

Séropositivité au VIH : diagnostic, prévention et vécu au temps de la Covid-19 // HIV-positive: Diagnosis, prevention and experience in the time of COVID-19

Coordination scientifique // Scientific coordination

Florence Lot et Nathalie Lydié, Santé publique France, Saint-Maurice

Et pour le Comité de rédaction du BEH : Isabelle Villena (CHU Reims), Isabelle Grémy (Institut Paris-Région, Paris), Bertrand Gagnière (Santé publique France, Rennes), Anne Guinard, Damien Mouly (Santé publique France, Toulouse)

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Le VIH à l'ère de la pandémie de Covid-19
// HIV in the era of the COVID-19 pandemic.....p. 376

Bruno Spire

Directeur de recherches, Aix Marseille Univ, Inserm, IRD, SESSTIM, Sciences Economiques et Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale, ISSPAM, Marseille

ARTICLE // Article

Connaissance de l'effet préventif du traitement antirétroviral (TasP) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France en 2021 – Résultats de l'enquête Rapport au sexe // Awareness effectiveness of HIV Treatment as Prevention (TasP) among men who have sex with men – Results from the survey Rapport au Sexe, France, 2021p. 378

Annie Velter et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Évolutions et caractéristiques des usagers de drogues injectables ayant découvert leur séropositivité au VIH en France entre 2004 et 2019 // Evolutions and characteristics of new HIV diagnoses among people who inject drugs in France between 2004 and 2019p. 387

Laurian Lassara et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Diagnosics d'infection à VIH chez des personnes trans, France 2012-2020 // HIV diagnoses in transgender people, France 2012-2020p. 395

Françoise Cazein et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Surveillance SurCeGIDD : dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes en CeGIDD en 2020 // Testing and diagnosis of HIV, hepatitis B and C, and bacterial STI in French STI clinics (CeGIDD) in 2020: Individual data from SurCeGIDD surveillancep. 401

Gilles Delmas et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Analyse sociologique des expériences de la séropositivité au VIH à partir d'une enquête longitudinale qualitative auprès d'hommes homosexuels // Sociological analysis of HIV experiences: Gay men qualitative longitudinal survey.....p. 412

Mélanie Perez

Le Mans Université, Le Mans, Centre de recherche en éducation de Nantes, Nantes

(Suite page 376)

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. 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'œuvre. 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 <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Laëtitia Huiart, directrice scientifique, adjointe à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi
Rédactrice : Jocelyne Rajnachel-Messai
Secrétaire de rédaction : Marie-Martine Khamassi
Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thierry Blanchon, Iplep ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Julie Boudet-Berquier, Santé publique France ; Kathleen Chamii, Santé publique France ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France ; Anne Guinard / Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie ; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France ; Philippe Magne, Santé publique France ; Valérie Olié, Santé publique France ; Alexia Peyronnet, Santé publique France ; Hélène Therre, Santé publique France ; Sophie Vaux, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

Les personnes vivant avec le VIH
et la Covid-19 sur les lignes
de Sida Info Service
// People living with HIV (PLHIV) and COVID-19
on the SIS Association helplinesp. 422
Myriam Campal et coll.
Sida Info Service (SIS) Association, Montreuil

> ÉDITORIAL // Editorial

LE VIH À L'ÈRE DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

// HIV IN THE ERA OF THE COVID-19 PANDEMIC

Bruno Spire

Directeur de recherches, Aix Marseille Univ, Inserm, IRD, SESSTIM, Sciences Economiques et Sociales de la Santé et Traitement de l'Information Médicale, ISSPAM, Marseille

L'année 2021 reste toujours inscrite dans le temps de l'épidémie à VIH : le virus circule toujours, les personnes atteintes ne sont pas guéries et doivent faire face à un traitement à vie et il n'y a toujours pas de vaccins. La pandémie de Covid-19 ne doit pas nous faire oublier que celle du VIH qui court depuis 40 ans n'est pas terminée. Pour ce 1^{er} décembre 2021, ce numéro spécial du BEH apporte différents éclairages et actualise les problématiques des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Beaucoup d'avancées ont été réalisées depuis les 10 dernières années, tant sur la diversification de la prévention que sur l'amélioration des traitements toujours plus efficaces et mieux tolérés. Ces traitements permettent aujourd'hui aux PVVIH de vivre en bonne santé et d'avoir une vie sexuelle sans la crainte de la transmission grâce à l'effet « *Treatment as Prevention* » (TasP) des antirétroviraux.

