenues des raretés d'un autre temps, celui d'avant le Sida et de sa prévention. Les cas de syphilis, de lymphogranulomatose (LGV) et de chancre mou étaient devenus si rares en France qu'aucun système de surveillance structuré ne les suivait. On ne disposait alors que d'une surveillance des infections à gonocoque et des infections à *Chlamydiae*. Une première hausse en 1998 des infections à gonocoques, surtout en Ile-de-France, vint jeter le trouble et fût suivi par un retour spectaculaire de la syphilis dès la fin de l'année 2000 et par une épidémie européenne de LGV rectale en 2003.

Entre 2002 et 2004 plus de 1 200 cas de syphilis (A. Bouyssou-Michel et Coll.), dont 65 % en région parisienne ont été identifiés et décrits par un réseau de surveillance mis en place suite à cette ré-émergence. Pour la LGV (M. Herida et Coll.), parmi 328 rectites à *Chlamydiae* diagnostiquées au sein de centres participant volontairement à un réseau de surveillance, 244 (74 %) étaient dues au *Chlamydiae* de type L2 confirmant le diagnostic de LGV. Si les réseaux de surveillance sous-estiment le nombre de patients touchés, ils ont permis, à partir du signal d'alerte, d'identifier rapidement les caractéristiques des personnes touchées par les deux ré-émergences et d'adapter le dépistage et la prise en charge. Les personnes touchées sont principalement des hommes, d'âge médian entre 35 et 40 ans, qui ont majoritairement des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et qui sont souvent séropositifs pour le VIH. Pour la syphilis, la surveillance suggère une baisse des nouveaux cas en 2004, surtout en Ile-de-France. S'il faut être prudent dans son interprétation, cette tendance est cohérente avec la baisse dans cette région des ventes d'Extencilline®, traitement spécifique de la syphilis.

Ces deux ré-émergences au sein de la population gay accompagnent une dégradation des indicateurs de prévention évalués par des enquêtes comportementales répétées (« enquête presse gay » et « baromètre gay ») (A. Velter et Coll.). La proportion d'HSH ayant au moins un rapport anal non protégé avec un partenaire occasionnel lors des 12 derniers mois n'a cessé de progresser depuis la fin des années 90 pour atteindre environ 35 % que ce soit dans l'enquête presse gay en 2004 ou le baromètre gay en 2005. Cette proportion est plus élevée quand la personne déclare être séropositive pour le VIH ou ne plus être sûre d'être toujours séronégative. Outre la fréquentation des backrooms, il apparaît également que celle des sites de rencontre internet soit un marqueur de comportements à risque important, ces modes de rencontre étant associés à une augmentation des rapports anaux non protégés avec des partenaires occasionnels. Dans le baromètre gay, la consommation de produits psychoactifs a

également été évaluée. Elle apparaît globalement importante, même si elle est moindre comparée à celle observée dans d'autres pays. Ce phénomène a-t-il un impact sur les comportements à risque et la prévention ? Ceci nécessite d'être approfondi en France.

Quel est alors l'impact de ces phénomènes préoccupants et durables sur la transmission du VIH chez les HSH ? L'indicateur pertinent pour y répondre est l'incidence du VIH mais on ne dispose pas encore d'estimation fiable. Le nombre de nouveaux diagnostics de séropositivité VIH notifié via la déclaration obligatoire indique que ceux-ci continuent d'être observés sans fléchissement chez les HSH en France (encadré InVS). Par ailleurs, la proportion d'infections récentes parmi les nouveaux diagnostics de séropositivité est plus élevée chez les HSH que dans les autres groupes exposés, ce qui est en faveur d'une incidence plus élevée chez les HSH. Cependant cet indicateur est d'interprétation délicate dans la mesure où il reflète également un recours au dépistage du VIH plus fréquent chez les gays.

S'il n'est pas possible pour le moment de conclure que la détérioration durable de la prévention s'accompagne d'une augmentation de l'incidence du VIH, des nouvelles infections par le VIH, tout à fait évitables, n'en continuent pas moins de survenir par centaines chaque année chez les gays. Malgré les progrès thérapeutiques, les conséquences sur la vie des personnes touchées restent démesurément lourdes. Sur la base de ces constats objectifs, la « Marche des fiertés » est l'occasion de dire haut et fort que la prévention est plus que jamais d'actualité !

**Jean-Claude Desenclos,**  
Département des maladies infectieuses,  
Institut de veille sanitaire

#### SOMMAIRE

Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens	p. 178
Émergence de la lymphogranulomatose vénérienne rectale en France, 2004-2005	p. 180
Surveillance de la syphilis en France, 2002-2004 : divergences d'évolution entre l'Ile-de-France et les autres régions	p. 182
Notification obligatoire du VIH/sida chez les homosexuels : données au 30 juin 2005	p. 184

Coordination scientifique du numéro :  
Josiane Pillonel, Institut de veille sanitaire

# Baromètre gay 2005 : enquête auprès des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay franciliens

Annie Velter (a.velter@invs.sante.fr), Alice Bouyssou-Michel, Josiane Pillonel, Guy Jacquier, Caroline Semaille

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice

## INTRODUCTION

Mise en place en 2000 à l'initiative de l'Institut de veille sanitaire (Invs) et du Syndicat national des entreprises gaies (Sneg) [1], l'enquête Baromètre gay (BG) interroge périodiquement les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) fréquentant les lieux de rencontre gay, sur leurs comportements sexuels.

Le relâchement des pratiques de prévention observé pour la première fois en 2000 [2] a continué à progresser au cours des dernières années. En 2002, le Baromètre gay (BG) avait rapporté une augmentation des comportements à risque par rapport à l'enquête de 2000 [3], et en 2004 l'enquête Presse gay montrait également un accroissement considérable par rapport aux éditions 1997 et 2000 [4]. Ce relâchement a également été constaté dans d'autres pays d'Europe occidentale [5]. Dans ce contexte, il était urgent que l'Invs réédite l'enquête BG en partenariat avec le Sneg et l'association Aides Ile-de-France sur la région parisienne. L'objectif était de décrire les pratiques sexuelles à risque vis-à-vis du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) des hommes fréquentant les lieux de rencontre gay.

## MÉTHODE

L'enquête s'est déroulée en Ile-de-France du 15 septembre au 15 novembre 2005, sur la base d'un autoquestionnaire anonyme, auprès des clients de 72 établissements gays commerciaux parisiens affiliés au Sneg dont 42 offrent la possibilité d'échanges sexuels (saunas, *backrooms*) et auprès des personnes fréquentant 16 lieux de rencontre extérieurs franciliens (parcs, bois, aires d'autoroutes).

Le questionnaire a été diffusé selon deux modalités. Il était mis à disposition de la clientèle des établissements commerciaux parisiens dans des présentoirs, ou remis directement aux personnes présentes sur les deux types de lieux. Ainsi, une équipe de quatre personnes incitaient les clients à remplir sur place le questionnaire au cours de 22 interventions menées dans les établissements du Sneg. De même, les équipes (salariés et volontaires) de Aides Ile-de-France proposaient le questionnaire aux personnes présentes sur les lieux de rencontre extérieurs au cours de 71 actions de prévention. Une enveloppe T était intégrée au questionnaire afin de le renvoyer à l'Invs. Du 15 décembre 2005 au 15 février 2006, le questionnaire était également disponible en ligne sur 7 sites internet identitaires. Les résultats de cette enquête *on-line* seront présentés ultérieurement.

Le questionnaire auto-administré collectait les caractéristiques sociodémographiques et des informations sur les modes de vie, la santé, la sexualité, les attitudes de prévention avec les partenaires occasionnels et/ou stables.

Cet article décrit les principales caractéristiques socio-démographiques des répondants et leur mode de vie socio-sexuel, leur consommation de produits psychoactifs, leurs comportements sexuels préventifs au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels. Pour cela, les indicateurs de comportements à risque que sont l'exposition au sperme lors de la fellation ou les pénétrations anales non protégées, font l'objet d'analyses spécifiques selon l'âge des répondants, leur statut sérologique, leur consommation de produits psychoactifs ou leur fréquentation de lieux de rencontre gay. Une mise en perspective des indicateurs de comportements à risque avec les éditions précédentes est discutée.

Les répondants définis comme «séro-interrogatifs» au VIH sont, parmi ceux qui ont eu recours au test de dépistage VIH au moins une fois dans leur vie, ceux qui ne sont plus certains d'être encore séronégatifs pour le VIH ou déclarent ne pas connaître leur statut sérologique.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel Stata en utilisant le  $\chi^2$  pour la comparaison des proportions.