L'absence de risque de transmission par les PVVIH traités est formellement établie depuis plus de 10 ans avec les résultats de l'essai randomisé HPTN052. Cette bonne nouvelle du TasP est cependant peu diffusée dans la population générale. En population spécifique comme celles des hommes homosexuels, l'enquête Eras conduite par Annie Velter et coll. apporte des résultats publiés dans ce numéro qui montrent qu'une petite majorité seulement d'hommes gays connaissent le TasP. Plusieurs facteurs associés à la connaissance du TasP ont été identifiés dont certains sont liés aux inégalités sociales.

Par ailleurs, à l'ère du TasP, chez les hommes homosexuels séropositifs diagnostiqués au cours des 10 dernières années, la connaissance du TasP ne semble pas garantir l'absence de conséquences psychologiques négatives : l'étude sociologique de Mélanie Perez, réalisée à partir d'entretiens

qualitatifs répétés au cours du temps et publiée dans ce numéro, montre que la découverte de la séropositivité constitue toujours une épreuve, malgré la mise en indétectabilité du VIH qui n'entraîne pas la disparition des expériences subjectives de honte et/ou de stigmatisation.

En outre, ce numéro décrit le profil des personnes transgenres ayant découvert leur séropositivité entre 2012 et 2020 : l'article de Françoise Cazein et coll., réalisé à partir des données issues de la déclaration obligatoire et publié dans ce numéro du BEH, montre que les personnes trans représentent près de 1% des découvertes de séropositivité et qu'il s'agit principalement de femmes trans (sexe de naissance masculin), nées le plus souvent en Amérique du Sud, avec un fort niveau d'exposition sexuelle et des facteurs de vulnérabilité multiples comme la migration, la précarité sociale et le travail du sexe.

La même approche basée sur l'analyse des déclarations obligatoires a été menée par Laurian Lassara et coll. Elle a permis de décrire les caractéristiques des usagers de drogue injectable (UDI) ayant découvert leur séropositivité sur la période 2016-2019 et leurs évolutions depuis 2004. L'article publié dans ce numéro met en évidence le vieillissement des UDI au cours du temps, la part croissante de ceux nés en Europe de l'Est, d'où l'impact en termes de précarité et de diagnostics tardifs. Les résultats plaident pour le maintien d'une politique forte de réduction des risques et la nécessaire prise en compte d'objectifs de santé publique internationaux. La stratégie préventive française a pris la voie de la santé sexuelle grâce à la mise en place en 2016 des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par le VIH, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST).

L'article de Gilles Delmas et coll. publié dans ce numéro analyse les données individuelles transmises par les CeGIDD et présente les taux de positivité du VIH et des autres IST (syphilis, gonococcies et infections à *Chlamydia trachomatis*) en fonction des facteurs d'exposition des consultants. En 2020, le taux global de positivité pour le VIH était en très légère augmentation par rapport à celui observé en 2018. Les taux de dépistage de la syphilis et du *Chlamydia* sont restés stables alors que le taux de détection de l'infection à gonocoque était en augmentation. Ces évolutions doivent cependant être interprétées en tenant compte de la baisse de la fréquentation des CeGIDD en 2020 à cause de la crise sanitaire : la fréquentation a fortement diminué au deuxième trimestre 2020, lors de l'instauration du premier confinement (-58% de consultations entre le premier et le second trimestre). Après un retour inférieur au niveau du début de l'année, un second décrochage plus modéré a été observé au mois de novembre (-23% entre octobre et novembre), correspondant à la seconde période de confinement.

Ces confinements ont d'ailleurs eu un impact psychosocial particulier sur le vécu des PVVIH comme rapporté dans le focus de ce numéro par Myriam Campal et coll., qui a analysé les demandes et besoins exprimés par les PVVIH à partir des appels reçus par Sida Info service sur le numéro vert dédié entre mars 2020 et mai 2021. La pandémie

de Covid-19 a réveillé les inquiétudes qu'avaient pu déjà expérimenter les PVVIH face à certaines similitudes entre les pandémies. La période de la Covid-19 a réactivé des peurs vécues autrefois avec le VIH : maladie arrivée de l'étranger, symptômes non spécifiques, mortalité élevée, un traitement qui se fait attendre, une communication anxiogène. Cela a pu provoquer un repli sur soi, une peur de l'exclusion et de la sérophobie. Un sentiment d'injustice s'est également développé chez les PVVIH par rapport à la rapidité de la mise à disposition de vaccins contre la Covid-19 et pas contre le VIH.

Au total, ce numéro nous apporte de précieuses informations sur l'évolution de l'épidémie et sur les préoccupations des PVVIH à l'ère de la Covid-19. Bien sûr, un certain nombre des résultats publiés dans ce numéro sont basés sur des échantillons de convenance et sont donc limités par l'absence de représentativité ; cependant, ces résultats seront très utiles pour la mise en place de la future enquête ANRS-Vespa-3. Les enquêtes Vespa-1 et 2 ont étudié les conditions de vie des PVVIH en France sur une base représentative en 2003 et en 2011 ; une troisième édition est actuellement à l'étude et pourrait voir le jour en 2023. ■

Citer cet article

Spire B. Éditorial. Le VIH à l'ère de la pandémie de Covid-19. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(20-21):376-7. http://beh.sante publiquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_0.html

CONNAISSANCE DE L'EFFET PRÉVENTIF DU TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL (TASP) CHEZ LES HOMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES HOMMES EN FRANCE EN 2021 – RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE RAPPORT AU SEXE

// AWARENESS EFFECTIVENESS OF HIV TREATMENT AS PREVENTION (TASP) AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN – RESULTS FROM THE SURVEY *RAPPORT AU SEXE*, FRANCE, 2021

Annie Velter (annie.velter@santepubliquefrance.fr), Youssoufa Ousseine, Cécile Allaire, Nathalie Lydié

Santé publique France, Saint-Maurice

Soumis le 06.08.2021 // Date of submission: 08.06.2021

Résumé // Abstract

Il y a plus d'une décennie, l'effet préventif du traitement antirétroviral contre le VIH, appelé « TasP » (voir encadré), a été démontré scientifiquement : une personne séropositive sous traitement avec une charge virale indétectable ne peut pas transmettre le virus. L'objectif de cet article est d'évaluer le niveau de connaissance du TasP parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en 2021, de décrire leurs caractéristiques selon leur statut VIH déclaré et les facteurs associés à cette connaissance.

Les données sont issues de l'enquête Rapport au sexe (Eras) 2021, enquête en ligne transversale et anonyme, auto-administrée et basée sur le volontariat.

Parmi les 14 706 répondants inclus dans l'analyse, résidant en France et ayant eu au moins un rapport sexuel avec un homme au cours de leur vie, 60,5% connaissent le TasP, 92,4% parmi les séropositifs au VIH et 58,2% parmi les séronégatifs ou ceux méconnaissant leur statut VIH. Les régressions logistiques montrent, avec des niveaux différents selon le statut VIH des répondants, qu'un faible niveau d'étude, une situation financière perçue comme difficile, un niveau de littératie en santé faible ou encore le fait de ne pas se définir homosexuel étaient associés à une moindre connaissance. Inversement, le fait de vivre en milieu urbain, de fréquenter la communauté gay ou les services de soins liés au VIH étaient associés positivement à la connaissance du TasP.

La poursuite des campagnes de vulgarisation du TasP est primordiale, que ce soit par le biais des canaux associatifs, communautaires, sanitaires mais aussi grand public, avec pour objectif d'améliorer les connaissances sur le VIH et réduire la stigmatisation liée au VIH.

More than a decade ago, the preventive effect of antiretroviral treatment against HIV (TasP) was scientifically demonstrated: an HIV-positive person under treatment with an undetectable viral load cannot transmit the virus. This article aims to assess the level of knowledge about TasP among men who have sex with men (MSM), to describe the men's characteristics according to their declared HIV status and to identify the factors associated with their knowledge.

The data source is the survey Rapport au Sexe (ERAS) 2021: a cross-sectional, anonymous, voluntary and self-administered online survey.