## RÉSULTATS

### Nombre de questionnaires collectés

Sur 12 441 questionnaires diffusés, 3 459 ont été collectés, soit un taux global de retour de 28 %. Ce taux varie en fonction du mode de passation. Ainsi, lorsque les questionnaires étaient mis à disposition dans des présentoirs, le taux de retour est

de l'ordre de 16 %, alors qu'il s'élève à plus de 90 % lors des interventions des équipes, quel que soit le type de lieux. La répartition des questionnaires par type de lieux de rencontre est de 32 % dans les bars, 46 % dans les établissements où les rapports sexuels sont possibles (*backrooms*, saunas), 22 % dans les lieux de rencontre extérieurs.

### Profil des répondants masculins

Au total, 3 292 questionnaires remplis et renvoyés par des hommes ont été retenus pour l'analyse. L'âge médian des répondants est de 36 ans [14-94], les moins de 25 ans représentent 10 % des répondants. Alors que la majorité des hommes sont nés en France, 15 % sont nés à l'étranger, il s'agit principalement de pays européens (41 %), du Maghreb (21 %) ou américains (19 %). Le niveau socio-éducatif des répondants est élevé : 65 % mentionnent avoir suivi des études supérieures et 84 % ont une activité professionnelle. La moitié des répondants résident à Paris, un tiers dans les autres départements franciliens et 12 % en province.

La très large majorité (85 %) des hommes se définissent homosexuels, cette proportion est moindre parmi les répondants des lieux de rencontre extérieurs (75 %) qui se définissent plus souvent comme bisexuels (18 % vs. 8 % pour les établissements du Sneg,  $p < 10^{-4}$ ). Plus de la moitié des répondants (56 %) vivent seuls, un quart vit en couple avec un homme, 14 % cohabitent avec des amis ou des membres de leur famille et 5 % vivent en couple avec une femme.

Le recours au test de dépistage VIH « au moins une fois au cours de la vie » est important (93 %). Près de trois quarts des répondants (73 %) ont réalisé au moins deux tests au cours de leur vie. L'antériorité du dernier test réalisé date de moins d'un an pour plus de la moitié des hommes testés (54 %). Parmi les répondants testés, la proportion d'hommes se déclarant séropositifs est de 14,7 % [IC 95 % : 13,5-16,0], leur âge médian est de 40 ans [20-73]. Ils sont 25 % à avoir découvert leur séropositivité dans l'année. Les hommes séronégatifs représentent 69 % des répondants testés et 16 % sont « séro-interrogatifs ».

Au cours des 12 derniers mois, 14 % des répondants indiquent avoir eu au moins une infection sexuellement transmissible (IST). Ils sont 10 % à déclarer une gonococcie, 4 % une syphilis et 1 % une lymphogranulomatose vénérienne (LGV). Parmi les répondants ayant un antécédent de syphilis, un tiers est séropositif au VIH ; pour la LGV, la proportion de séropositifs est similaire.

### Mode de vie et sexualité

Les bars sont largement fréquentés par les répondants (80 %), les lieux de rencontres sexuelles légèrement moins : 70 % pour les saunas, 67 % pour les lieux extérieurs de drague, 61 % pour les *backrooms*. Une proportion importante de répondants (57 %) fréquente régulièrement les lieux où les échanges sexuels sont possibles. L'utilisation de sites de rencontre sur internet concerne 60 % des répondants. Ces fréquentations diffèrent selon l'âge. Les répondants âgés de 25 ans et moins, surfent plus souvent de façon régulière que leurs aînés, sur les sites de rencontre Internet (47 % vs. 33 %,  $p < 10^{-4}$ ), alors qu'ils fréquentent moins souvent les saunas (61 % vs. 71 %,  $p < 10^{-4}$ ) et les *backrooms* (44 % vs. 63 %,  $p < 10^{-4}$ ).

Parmi les répondants, 31 % indiquent avoir consommé, au moins une fois par semaine, cinq verres d'alcool ou plus au cours de la même occasion. Plus de la moitié (58 %) ont consommé au moins un produit psycho-actif au cours des 12 derniers mois. Il s'agit surtout de poppers (47 %), de cannabis (30 %), plus rarement de cocaïne (16 %) ou d'ecstasy (13 %) ou encore de gammahydroxybutyrate (GHB) (6 %). La consommation de crystal au cours des 12 derniers mois est marginale (2 %,  $n=72$ ).

### Indicateurs de comportements sexuels à risque

Parmi les répondants, 89 % ont eu au moins un partenaire occasionnel dans l'année ; plus de la moitié des répondants (54 %) a déclaré plus de 10 partenaires dans les 12 derniers mois.

Parmi les 2 894 répondants ayant eu au moins un partenaire occasionnel dans les 12 derniers mois, les pratiques de la fellation

tion (99 %) et de la pénétration anale (91 %) sont majoritaires. Parmi les répondants pratiquant la fellation avec leurs partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois (n=2 782), 57 % déclarent n'avoir jamais utilisé de préservatif et 51 % indiquent une exposition au sperme que ce soit pour eux-mêmes ou leurs partenaires. L'exposition au sperme lors de la fellation avec des partenaires occasionnels est plus fréquente parmi les répondants qui n'ont pas suivi d'études supérieures, ont plus de 10 partenaires, fréquentent les *backrooms* ou les lieux extérieurs de drague ou les sites de rencontre internet, qui sont « séro-interrogatifs », ont un antécédent d'IST ou ont consommé au moins un produit psychoactif<sup>1</sup> (tableau 1).

**Tableau 1**

Comparaison des répondants ayant eu ou non une exposition au sperme lors de la fellation avec leurs partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, Ile-de-France, 2005					
	Au moins une exposition au sperme lors de la fellation		Pas d'exposition au sperme lors de la fellation		p (chi-2)
	%	(N)	%	(N)	
<b>Âge</b>					
25 ans et moins	57 %	(151)	43 %	(114)	
Plus de 25 ans	51 %	(1 247)	49 %	(1 198)	0,064 NS
<b>Scolarité</b>					
Jusqu'au baccalauréat	57 %	(535)	43 %	(406)	
Études supérieures	49 %	(882)	51 %	(934)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Nombre de partenaires</b>					
10 et moins	37 %	(381)	63 %	(662)	
Plus de 10	60 %	(1 039)	40 %	(679)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Fréquentation des backrooms</b>					
Oui	57 %	(987)	43 %	(757)	
Non	42 %	(389)	58 %	(530)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Fréquentation des lieux extérieurs de drague</b>					
Oui	55 %	(1 056)	45 %	(855)	
Non	43 %	(332)	57 %	(444)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Fréquentation des sites de rencontre sur Internet</b>					
Oui	55 %	(912)	45 %	(753)	
Non	47 %	(463)	53 %	(525)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Statut sérologique VIH</b>					
Non testés	45 %	(81)	55 %	(101)	
Séronégatifs	48 %	(819)	52 %	(874)	
Séro-interrogatifs	59 %	(258)	41 %	(181)	
Séropositifs	51 %	(242)	39 %	(154)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Avoir une IST dans l'année</b>					
Oui	68 %	(260)	32 %	(124)	
Non	49 %	(1 061)	51 %	(1 114)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Consommer au moins un produit psychoactif</b>					
Oui	57 %	(936)	43 %	(713)	
Non	43 %	(462)	57 %	(603)	<10 <sup>-4</sup>

Non réponses : âge (n=60), scolarité (n=13), statut sérologique (n=60), partenaires (n=9), backrooms (n=107), lieux extérieurs de drague (n=83), internet (n=117), IST (n=211), produit psychoactif (n=83).

Parmi les hommes déclarant au moins une pénétration anale avec des partenaires occasionnels dans l'année (n=2 518), 35 % n'ont pas utilisé de préservatif au moins une fois. La pratique de la pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels est plus fréquente chez les jeunes, ceux qui n'ont pas suivi d'études supérieures, ont plus de 10 partenaires, fréquentent les *backrooms* ou les lieux extérieurs de drague ou les sites de rencontre internet, qui sont séropositifs ou « séro-interrogatifs », ont un antécédent d'IST ou ont consommé au moins un produit psychoactif<sup>1</sup> (tableau 2).

## DISCUSSION - CONCLUSION

Comme lors des précédentes éditions du BG, la forte implication de l'ensemble des partenaires et des équipes de terrain a permis une bonne acceptation du questionnaire. Ainsi sur les lieux de rencontres extérieurs, pourtant réputés difficiles à investiguer, les équipes impliquées ont rapporté dans l'ensemble un bon accueil du public : sur les 1 138 personnes sollicitées pour répondre au questionnaire, 89 (8 %) ont refusé. Cette implication des partenaires a permis d'atteindre un taux de retour des questionnaires, particulièrement important pour ce type d'enquête, supérieur aux enquêtes précédentes (2000 = 12 %, 2002 = 15 %, 2005 = 28 %). Une des stratégies mise en œuvre par les enquêteurs était d'inciter les personnes à répondre immédiatement au questionnaire et de le reprendre aussitôt. L'accompagnement des questionnaires par les enquêteurs a permis de recueillir des données de bonne qualité. En effet globalement, le taux de réponse varie de 87 % à 99,7 % selon les questions et seuls 6 % des questionnaires ont été exclus pour un problème de complétude. La présence des enquêteurs introduit, cependant, un biais dans les réponses : ainsi, lorsque les répondants remplissaient le questionnaire par l'intermédiaire d'un enquêteur, ils déclaraient moins de pénétrations

anales non protégées que ceux ayant pris le questionnaire sur un présentoir (31 % vs. 39 %, p<10<sup>-4</sup>).

Les résultats de cette enquête ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population homosexuelle masculine [1-2]. En effet, elle cible les personnes fréquentant les lieux de rencontre de la région Ile-de-France uniquement dont certains sont dédiés à la recherche de relations sexuelles multiples. Les personnes ayant participé à l'enquête peuvent être plus attentives aux actions de prévention et donc plus motivées pour répondre à ce type de questionnaire que les clients ou usagers qui n'ont pas répondu.

**Tableau 2**

**Comparaison des répondants ayant eu ou non une pénétration anale non protégée avec leurs partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, Ile-de-France, 2005**

	Au moins une pénétration anale non protégée		Pénétrations anales toujours protégées		p (chi-2)
	%	(N)	%	(N)	
<b>Âge</b>					
25 ans et moins	43 %	(108)	57 %	(144)	
Plus de 25 ans	34 %	(755)	66 %	(1 448)	0,007
<b>Scolarité</b>					
Jusqu'au baccalauréat	41 %	(340)	59 %	(497)	
Études supérieures	32 %	(532)	68 %	(1 138)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Nombre de partenaires</b>					
10 et moins	28 %	(244)	72 %	(627)	
Plus de 10	39 %	(632)	61 %	(1 009)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Fréquentation des backrooms</b>					
Oui	39 %	(640)	61 %	(984)	
Non	26 %	(212)	74 %	(591)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Fréquentation des lieux extérieurs de drague</b>					
Oui	36 %	(635)	64 %	(1 117)	
Non	31 %	(217)	69 %	(477)	0,02
<b>Fréquentation des sites de rencontre sur Internet</b>					
Oui	37 %	(586)	63 %	(982)	
Non	30 %	(260)	70 %	(594)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Statut sérologique VIH</b>					
Non testés	33 %	(53)	67 %	(108)	
Séronégatifs	26 %	(408)	74 %	(1 136)	
Séro-interrogatifs	44 %	(173)	56 %	(216)	
Séropositifs	62 %	(234)	38 %	(144)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Avoir une IST dans l'année</b>					
Oui	53 %	(195)	47 %	(174)	
Non	32 %	(625)	68 %	(1 339)	<10 <sup>-4</sup>
<b>Consommer au moins un produit psychoactif</b>					
Oui	41 %	(941)	59 %	(641)	
Non	25 %	(227)	75 %	(686)	<10 <sup>-4</sup>

Non réponses : âge (n=63), scolarité (n=11), statut sérologique (n=46), partenaires (n=6), backrooms (n=91), lieux extérieurs de drague (n=72), internet (n=96), IST (n=185), produit psychoactif (n=42).

Le profil général des répondants du BG 2005 est identique à celui des éditions précédentes en termes de caractéristiques socio-démographiques, de mode de vie socio-sexuel ou de recours au test de dépistage [1,3]. Par ailleurs, la proportion de répondants séropositifs parmi ceux qui ont une IST est importante et comparable aux données issues de la surveillance de la LGV et de la syphilis (articles publiés dans ce BEH).

Cette édition permettait de recueillir de nouvelles informations comme le pays de naissance. Ainsi, la part importante d'hommes nés à l'étranger est comparable à celle de l'enquête réalisée au Royaume-Uni [6], en particulier concernant les répondants nés dans un pays européen. Cependant, et malgré l'intervention des équipes du Sneg au cours d'une soirée à thème « Beur » dans les établissements, la proportion globale de répondants natifs du Maghreb est faible (3 %). Le fait que le questionnaire soit auto-administré et surtout porte sur des questions sexuelles et de prévention, a pu rebuter ces hommes à participer à l'enquête. Le taux d'exclusion des questionnaires remplis par des hommes nés à l'étranger (hors Europe) est d'ailleurs plus important que celui des hommes nés en France (7 % vs. 3 %, p<0,038). Les biais de recrutement et la faiblesse des effectifs ne permettent pas de conclure à des différences significatives de comportements préventifs entre répondants nés en France et ceux nés à l'étranger en dehors de l'Europe. Des analyses complémentaires éclairées par les connaissances des partenaires de terrain devront être réalisées.

La consommation détaillée de différents produits psychoactifs était également intégrée dans le questionnaire à l'aide d'échelles de consommation utilisées en population générale [7], mais axée sur des produits plus spécifiquement identifiés gays. En effet, aux Etats-Unis et en Australie, l'augmentation de la consommation de drogues récréatives et plus particulièrement le crystal, a été mise en évidence récemment, ainsi que son association avec des comportements sexuels à risque [8]. Les

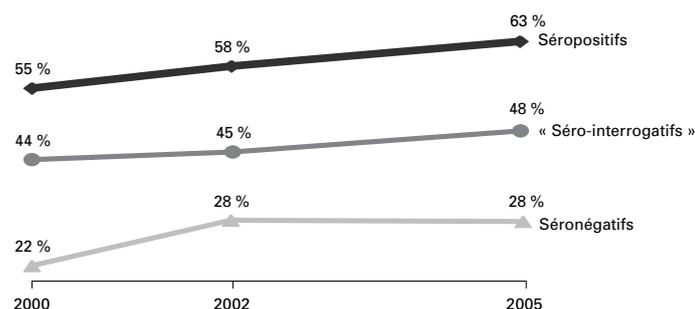
<sup>1</sup> Hors alcool.

résultats du BG 2005 montrent une consommation de produits psychoactifs globale importante. Cependant, la consommation de certains produits comme l'ecstasy, la cocaïne, sont moins souvent déclarés ici que dans les études internationales [8]. Et tout particulièrement la consommation de crystal semble être pour l'instant confidentielle (2 % vs. 21 % à Londres et de 10 à 40 % aux États-Unis selon le type d'étude [5]). En revanche, la consommation de GHB est plus importante que dans d'autres pays (6 % vs. 2,5 % au Royaume-Uni et de 1,6 à 4,8 % aux États-Unis selon les études [8]) ; ceci est cohérent avec les remontées de terrain des différentes associations et les informations fournies par le réseau d'information Trend [9].

Les comportements à risque des répondants au BG sont toujours importants puisque 35 % ont eu au moins une pénétration anale non protégée au cours des 12 derniers mois avec des partenaires occasionnels. Ces rapports anaux non protégés sont principalement le fait d'hommes séropositifs ou « séro-interrogatifs ». Si l'on met en perspective ces résultats avec ceux des enquêtes précédentes<sup>2</sup>, on observe, après une augmentation particulièrement importante des pénétrations anales non protégées entre 2000 et 2002 (33 % vs. 37 %,  $p < 10^{-4}$ ), une stabilisation à 36 %. Cette stabilisation des comportements sexuels à risque est également rapportée par des enquêtes réalisées en 2005 à Londres [10] et à Sydney [11]. Cependant, des différences de tendances selon le statut sérologique des répondants au BG 2005 émergent ; alors que les comportements à risque se stabilisent voire diminuent pour les répondants séronégatifs ou « séro-interrogatifs » (figure 1), la non protection des rapports anaux parmi les séropositifs continue à augmenter significativement contrairement à Londres et à Sydney. Une analyse spécifique de ces évolutions fera l'objet d'un article complémentaire.