Among the 14,706 respondents included in the analysis, who were residing in France and had engaged in sexual intercourse with a man at least once in their lifetime, 60.5% were aware of TasP, 92.4% among HIV-positive MSM and 58.2% among HIV-negative MSM or those who did not know their HIV status. Logistic regressions show that, to different extents depending on the respondent's HIV status, a low level of education, a financial situation perceived as difficult, a low level of health literacy and not defining oneself as homosexual were factors associated with less knowledge. Conversely, living in an urban area, frequenting the gay community, or attending HIV care services were positively associated to TasP knowledge.

The continuation of public awareness campaigns around TasP is essential, whether administered through associations, the gay community, via health initiatives or the mass media, in order to improve knowledge about HIV and reduce HIV-related stigma.

Mots-clés : Traitement comme prévention, VIH, Connaissance, Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, Littératie en santé

// **Keywords:** Treatment as prevention, HIV, Knowledge, Men who have sex with men, Health literacy

Introduction

En 2008, la prévention du VIH connaît une véritable révolution avec l'« avis suisse », du professeur Hirschel et ses collègues stipulant à partir d'observations que

les personnes vivant avec le VIH, sous traitement antirétroviral efficace avec une charge virale indétectable et ne souffrant pas d'infections sexuellement transmissibles (IST) ne pouvaient pas transmettre le virus lors de rapports sexuels¹. En 2011, l'essai clinique

randomisé HPTN052 confirme l'efficacité de la protection liée au traitement antirétroviral pour les couples hétérosexuels de statut VIH différents². En 2014 et 2016, l'étude PARTNER établit qu'une charge virale indétectable pour les couples hétérosexuels et homosexuels masculins sérodiscordants entérine l'effet préventif du traitement chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)^{3,4}. Plus récemment, les données de l'étude *Opposites Attract* portant sur des couples d'hommes sérodiscordants conduisent au même constat⁵. En France, le groupe d'experts pour la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH affirme, dès 2010, que le traitement antirétroviral réduit considérablement le risque de transmission et promeut son efficacité comme moyen de prévention à la fois d'un point de vue individuel mais aussi collectif, dans une stratégie de baisse des contaminations⁶. Les premières campagnes de prévention intégrant l'effet protecteur du traitement TasP (*Treatment as Prevention*) apparaissent en France en 2016. Elles sont portées par des associations de lutte contre le VIH, comme la campagne « Révélation » de Aides, et par Santé publique France avec la campagne de promotion de la « prévention diversifiée » dont le TasP fait partie⁷. En 2017, les associations de lutte contre le VIH signataires de la déclaration de consensus de *Prevention Access Campaign*, relayent sur les réseaux sociaux la formule « indétectable = intransmissible » (pour U=U, Undetectable = Untransmittable), afin d'accroître la sensibilisation au TasP, mais aussi de contribuer à réduire la stigmatisation liée au VIH⁽¹⁾. En effet, de nombreuses études ont montré l'association entre faible connaissance du TasP et stigmatisation des personnes vivant avec le VIH⁸⁻¹⁰. Enfin, pour la journée annuelle de lutte contre le sida du 1^{er} décembre 2020, Santé publique France a diffusé une campagne sur la sérophobie dans l'objectif de faire connaître au grand public l'effet préventif du traitement. Dans ce contexte d'avancée majeure dans la lutte contre le VIH, nous nous proposons dans cet article d'évaluer le niveau de connaissance du TasP parmi les HSH en 2021, de décrire leurs caractéristiques selon leur statut VIH déclaré et les facteurs associés à cette connaissance.

Méthode

Source de données

Rapport au sexe est une enquête transversale répétée, anonyme, auto-administrée, basée sur le volontariat. Elle a été réalisée du 26 février au 11 avril 2021, sous la responsabilité scientifique de Santé publique France, avec le soutien de l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS) – Maladies infectieuses émergentes. Les participants ont été recrutés par le biais de différents supports digitaux. Des bannières ont été postées directement sur des sites Internet de rencontres gays, des applications de rencontres géolocalisées gays et des sites d'informations affinitaires gays. D'autres ont été diffusées sur

les réseaux sociaux (Facebook) et *via* des plateformes programmatiques en ciblant des hommes de 18 ans et plus, navigant sur des pages contenant des mots-clés en relation avec l'homosexualité et les rencontres entre hommes. En cliquant sur ces bannières, les personnes étaient dirigées vers le site de l'enquête où des informations sur ses objectifs étaient présentées ainsi que les conditions de participation et la confidentialité des données. Les participants étaient invités à donner leur consentement éclairé pour accéder au questionnaire en ligne. Aucune adresse IP n'a été collectée. Aucune incitation financière n'a été proposée. Les seuls critères d'inclusion pour participer étaient le fait d'être un homme et d'avoir 18 ans ou plus. L'étude était conforme aux directives éthiques de la déclaration d'Helsinki de 1975. Le protocole d'enquête en ligne a été évalué et approuvé par le Comité d'évaluation éthique de l'Inserm (IRB00003888 avis n° 21-771).

L'objectif principal de l'enquête est de mesurer l'appropriation de la prévention diversifiée parmi les HSH vivant en France mais d'autres thèmes sont abordés comme l'évaluation des niveaux de connaissance vis-à-vis du VIH. Le questionnaire, divisé en quatre parties, documente les caractéristiques socio-démographiques, les modes de vie, la socialisation, les questions de santé relatives au VIH, les comportements sexuels et préventifs ainsi que des questions sur les connaissances de la maladie.

Variables

La variable d'intérêt de l'étude est le fait de connaître le TasP. Cette variable a été construite à partir de la question : « *L'affirmation suivante est vraie. Avant aujourd'hui, connaissiez-vous déjà cette information : Une personne avec le VIH prenant un traitement efficace (et dont la charge virale est indétectable) ne peut pas transmettre le virus durant un rapport sexuel : a : Je le savais déjà ; b : Je n'en étais pas sûr ; c : Je ne le savais pas ; d : Je ne le crois pas ; e : Je ne comprends pas.* ». Une variable binaire a été construite en formalisant la connaissance du TasP par la réponse « Je le savais déjà » *versus* les autres réponses.

Plusieurs ensembles de variables ont été considérés dans l'analyse des facteurs associés à la connaissance du TasP :

- des caractéristiques sociodémographiques : âge ; niveau d'études ; lieu de naissance ; taille de la commune de résidence, situation financière perçue, situation familiale, niveau de littératie en santé (LS). Cette dernière a été évaluée à l'aide de la dimension « Évaluer l'information en santé » de l'échelle *Health Literacy Questionnaire*^{11,12}. À partir d'une échelle de Likert composée de quatre items notés de 1 à 4 points, une moyenne a été calculée sur des scores de 1 à 4. Les participants ont été catégorisés en niveau faible de LS (score ≤ 2,8 1^{er} quartile) et adéquate (score > 2,8) ;
- des variables de socialisation : autodéfinition de l'orientation sexuelle ; entourage amical ; fréquentation de lieux de convivialité (bar, sauna, *backroom*), des sites Internet et/ou applications de rencontres ;

⁽¹⁾ <https://www.sidaction.org/actualites/declaration-de-consensus-634>

- des variables de santé : recours au dépistage du VIH dans les 12 derniers mois ; statut VIH déclaré : séropositif, séronégatif ou inconnu (c'est-à-dire n'ayant jamais fait de test au cours de la vie ou ne connaissant pas le résultat du dernier test) ; statut VIH biomédical déclaré. Cette dernière variable a été construite à partir du statut VIH déclaré, de l'usage actuel de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour les répondants séronégatifs, de l'indéfectibilité de la charge virale lors du dernier bilan aux répondants séropositifs. La combinaison des réponses forme les 5 items distincts suivant : séronégatifs VIH sous PrEP, séronégatifs VIH sans PrEP, séropositifs avec une charge virale indéfectible, séropositifs avec une charge virale détectable ou inconnue, statut VIH inconnu ;
- des variables sur les comportements sexuels : nombre de partenaires dans les six derniers mois (plus ou moins cinq partenaires), moyens de prévention utilisés lors de la dernière pénétration anale dans les six derniers mois (aucun moyen, préservatif exclusivement, au moins le TasP, au moins la PrEP, le traitement post exposition (TPE) exclusif, non concernés (pas de partenaires sexuels dans les six derniers mois ou pas de pénétration anale au cours du dernier rapport sexuel).