Figure 1

Proportion des répondants ayant eu au moins une pénétration anale non protégée avec des partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, par année d'enquête et par statut sérologique VIH, Ile-de-France, 2000-2002-2005



L'ensemble de ces résultats et les changements observés doivent permettre la mise en œuvre de messages de prévention s'adressant plus spécifiquement aux hommes séropositifs sous l'angle plus large que le VIH, de la santé globale. La consommation de produits psychoactifs devra être également abordée de manière plus systématique.

#### REMERCIEMENTS

Nous remercions tous ceux qui ont permis la réalisation de cette enquête : le Sneg, l'association Aides Ile-de-France, les chefs d'établissements commerciaux et leurs salariés et tous ceux qui ont rempli le questionnaire.

#### RÉFÉRENCE

- [1] Adam P. Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. Bull Epidémiol Hebd 2002; 18:77-9.
- [2] Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête presse gay 2000. InVS: 2001.
- [3] Velter A, Michel A, Semaille C. Baromètre gay 2002. InVS: 2005. Enquêtes-études.
- [4] Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A et Semaille C. Premiers résultats de l'Enquête presse gay 2004. [http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg\\_resultats/premiers\\_resultats\\_epg.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/premiers_resultats_epg.pdf). [Accès le 09 mai 2005].
- [5] Elford J. Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy. Curr Opin Infect Dis 2006 Feb; 19(1):26-32.
- [6] Weatherburn P, Reid D, Hickson F, Hammond G, Stephens M. Risk and reflexion. Findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2004. London: Sigma Research. 2005.
- [7] Beck F, Legleye S, Spilkas S. Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France: Escapad 2003. OFDT.
- [8] Ruf M, Lovitt C, Imrie J. Recreational drug use sexual risk practice among men who have sex with men in the United Kingdom. Sex. Transm. Inf. 2006; 82:95-97.
- [9] Halfen S, Grémy I. Tendances récentes sur la toxicomanie et phénomènes émergents liés aux drogues à Paris en 2004 – Tendances récentes et nouvelles drogues (Trend). ORS IDF, 2005 Avr.
- [10] Elford J, Bolding G, Sheerr L, Hart Graham. High-risk sexual behaviour among London gay men: no longer increasing. AIDS 2005; 16:2171-4.
- [11] Hull P, Rawstone P, Prestage G, Crawford J and al. Sydney Gay Community Periodic Survey February 1996 to February 2005. NCHSR, UNSW; 2005 Aug.

<sup>2</sup> La comparaison des trois enquêtes a été réalisée en sélectionnant uniquement les lieux commerciaux parisiens présents lors du BG 2000-2002-2005.

## Émergence de la lymphogranulomatose vénérienne rectale en France, 2004-2005

Magid Herida (magid.herida@ecd.eu.int)<sup>1</sup>, Bertille de Barbeyrac<sup>2</sup>, Nicolas Lemarchand<sup>3</sup>, Catherine Scieux<sup>4</sup>, Patrice Sednaoui<sup>5</sup>, Georges Kreplak<sup>6</sup>, Maïthe Clerc<sup>2</sup>, Frédéric Juguet<sup>7</sup>, Marc Bendenoun<sup>8</sup>, Michel Janier<sup>4</sup>, Nicolas Dupin<sup>9</sup>, Caroline Semaille<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice <sup>2</sup>Centre national de référence des infections à Chlamydiae, Bordeaux

<sup>3</sup>Hôpital Léopold Bellan, Paris <sup>4</sup>Hôpital Saint-Louis, Paris <sup>5</sup>Institut Alfred Fournier, Paris

<sup>6</sup>Centre biologique du Chemin Vert, Paris <sup>7</sup>Cabinet médical, Bordeaux <sup>8</sup>Cabinet médical, Paris <sup>9</sup>Hôpital Tarnier-Cochin, Paris

### INTRODUCTION

La lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est une infection sexuellement transmissible (IST) causée par *Chlamydiae trachomatis* (CT) serovar L1, L2 ou L3. Fréquente en zone tropicale, cette infection se manifeste le plus souvent sous la forme d'une adénite inguinale satellite du chancre initial qui peut passer inaperçu. Elle se traduit parfois par une rectite aiguë, en particulier chez les patients masculins ayant des rapports sexuels avec des hommes [1]. En décembre 2003, une alerte européenne émanant du Réseau européen de surveillance des IST (ESSTI) faisait état de 15 cas groupés de LGV rectale dues à CT serovar L2 et qui avaient été diagnostiquées durant l'été 2003 dans la ville de Rotterdam. Ces LGV affectaient exclusivement des patients masculins ayant des rapports sexuels avec des hommes dont 13 étaient séropositifs pour le VIH. Ces patients signalaient avoir eu des rapports sexuels non protégés

avec différents partenaires anonymes dans différents pays européens dont la France [2]. En mars 2004, une première investigation conduite par l'Institut de veille sanitaire en collaboration avec trois laboratoires de microbiologie parisiens et le Centre national de référence (CNR) des infections à *Chlamydiae* (Université Bordeaux II) a retrouvé rétrospectivement des cas de LGV rectale en France. Parmi 44 échantillons rectaux positifs à CT isolés chez des patients masculins dans l'un des quatre laboratoires participants, 38 (86 %) ont été identifiés comme appartenant au type L2 confirmant le diagnostic de LGV rectale. L'enquête épidémiologique menée auprès des médecins ayant prescrit la recherche de CT chez ces patients a permis de retracer l'histoire clinique de 14 de ces 38 cas. Le profil des patients était similaire à celui des patients néerlandais. Tous ces patients masculins avaient eu des rapports sexuels avec des hommes, 8 (57 %) étaient infectés par le VIH et 9 (64 %) avaient

une autre IST au moment du diagnostic. Ils étaient tous symptomatiques avec des signes de rectite aiguë parfois sévère. Par ailleurs, le délai moyen entre le début des signes cliniques et le diagnostic de rectite à chlamydiae avait été très long (50 jours) indiquant que ce diagnostic n'avait pas été évoqué immédiatement [3]. Devant l'émergence de cette IST touchant essentiellement des homosexuels urbains, une large campagne d'information des professionnels de santé les plus concernés (proctologues, infectiologues, dermatologues) a été entreprise et des actions de prévention, en coopération avec les associations, ont été menées dans les lieux de rencontre communautaire. Afin de suivre l'évolution de cette émergence et de caractériser les populations atteintes, un système de surveillance prospectif et sentinelle de la LGV rectale en France a été instauré en avril 2004.

## MÉTHODES

Seuls les cas certains de LGV ont été comptabilisés dans le système de surveillance. Les cas inclus étaient les patients masculins présentant des signes de rectite symptomatique dont la recherche de CT par PCR était positive et dont le serovar défini par le CNR des infections à Chlamydiae appartenait au type L1, L2 ou L3.

### Identification du genovar de la bactérie

Le diagnostic de certitude de la LGV reposait sur la mise en évidence des serovars L1, L2 ou L3 définis par la réactivité d'anticorps monoclonaux contre des antigènes de la protéine majeure de membrane externe ou MOMP. Cette recherche de serovar longue et coûteuse a été abandonnée au profit de l'identification du genovar qui correspond au serovar. Le CNR des infections à Chlamydiae a mis au point une technique d'identification de ce genovar en analysant par méthode de PCR-RFLP la séquence omp1 du gène de la MOMP [4]. Par ailleurs, un nouveau variant néerlandais atteint de LGV rectale. Ce nouveau variant se différencie par mutation d'une base du gène omp1 de la MOMP [5].

### Circuit de la surveillance

Les centres volontaires comprenaient 2 dispensaires anti-vénériens parisiens associés à un laboratoire de microbiologie, une consultation hospitalière de proctologie, deux laboratoires de microbiologie à Paris et le CNR des infections à chlamydiae à Bordeaux. Tous les échantillons rectaux positifs à CT par PCR dans l'un des centres participants étaient envoyés au CNR pour génotypage. Il était demandé, par ailleurs, à chaque centre participant des données épidémiologiques simples : âge du patient, statut VIH, date des signes cliniques et date du prélèvement. L'ensemble des données microbiologiques et épidémiologiques étaient centralisées anonymement à l'InVS pour analyse.

### Surveillance sentinelle renforcée

En janvier 2005, il a été demandé au clinicien de fournir pour chaque cas de LGV des données épidémiologiques plus détaillées. Il était aussi proposé au patient, s'il le désirait, un auto-questionnaire comportemental qui comprenait des questions sur les pratiques sexuelles à l'origine de la LGV.