La population incluse dans l'étude est celle des hommes qui ont eu au moins un rapport sexuel avec un homme au cours de leur vie, résidant en France et âgés de 18 ans et plus.

Analyses statistiques

L'ensemble des analyses a été réalisé avec le logiciel STATA® 14.1. Les analyses ont été stratifiées selon le statut VIH déclaré. Les pourcentages issus des analyses bivariées ont été comparés en utilisant le test d'indépendance du Chi² de Pearson, avec un seuil maximal retenu à 5%. Afin de décrire les facteurs associés au fait de connaître le TasP, deux régressions logistiques multivariées ont été menées en fonction du statut VIH déclaré. Les variables significatives au seuil de 20% en analyse bivariée ont été retenues pour les analyses multivariées. Le seuil de significativité retenu pour les analyses multivariées était de 5%.

Résultats

Caractéristiques des répondants à Eras 2021 (N=14 706)

Un total de 36 648 personnes a débuté le questionnaire, 18 474 l'ont complété entièrement et validé (50% de complétude). Parmi elles, ont été exclus 401 hommes car ils résidaient à l'étranger et 3 367 car ils n'avaient jamais eu de rapport sexuel avec un homme au cours de leur vie. Au total, 14 706 HSH ont été inclus dans l'analyse. La majorité d'entre eux (78%) s'était connectée à l'enquête via les réseaux sociaux.

Caractéristiques des répondants inclus

Les caractéristiques et les différences entre les deux catégories liées au statut VIH déclaré sont présentées dans le tableau 1. Les répondants étaient majoritairement nés en France (94%) et diplômés de l'enseignement supérieur (67%), pour autant, 42% percevaient leur situation financière comme difficile. Des différences significatives étaient observées selon le statut VIH déclaré par les répondants. Ainsi, les répondants séropositifs étaient plus âgés avec un âge médian de 50 ans (intervalle interquartile, IQ [39-56]) contre 32 ans (IQ : [25-42]) pour les répondants séronégatifs ou de statut VIH inconnu, résidaient plus souvent dans une agglomération de plus de 100 000 habitants (43% vs. 37%, $p < 0,001$). Ils avaient un mode de vie plus affinitaire : de par leur affirmation de leur identité homosexuelle (94% vs. 74%, $p < 0,001$), leur cercle d'amis majoritairement homosexuels (20% vs. 8%, $p < 0,001$), leur fréquentation des lieux de convivialité gay (bars, saunas, *backrooms*) (82% vs. 55%, $p < 0,001$), ou des sites Internet ou applications de rencontres (86% vs. 76%, $p < 0,001$). Plus du tiers indiquaient avoir eu plus de 5 partenaires dans les six derniers mois (35% vs. 18%, $p < 0,001$). L'usage du TasP comme moyen de prévention lors de la dernière pénétration anale au cours des six derniers mois était rapporté par 27% des répondants séropositifs. Concernant le statut biomédical VIH, la majorité des répondants séropositifs rapportait une charge virale (CV) indéfectible (95%). Pour ceux non-séropositifs, 72% se déclaraient séronégatifs, 11% séronégatifs usagers de PrEP et 17% ne connaissaient pas leur statut VIH.

Connaissance du TasP

Globalement, 60,5% des répondants connaissaient le TasP. Cette connaissance s'élevait à 92% pour les répondants séropositifs et 58% pour les séronégatifs ou de statut inconnu. La figure permet d'observer de manière détaillée les différences significatives par item de réponses selon le statut biomédical VIH déclaré par les répondants. Ainsi, 75% (36/48) des répondants séropositifs avec une CV détectable ou inconnue connaissaient le TasP contre 93% (902/967) pour ceux avec une CV indéfectible. C'était le cas pour 89% (1 337/1 504) des répondants séronégatifs sous PrEP, 58% (5 643/9 804) pour les répondants séronégatifs sans PrEP et 41% (982/2 383) pour ceux méconnaissant leur statut VIH. Dans ce dernier groupe, plus d'un quart (26% – 624/2 383) des répondants ne connaissaient pas le TasP. Ils étaient 14% (1 386/9 804) parmi les répondants séronégatifs sans PrEP. Enfin, parmi les répondants séropositifs avec une CV détectable ou inconnue, 10% (5/48) ne croyaient pas à l'effet préventif du traitement.