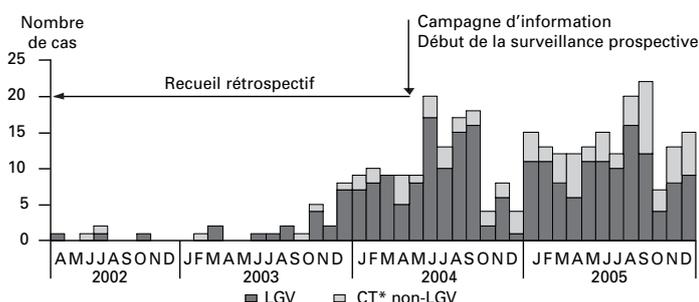
Il a été demandé par ailleurs aux structures impliquées dans les réseaux de surveillance de la syphilis et des gonocoques situées dans les régions hors Ile-de-France d'intégrer le réseau de surveillance de la LGV.

## RÉSULTATS

Depuis mars 2004, 328 souches rectales de CT ont été génotypées et 244 (74 %) appartenaient au type L2 confirmant le diagnostic de LGV (figure 1).

Figure 1

Évolution mensuelle du nombre de LGV rectales et de rectites à chlamydiae non-LGV déclarées au réseau de surveillance, France 2004-2005



Le diagnostic était rétrospectif pour 46 cas dont la souche de CT avait été isolée entre avril 2002 et mars 2004. En 2004, 104 cas de LGV rectales ont été déclarés par les centres participants. En 2005, 118 cas ont été déclarés par 11 centres participants. Les six nouveaux centres participants en 2005 ont déclaré 7 cas. Parmi les 244 souches de LGV identifiées, 174 ont été séquencées et toutes présentaient la mutation définissant le nouveau variant L2b. L'âge médian des patients était de 39 ans (rang : 34-44). Le statut VIH est renseigné pour 96 patients, parmi eux 82 (85 %) étaient séropositifs vis-à-vis du VIH. Les cas de LGV rectales ont été principalement diagnostiqués en Ile-de-France (92 %) et à Bordeaux (7 %).

Les souches de CT qui n'appartenaient pas aux type L1, L2, L3 (CT non-LGV) représentaient 26 % des souches de CT génotypées et appartiennent principalement aux genovars de type Da (9,5 %) et G (9,2 %). En 2004, les souches de CT non-LGV représentaient, 20 % des souches génotypées. En 2005, cette proportion a augmenté significativement à 30 % ( $\chi^2 = 4,4$ ;  $p = 0,03$ ). Les patients atteints de CT non-LGV étaient plus jeunes (âge médian = 34 ans) et étaient significativement moins infectés par le VIH (60 %) que les patients atteints de LGV.

### Surveillance renforcée

Parmi les 118 cas de LGV identifiées en 2005, 26 (22 %) questionnaires épidémiologiques ont été complétés. Parmi ces patients d'âge moyen de 35 ans (24-56), 22 (77 %) étaient séropositifs pour le VIH et 9 (35 %) avaient une autre IST au moment du diagnostic de LGV. A l'exception d'un patient dépisté car son partenaire était infecté, tous les patients étaient symptomatiques avec des syndromes rectaux associant écoulement anal, ulcération anale ou des rectorragies. L'anuscopie pratiquée sur 19 sujets objectivait chez tous les patients des signes de rectite dont 4 étaient ulcérées.

Au plan comportemental, 17 patients ont complété le questionnaire. Tous pensaient avoir été contaminés par la LGV en France. Le nombre moyen déclaré de partenaires dans les 15 jours précédant le diagnostic était de 4 (1-8). Les lieux de rencontre de leurs partenaires étaient les bars (47 %), les sites internet et les saunas cités respectivement par 29 % des répondants. Parmi ces 17 personnes, 11 (64 %) avaient une idée de la personne les ayant contaminés qui était pour 82 % des cas un partenaire anonyme ou occasionnel. Parmi les pratiques à l'origine de la contamination sont cités par ces 11 patients, un rapport anal réceptif non protégé (10 réponses) ou un rapport anal insertif non protégé (3 réponses). L'introduction anale du poing du partenaire, celle d'objet ou la pratique de lavement anal ont été citées 1 fois chacune.

### Autres formes cliniques de la LGV

D'autres formes cliniques de la LGV ont été déclarées au système de surveillance mais qui n'ont pas été comptabilisées comme cas. Il s'agit de 2 ulcères génitaux dus à une CT de type L2 dont l'un était associé à une urétrite à chlamydiae de type Da. Il a été également déclaré 2 formes inguinales de LGV et une urétrite à chlamydiae de type L2b isolée sans ulcération génitale ni adénopathie satellite. Enfin, une souche de chlamydiae de genovar L2 a été isolée au niveau du pharynx d'un patient par ailleurs atteint de LGV rectale.

## DISCUSSION

Le nombre de cas de LGV rectales comptabilisé par le réseau de surveillance est probablement sous-estimé. Seuls les cas confirmés par génotypage sont pris en compte d'une part et d'autre part la surveillance est basée sur un réseau sentinelle incluant six centres dont cinq parisiens. Par ailleurs, la surveillance renforcée en 2005 n'a pas apporté les résultats escomptés. L'apport de nouvelles structures participantes reste marginal (7 diagnostics de LGV en 2005).

L'exploitation des données issues du questionnaire épidémiologique instauré en janvier 2005 est difficile en raison de la faible proportion de questionnaires retournés (22 %). De ce fait, il est difficile d'émettre des hypothèses sur la transmission de cette IST. Il avait été évoqué précédemment [6-7] que certaines pratiques sexuelles comme l'introduction anale du poing ou d'objets favorisaient la LGV rectale. Le faible taux de retour des questionnaires comportementaux ne nous permet pas d'infirmes ou confirmer ces hypothèses.

Cependant, alors que cette infection était rarement décrite en France, 2 cas dans une série dans les années 80 [8], l'allure de la courbe épidémique indique une émergence depuis 2004 et une persistance de cette infection en 2005 avec un nombre comparable de cas si l'on considère les centres ayant participé les deux années. L'apparition d'un nouveau variant L2 primitivement retrouvé chez des patients aux Pays-Bas et retrouvé sur toutes les souches L2 séquencées en France confirme la dissémination d'une population particulière de souches de CT.

Les nouveaux centres impliqués en 2005 qui sont situés hors Ile-de-France ont déclaré très peu de cas, ce qui confirme la concentration importante des cas de LGV rectale en Ile-de-France. Par ailleurs, le nombre plus important de CT non-LGV en 2005 est lié probablement à un biais de surveillance (mise en place du système en 2004, diagnostic plus facilement évoqué en 2005).

Depuis l'alerte européenne de décembre 2003, l'émergence de LGV a rapidement diffusé sur l'ensemble du continent européen [6] et dans les grandes villes des États-Unis [7]. Les cas de LGV se caractérisent principalement par des formes rectales, des formes inguinales ont été également rapportées. La LGV affecte principalement des patients masculins ayant des rapports sexuels avec des hommes et qui sont le plus souvent infectés par le VIH. Une étude a comparé des patients atteints de LGV rectale et des sujets infectés par des souches de CT non-LGV et a montré que le statut VIH positif était fortement associé à la LGV comparativement aux rectites à CT non LGV (OR : 5,7 [2,6-12,8]) [9].

Le diagnostic précoce de cette infection est nécessaire afin d'éviter des complications des LGV non traitées et afin d'interrompre la chaîne de transmission. Caractérisée le plus souvent par des lésions ulcérées, cette IST représente un risque supplémentaire de transmission du VIH. Le dépistage et la recherche de LGV chez tout patient masculin présentant des signes de rectite est donc indiqué, ce d'autant que les patients atteints de LGV rectale sont souvent co-infectés par d'autres germes.

Avec la résurgence de la syphilis en 2000 [10], l'augmentation de la résistance des gonocoques à la ciprofloxacine [11] et l'émergence récente de la LGV, les campagnes de prévention rappelant la nécessité des rapports sexuels protégés demeurent indispensables en particulier auprès de la communauté homosexuelle. Par ailleurs, l'épidémiologie des IST en Europe est très similaire d'un pays à l'autre, en particulier dans les grandes villes comme Paris, Londres, Amsterdam ou Berlin où vit une importante communauté homosexuelle. Il convient de souligner le rôle positif dans l'alerte du système européen de surveillance des IST lors de l'émergence de la LGV. Au-delà de cette surveillance européenne des IST, il apparaît maintenant nécessaire de réfléchir à la mise en place de politiques publiques communes de prévention des IST.

Enfin, la prévalence élevée d'IST parfois asymptomatiques, les co-infections et les risques inhérents à certaines infections comme les HPV nécessitent de réfléchir à la mise en place du dépistage systématique de certaines IST (syphilis, HPV, HSV, gonococcie) dans la prise en charge clinique des patients séropositifs pour le VIH.

## RÉFÉRENCES

- [1] Perrine PL, Stamm WE. Lymphogranuloma venereum. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh PA, Lemon SM, Stamm WE, Piot P et al. Sexually transmitted diseases. McGraw-Hill, New-York 1999: 423-32.
- [2] Gotz HM, Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Thio B, Van der Meijden WI, Dees J, et al. Preliminary report of an outbreak of lymphogranuloma venereum in homosexual men in the Netherlands, with implications for other countries in Western Europe. *Eurosurveillance Weekly* 2004; 8(4): 22/01/2004 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp>).
- [3] Herida M, Sednaoui P, Couturier E et al. Rectal Lymphogranuloma venereum, France. *Emerg Infect Dis* 2005; 11:505-6.
- [4] Rodriguez P, Vekris A, de Barbeyrac B, Dutilh B, Bonnet J, Bebear C. Typing of Chlamydia trachomatis by restriction endonuclease analysis of the amplified major outer membrane protein gene. *J Clin Microbiol.* 1991 Jun; 29(6):1132-6.
- [5] Spaargaren J, Fennema HS, Morré SA, de Vries JC, Coutinho RA. New Lymphogranuloma venereum Chlamydia trachomatis variant, Amsterdam. *Emerg Infect Dis* 2005; 11(7):1091-3.
- [6] Van de Laar M, Fenton KA, Ison CA, on behalf of the ESSTI network. Update on the European lymphogranuloma venereum epidemic among men who have sex with men. *Eurosurveillance weekly* 2005; 10 (6):10/06/2005 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050602.asp>).
- [7] Blank S, Schillinger J, Harbatkin D. Lymphogranuloma venereum in the industrialised world. *Lancet* 2005; 365:1607-8.
- [8] Scieux C, Barnes A, Bianchi I et al: Lymphogranuloma venereum: 27 cases in Paris. *JID* 1989; 160(4):662-8.
- [9] Van der Bij AK, Spaargaren J, Morré SA et al: Diagnostic and clinical implications of anorectal lymphogranuloma venereum in men who have sex with men: A retrospective case-control study. *Clin Infect Dis* 2006; 42:186-94.
- [10] Fenton KA, Lowndes CM. Recent trends in the epidemiology of the sexually transmitted infections in the European Union. *Sex Transm Infect* 2004; 80(4):255-63.
- [11] Herida M, Martin IM, Descenclos JC et al. Increase of Neisseria gonorrhoeae ciprofloxacin resistance in France in 2001-2003. *Sex Transm Dis* 2006; 33(1):6-7.

# Surveillance de la syphilis en France, 2002-2004 : divergences d'évolution entre l'Ile-de-France et les autres régions

Alice Bouyssou-Michel (a.michel@invs.sante.fr)<sup>1</sup>, Magid Herida<sup>1</sup>, Michel Janier<sup>2</sup>, Nicolas Dupin<sup>3</sup>, Bruno Halioua<sup>4</sup>  
Brigitte Milpied<sup>5</sup>, Isabelle Alcaraz<sup>6</sup>, Caroline Semaille<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice <sup>2</sup>Hôpital Saint-Louis, Paris <sup>3</sup>Hôpital Tarnier-Cochin, Paris  
<sup>4</sup>Institut Alfred Fournier, Paris <sup>5</sup>Centre Hospitalier Universitaire, Nantes <sup>6</sup>Centre Hospitalier Dron, Tourcoing

## INTRODUCTION

Fin 2000, l'Institut de veille sanitaire (InVS), a été alerté par un dispensaire anti-vénérien (DAV) à Paris sur une recrudescence de cas de syphilis. Les investigations menées par l'InVS ont permis de documenter la résurgence de cette infection sexuellement transmissible (IST) en Ile-de-France et ont conduit à la mise en place d'un système de surveillance volontaire de la syphilis. L'objectif de cette surveillance est de suivre les tendances et de décrire les caractéristiques cliniques et comportementales des patients atteints de cette IST [1]. L'augmentation rapide du nombre de cas déclarés entre 2000 et 2002 principalement chez les homosexuels masculins, a conduit les autorités sanitaires et les associations à mener des campagnes de prévention auprès des homosexuels avec en particulier, une large campagne d'incitation au dépistage de la syphilis en 2002 à Paris [2].

## MÉTHODES

La méthode a déjà été décrite précédemment [1]. Pour mémoire, la surveillance de la syphilis repose sur la participation volontaire de cliniciens exerçant dans différents sites (DAV, consultations hospitalières, ou médecine de ville). La définition de cas inclut tous les stades de syphilis infectieuse (primaire, secondaire et latente précoce inférieure à un an) chez les adultes. Après consentement du patient, le clinicien renseigne les données cliniques et biologiques ; un questionnaire comportemental est

complété par le patient sur la base du volontariat. L'ensemble des questionnaires est renvoyé à l'InVS pour l'analyse des données. Les ventes d'Extencilline® dans les pharmacies de ville\* et la pharmacie centrale de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), sont également collectées, à titre d'indicateur complémentaire.

## RÉSULTATS

### Les sites

Entre 2000 et 2004, 89 sites ont participé à la surveillance. Le nombre de sites participants a diminué en Ile-de-France de 16 sites en 2002 à 8 sites en 2004. Ces derniers (7 DAV et un réseau de médecins libéraux) ont participé aux 3 années de la surveillance. Dans les autres régions, 72 sites ont déclaré des cas de syphilis, respectivement 28 en 2002, 44 en 2003 et 40 en 2004 ; parmi eux, 11 sites ont déclaré au moins un cas chaque année. Les consultations hospitalières représentent plus de la moitié des structures participantes en province ; les sites participants sont situés principalement à Dijon, Grenoble, Lille-Tourcoing, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Nice et Toulon.

### Nombre de cas déclarés (tableau 1)

Sur la période 2002-2004, 1 267 cas de syphilis ont été déclarés, dont 417 en 2002, 448 en 2003 et 402 en 2004. On observe pour

\*Données fournies par le GERS.

la première fois en 2004, une baisse du nombre total de cas déclarés. Les cas de syphilis symptomatique, primaire et secondaire, représentent respectivement 25 % et 39 %, et ceux de syphilis latente précoce 36 % ; ces proportions sont stables au cours de la période analysée.

**Tableau 1**

Distribution des cas de syphilis par région, stade de syphilis, et par an, France, 2002-2004				
Région	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	Total N (%)
Ile-de-France	318 (76,3)	279 (62,3)	236 (58,7)	833 (65,7)
Autres	99 (23,7)	169 (37,7)	166 (41,3)	434 (34,3)
<b>Stade</b>				
Primaire	91 (21,8)	129 (28,8)	103 (25,6)	323 (25,5)
Secondaire	174 (41,7)	165 (36,8)	151 (37,6)	490 (38,7)
Latente Précoce	152 (36,5)	154 (34,4)	148 (36,8)	454 (35,8)
<b>Total par an</b>	<b>417</b>	<b>448</b>	<b>402</b>	<b>1 267</b>

L'Ile-de-France représente 65 % des cas déclarés ; cette proportion diminue significativement ( $\chi^2 = 31,7$ ,  $p < 10^{-3}$ ) passant de 76 % en 2002 à 59 % en 2004. Le nombre de cas déclarés en Ile-de-France diminue entre 2003 et 2004 de 15 % tous sites confondus ; les déclarations des 8 sites ayant participé de 2002 à 2004 confirment cette tendance à la baisse (-14 %). En province tous sites confondus, le nombre de cas diminue faiblement (2 %) entre 2003 et 2004, tandis qu'il augmente de 5 % dans les sites ayant participé les 3 années.

Concernant les prescriptions d'Extencilline®, les ventes en pharmacie de ville en Ile-de-France sont stables entre 2003 et 2004, tandis que les données issues de l'AP-HP indiquent une baisse de prescription de cet antibiotique de 37 % entre 2003 et 2004. En province, les ventes en pharmacie de ville ont augmenté de 5 % entre 2003 et 2004.