Facteurs associés à la connaissance du TasP

Le tableau 2 présente les caractéristiques et les facteurs associés au fait de connaître le TasP selon le statut VIH déclaré. Parmi les répondants séropositifs,

Tableau 1

Caractéristiques des répondants résidant en France, âgés de 18 à 99 ans et ayant eu des rapports sexuels avec des hommes au cours de leur vie selon leur statut VIH déclaré. Enquête Rapport au sexe, France 2021, n=14 706

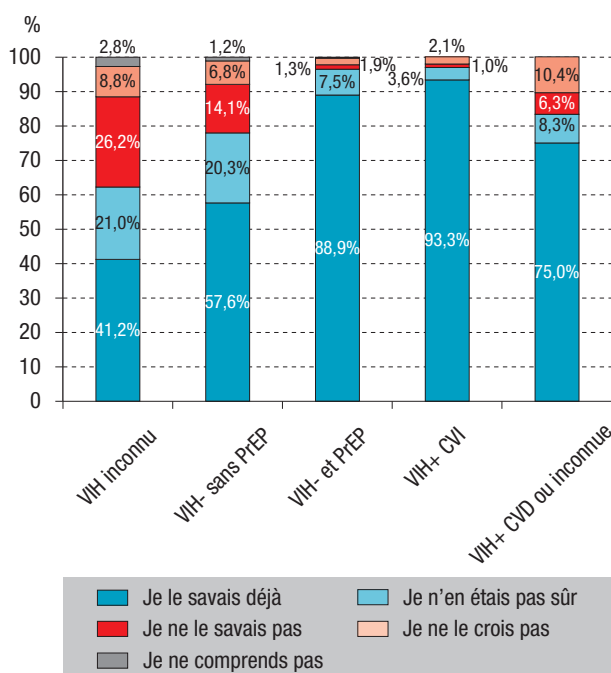
	Total (N=14 706)		Statut VIH déclaré				p-value
			Statut VIH positif (N=1 015)		Statut VIH négatif ou inconnu (N=13 691)		
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	
Âge							<0,001
30 ans et plus	8 841	60,1	959	94,5	7 882	57,6	
<30 ans	5 865	39,9	56	5,5	5 809	42,4	
Lieu de naissance							0,033
Pays étranger	812	5,5	71	7,0	741	5,4	
France	13 894	94,5	944	93,0	12 950	94,6	
Niveau d'études							<0,001
Baccalauréat et moins	4 612	31,4	382	37,6	4 230	30,9	
Supérieur au Baccalauréat	10 094	68,6	633	62,4	9 461	69,1	
Taille de la ville de résidence supérieure à 100 000 habitants							<0,001
Non	9 132	62,1	573	56,5	8 559	62,5	
Oui	5 574	37,9	442	43,5	5 132	37,5	
Situation professionnelle actuelle							0,002
Autre*	4 826	32,8	288	28,4	4 538	33,1	
Salarié, indépendant, auto-entrepreneur	9 880	67,2	727	71,6	9 153	66,9	
Situation financière difficile (juste, difficile, endettée)							0,037
Non	8 587	58,4	561	55,3	8 026	58,6	
Oui	6 119	41,6	454	44,7	5 665	41,4	
Relation stable avec un homme							0,092
Non	7 173	48,8	521	51,3	6 652	48,6	
Oui	7 533	51,2	494	48,7	7 039	51,4	
Faible niveau de littératie en santé							<0,001
Non	10 165	69,1	780	76,8	9 385	68,5	
Oui	4 541	30,9	235	23,2	4 306	31,5	
Orientation sexuelle							<0,001
Homosexuel	11 155	75,9	956	94,2	10 199	74,5	
Bisexuel	2 380	16,2	35	3,4	2 345	17,1	
Autres (hétérosexuel, refus de se définir,)	1 171	8,0	24	2,4	1 147	8,4	
Cercle d'amis majoritairement homosexuel							<0,001
Non	13 419	91,2	815	80,3	12 604	92,1	
Oui	1 287	8,8	200	19,7	1 087	7,9	
Fréquentation des lieux de convivialité (bars, saunas, backrooms)							<0,001
Non	6 275	42,7	183	18,0	6 092	44,5	
Oui	8 431	57,3	832	82,0	7 599	55,5	
Fréquentation de sites Internet et/ou applications							<0,001
Non	3 386	23,0	140	13,8	3 246	23,7	
Oui	11 320	77,0	875	86,2	10 445	76,3	
Dépistage VIH au cours des 12 derniers mois							<0,001
Non	8 678	59,0	986	97,1	7 692	56,2	
Oui	6 028	41,0	29	2,9	5 999	43,8	
Statut VIH biomédical déclaré							<0,001
VIH- et PrEP	1 504	10,2	NC	NC	1 504	11,0	
VIH- sans PrEP	9 804	66,7	NC	NC	9 804	71,6	
VIH+ charge virale indétectable	967	6,6	967	95,3	NC	NC	
VIH+ charge virale détectable ou inconnue	48	0,3	48	4,7	NC	NC	
VIH inconnu	2 383	16,2	NC	NC	2 383	17,4	
Avoir plus de 5 partenaires sexuels dans les 6 derniers mois							<0,001
Non	11 908	81,0	660	65,0	11 248	82,2	
Oui	2 798	19,0	355	35,0	2 443	17,8	
Moyen de prévention lors de la dernière pénétration anale dans les 6 derniers mois							<0,001
Aucun moyen de prévention	4 856	33,0	358	35,3	4 498	32,9	
Préservatif exclusif	2 551	17,3	110	10,8	2 441	17,8	
Au moins TasP	363	2,5	273	26,9	90	0,7	
Au moins la PrEP	1 153	7,8	0	0,0	1 153	8,4	
TPE exclusif	30	0,2	0	0,0	30	0,2	
Non concernés*	5 753	39,1	274	27,0	5 479	40,0	
Connaissance TasP							<0,001
Non	5 806	39,5	77	7,6	5 729	41,8	
Oui	8 900	60,5	938	92,4	7 962	58,2	