#### Profil des patients (tableaux 2 et 3)

Les personnes atteintes de syphilis sont en majorité des hommes (96 %) d'âge médian de 36 ans, 4 % des cas concernent des femmes d'âge médian de 31,5 ans. Les patients masculins sont majoritairement (83 %) des hommes ayant des rapports avec des hommes (HSH) et hétérosexuels dans 12 % des cas.

**Tableau 2**

Distribution des cas de syphilis par sexe, âge, orientation sexuelle et par an, France, 2002-2004				
	2002 N (%)	2003 N (%)	2004 N (%)	Total N (%)
<b>Sexe</b>				
Hommes	402 (96,4)	430 (96,0)	383 (95,3)	1 215 (95,9)
Femmes	14 (3,4)	18 (4,0)	19 (4,7)	51 (4,0)
Non documenté	1 (0,2)	-	-	1 (0,1)
<b>Âge médian et quartiles</b>				
Hommes	36 [31-43]	36 [31-41]	36 [30-43]	36 [31-42]
Femmes	28 [20-47]	36 [25-42]	30 [21-33]	31,5 [22-37]
<b>Orientation sexuelle</b>				
Homo-bisexuels masculins	348 (83,5)	370 (82,6)	336 (83,6)	1 054 (83,2)
Hétérosexuels	66 (15,8)	72 (16,1)	63 (15,7)	201 (15,9)
Non documenté	3 (0,7)	6 (1,3)	3 (0,8)	12 (0,9)
<b>Total par an</b>	<b>417</b>	<b>448</b>	<b>402</b>	<b>1 267</b>

#### Les hommes ayant des rapports avec des hommes (n = 1 054)

Ils sont plus nombreux en Ile-de-France (87 %) qu'en province (77 %). Le statut VIH est renseigné pour 96 % d'entre eux (tableau 4). La proportion de HSH séropositifs pour le VIH est de 51 %. Elle a diminué de façon significative de 57 % en 2002 à 48 % en 2004 ( $\chi^2 = 6,4$ ,  $p = 0,041$ ). La découverte de la séropositivité VIH au moment du diagnostic de la syphilis concerne 60 patients (6 %). Parmi l'ensemble des HSH, 174 (21 %) ont déjà eu un antécédent de syphilis. Parmi eux, 98 ont présenté 2 épisodes de syphilis entre 2000 et 2004 avec un délai médian de re-contamination de 14 mois (quartiles : 8-24).

Les données comportementales sont issues du questionnaire clinique et de l'auto-questionnaire. Les réponses sont renseignées selon le questionnaire dans 40 à 70 % des cas. Le nombre médian de partenaires déclarés au cours des 12 derniers mois est de 10. Concernant le partenaire source, 15 % indiquent un partenaire stable, 14 % un partenaire occasionnel et 71 % ne peuvent répondre à la question. L'utilisation du préservatif est systématique lors des pénétrations anales pour 51 % des répondants. Cette proportion diminue à 3 % pour les fellations. Cette pratique est citée comme étant à l'origine de la contamination par 52 % des répondants.

**Tableau 3**

#### Caractéristiques des personnes atteintes de syphilis par orientation sexuelle, France, 2002-2004

	HSH N (%)		Hétérosexuels N (%)	
	Documentés		Documentés	
<b>Statut VIH</b>	1 007 (95,5)		178 (88,6)	
Positif	513 (50,9)		20 (11,2)	
Négatif	494 (49,1)		158 (88,8)	
<b>Antécédents de syphilis</b>	822 (78,0)		167 (83,1)	
Oui	174 (21,2)		14 (8,4)	
Non	648 (78,8)		153 (91,6)	
<b>Avoir un partenaire avec une syphilis</b>	705 (66,9)		143 (71,1)	
Oui	133 (18,9)		25 (17,5)	
Non	572 (81,1)		118 (82,5)	
<b>Nombre de partenaires (12 mois)</b>	666 (63,2)		125 (62,2)	
Un	57 (8,6)		52 (41,6)	
Deux à cinq	195 (29,3)		53 (42,4)	
Six à vingt	278 (41,7)		19 (15,2)	
Plus de vingt	136 (20,4)		1 (0,8)	
<b>Utilisation systématique du préservatif pour les pénétrations (anales/vaginales)</b>	722 (68,5)		136 (67,7)	
Oui	367 (50,8)		20 (14,7)	
Non	355 (49,2)		116 (85,3)	
<b>Utilisation systématique du préservatif pour les fellations</b>	722 (68,5)		114 (56,7)	
Oui	20 (2,8)		3 (2,6)	
Non	702 (97,2)		111 (97,4)	
<b>Connaissance du partenaire source</b>	444 (42,1)		73 (36,3)	
Oui	129 (29,1)		28 (38,4)	
Non	315 (70,9)		45 (61,6)	

#### Les patients hétérosexuels (n = 201)

Il s'agit principalement d'hommes (150 hommes, 51 femmes). Le statut sérologique vis-à-vis du VIH est renseigné pour 89 % d'entre eux. La proportion de patients séropositifs pour le VIH est stable sur les 3 années de la surveillance et représente 11 % des hétérosexuels ; ce sont majoritairement des hommes (19 hommes et 1 femme). La découverte de la séropositivité VIH lors du diagnostic de syphilis concerne 9 patients dont 8 hommes, soit 5 % des patients hétérosexuels. Les antécédents de syphilis concernent 11 hommes et 3 femmes (8 % des patients). Parmi eux, un faible nombre (n=3) ont contracté la syphilis à deux reprises entre 2000 et 2004.

Les données comportementales sont renseignées dans 36 à 70 % des cas. Le nombre médian de partenaires dans l'année est de 2, il n'y a pas de différence statistique selon le sexe du répondant. Concernant le partenaire source, ils sont 18 % à indiquer un partenaire stable, 21 % un partenaire occasionnel et 62 % ne peuvent répondre à la question. Le préservatif est utilisé systématiquement lors des pénétrations vaginales par 15 % des répondants. L'utilisation systématique est de 3 % par les fellations. Cette pratique est citée comme étant à l'origine de la contamination par 19 % des répondants hétérosexuels.

#### DISCUSSION

Pour la première fois en 2004, le nombre total de syphilis déclarées dans le réseau est en baisse. Cette diminution est observée essentiellement en Ile-de-France. Dans le même temps, la participation des centres franciliens a baissé de 16 à 8. L'absence de participation est liée à l'absence de diagnostic dans certains centres, et à l'absence de déclaration dans d'autres. Ainsi, certains centres déclarants dans ce cadre de système volontaire signalent une lassitude ou un manque de moyens. Par ailleurs, la résurgence de la syphilis est maintenant bien documentée. Les patients sont probablement plus souvent traités par des médecins de ville, les ventes d'Extencilline® en ville n'ayant pas baissé entre 2003 et 2004.

Si on ne considère que les 8 centres ayant participé depuis 2002 et qui ont déclaré plus de 95 % des cas les années précédentes, on constate une baisse des cas de syphilis concordante avec la diminution des prescriptions d'Extencilline® à l'AP-HP entre 2003 et 2004. Cette tendance à la baisse résulte probablement de l'action d'incitation au dépistage menée à Paris en 2002 auprès des homosexuels masculins et des professionnels de santé, permettant de dépister et traiter de nombreux cas asymptomatiques.

La situation dans les autres régions de France est différente. Le nombre de cas déclarés est stable, le nombre de boîtes d'Extencilline® vendues est en augmentation. Cette différence d'évolution entre l'Ile-de-France et les autres régions peut s'expliquer par une extension de l'épidémie, initialement localisée à Paris [1], à l'ensemble du territoire, mais aussi par des campagnes d'incitation au dépistage plus restreintes, s'adressant principalement aux homosexuels masculins. A l'étranger, le nombre de cas de syphilis déclarés continue d'augmenter entre 2003 et 2004, de 37 % au Royaume-Uni [3] et de 8 % aux États-Unis [4].

Depuis la résurgence de la syphilis en 2000 [1,2], le profil des patients atteints de syphilis reste globalement identique avec une majorité de patients masculins ayant déclaré des rapports sexuels avec des hommes (HSH), comme c'est le cas dans d'autres pays européens [5] et aux États-Unis [4]. Cependant, la part de co-infection avec le VIH chez les patients HSH en France a significativement décliné entre 2002 et 2004, suggérant une transmission de l'infection hors du « core-group » initial. En province, près d'un quart des diagnostics de syphilis a été porté chez des patients hétérosexuels masculins. Il est aussi remarquable que la proportion des cas chez les femmes reste faible (4 % sur les 3 ans). Les femmes représentent 12 % des cas en 2004 au Royaume-Uni [3] et 8 % des cas en 2003 aux Pays-Bas [6] soit des proportions 2 à 3 fois supérieures à celle retrouvée en France. Il existe probablement des biais de recrutement des centres, en particulier les DAV, impliqués dans la surveillance de la syphilis en France [7].

Les informations recueillies sur le multi-partenariat et surtout les faibles taux d'utilisation du préservatif des patients atteints d'IST, quelle que soit leur orientation sexuelle, indiquent des comportements à risque dans cette population. Il existe, par ailleurs, une proportion importante de patients masculins, principalement chez les HSH, qui ont présenté deux épisodes différents de syphilis entre 2000 et 2004. Il convient de réfléchir aux modalités de dépistage des partenaires, y compris les partenaires anonymes, de ces patients récidivants. Des expériences de dépistage dans les lieux de rencontre ou de messages sur internet [8] ont été tentées aux États-Unis avec un certain succès. Pour la première fois, en 2004, la syphilis diminue en Ile-de-France, tendance qui demande à être confirmée sur une période plus longue. Cependant, les données comportementales issues de ce réseau et celles issues d'autres enquêtes indiquent des comportements à risque dans la population des HSH [9], mais aussi des hétérosexuels multipartenaires [10]. Les IST et la syphilis en particulier constituent de bons indicateurs de ces conduites à risque et sont par ailleurs, des co-facteurs favorisant la transmission du VIH. Les campagnes de prévention et de dépistage des IST sont donc toujours nécessaires en 2006.

## REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient chaleureusement l'ensemble des cliniciens collaborant au réseau de surveillance.

## RÉFÉRENCES

- [1] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau A-L, Semaille C. Surveillance de la syphilis en France métropolitaine, 2000-2002. *Bull Epid Hebdom* 2004; 3:9-12.
- [2] Couturier E, Michel A, Basse-Guérineau A-L, Warszawski J, Couturier S, Laporte A. Evaluation de l'action d'incitation au dépistage de la syphilis dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit, Paris, mai-septembre 2002. InVS, collection Enquêtes-études, janvier 2005.
- [3] The UK Collaborative Group for HIV and STI surveillance. Mapping the Issues. HIV and other Sexually Transmitted infections in the United Kingdom: 2005. London: Health Protection Agency Centre for Infections. November 2005. [http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv\\_sti\\_2005/contents.htm](http://www.hpa.org.uk/hpa/publications/hiv_sti_2005/contents.htm)
- [4] Center of disease control and prevention. STD Surveillance profile 2004 National profile. December 2005. <http://www.cdc.gov/std/stats/syphilis.htm>
- [5] Fenton K A. A multilevel approach to understanding the resurgence and evolution of infectious syphilis in Western Europe. *Eurosurveillance* 2004; 4:3-4.
- [6] Van de Laar MJW, Op de Coul ELM. HIV and sexually transmitted infections in the Netherlands in 2003. An update: November 2004. *Bilthoven RIVM report* 441100020, 2004.
- [7] Herida M, Bouyssou-Michel A, Janier M, Dupin N, Sednaoui P, Lassau F, Mertz J-P, Croatto A, Passeron A, Vernay-Vaysse C, Chartier C, Semaille C. Profil des consultants selon le type d'infection sexuellement et le lieu de la prise en charge. *Bull Epid Hebdom*, in press.
- [8] Wohlfeiler D, Poterrat JJ. Using gay men's sexual networks to reduce sexually transmitted diseases/Human immunodeficiency virus transmission. *Sexually Transmitted Diseases*, october 2005 supplement, 32-10:S48-S52.
- [9] Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A, Semaille C. Rencontre des partenaires masculins par internet et comportements sexuels à risque, Enquête ANRS-Pressé gay 2004. *Bull Epidemiol Hebdom* 2005; 46-47:236-7.
- [10] Beltzer N, Lagarde M, Wu-Zhou X, Grémy I. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France en 2004, ORS Ile-de-France, novembre 2005.

## Notification obligatoire du VIH/sida chez les homosexuels : données au 30 juin 2005

Unité VIH/sida-IST-VHC (j.pillonel@invs.sante.fr), département des maladies infectieuses

Institut de veille sanitaire, Saint Maurice

Depuis la mise en place de la notification obligatoire en 2003, 2 049 séropositivités au VIH ont été découvertes et notifiées chez des hommes homosexuels en France, soit 28 % de l'ensemble des découvertes (si on exclut les cas pour lesquels le mode de contamination n'est pas renseigné). Cette proportion a augmenté au cours du temps, passant de 24 % au 1<sup>er</sup> semestre 2003 à 31 % au 1<sup>er</sup> semestre 2005 ( $p < 10^{-4}$ ). Sur cette même période, 2003-mi 2005, les homosexuels représentent 27 % des cas de sida.

La proportion d'homosexuels découvrant leur séropositivité est plus faible en Ile-de-France que dans le reste de la France (21 % *versus* 24 %,  $p < 0,0001$ ) mais varie beaucoup d'un département francilien à l'autre avec des valeurs inférieures à 10 % dans l'Essonne, la Seine-Saint-Denis et le Val-d'Oise et un maximum de 34 % à Paris. Cependant, l'Ile-de-France étant la région la plus dense en population et la plus touchée par l'épidémie VIH, 43 % des homosexuels qui ont découvert leur séropositivité sur la période 2003-mi 2005 résident en Ile-de-France.

Les homosexuels découvrent en moyenne leur séropositivité à 37 ans, moyenne qui diffère selon les régions (36 ans s'ils sont domiciliés en Ile-de-France *versus* 38 ans dans les autres régions,  $p < 0,001$ ). La majorité des découvertes se fait entre 30 et 49 ans (66 %) ; seulement 1 % avant 20 ans, mais il est à noter que 12 % des découvertes de séropositivité sont observés chez les plus de 50 ans.

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

Les deux principaux motifs de dépistage chez les homosexuels sont la présence de signes cliniques ou biologiques (34 %) et une prise de risque (32 %). Près d'un homosexuel sur 5 (18 %) découvre sa séropo-

sitivité au moment d'une primo-infection, ce qui suggère un recours précoce au dépistage chez les homosexuels exposés au risque d'infection. Cette proportion diminue avec l'âge passant de 23 % chez les moins de 30 ans à 9 % chez les plus de 50 ans. A contrario, il existe une proportion non négligeable d'homosexuels (15 %) qui découvrent leur séropositivité tardivement, au stade sida, proportion qui augmente avec l'âge passant de 4 % chez les moins de 30 ans, à 36 % chez les 50 ans et plus.

Sur la période 2003-mi 2005, les résultats du test d'infection récente sont disponibles pour 1 633 homosexuels et montrent que près de la moitié d'entre eux (45 % ; IC à 95 % [42,6-47,5]) ont été infectés récemment (dans les 6 mois précédant le diagnostic). Cette proportion est stable entre le 2<sup>ème</sup> semestre 2003 et le 1<sup>er</sup> semestre 2005.

La proportion d'infections récentes varie selon la région de domicile, le motif de dépistage et l'âge au diagnostic : elle est plus élevée chez les homosexuels qui résident en Ile-de-France (52 % *versus* 39 % pour les autres régions,  $p < 0,0001$ ), chez ceux diagnostiqués après une prise de risque (51 % *versus* 42 % pour l'ensemble des autres motifs,  $p = 0,001$ ), et diminue avec l'âge passant de 57 % chez les moins de 30 ans à 29 % chez les plus de 50 ans ( $p < 0,0001$ ).

La proportion d'infections récentes est plus élevée chez les homosexuels que dans les autres groupes exposés, ce qui reflète d'une part un relâchement des comportements de prévention observé depuis quelques années dans cette population et d'autre part un recours au dépistage du VIH plus fréquent que dans les autres groupes exposés (leur probabilité d'être dépistés peu de temps après la contamination est donc plus élevée notamment parce que le dépistage est plus souvent réalisé à la suite d'une prise de risque). La proportion relativement importante d'homosexuels qui découvrent leur séropositivité au moment d'une primo-infection corrobore ce constat.