TasP : Traitement comme prévention ; PrEP : Prophylaxie pré-exposition ; TPE : Traitement post-exposition ; NC : non concerné.

* Pas de partenaires durant les 6 derniers mois ou pas de pratique de la pénétration anale durant le dernier rapport sexuel.

Figure

Répartition des réponses à la question : « Avant aujourd'hui, connaissiez-vous déjà ces informations ? : Une personne avec le VIH prenant un traitement efficace (et dont la charge virale est indétectable) ne peut pas transmettre le virus durant un rapport sexuel » selon le statut biomédical déclaré. Enquête Rapport au sexe 2021, France, n=14 706



PrEP : Prophylaxie pré-exposition ; CVI : Charge virale indétectable ; CVD : Charge virale détectable.

la connaissance du TasP était positivement associée au fait de résider dans une agglomération de plus de 100 000 habitants, ainsi que de fréquenter des sites Internet et des applications de rencontres gays. En revanche, avoir un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat, percevoir sa situation financière comme difficile, avoir un faible niveau de LS, se définir différemment que personnes ayant des relations homosexuelles ou bisexuelles, avoir été diagnostiqué séropositif dans les 12 derniers mois et avoir une CV détectable ou inconnue étaient indépendamment associés négativement à la connaissance du TasP.

Parmi les répondants séronégatifs ou de statut VIH inconnu, la connaissance du TasP était positivement associée au fait de résider dans une agglomération de plus de 100 000 habitants, d'avoir un cercle d'amis ayant majoritairement des relations avec des hommes homosexuels, de fréquenter des lieux de convivialité gay, ainsi que des sites Internet et des applications de rencontres gays, d'avoir eu plus de 5 partenaires sexuels dans les six derniers mois, d'avoir réalisé un dépistage du VIH dans les 12 derniers mois et être usagers de la PrEP. Méconnaître son statut VIH, se définir comme personne bisexuelle ou d'une autre manière qu'« homo-bisexuelle », avoir un partenaire stable, percevoir sa situation financière comme difficile, avoir un niveau d'étude inférieur ou égal au baccalauréat, ainsi qu'un faible niveau de LS étaient significativement associés négativement à la connaissance du TasP.

Discussion

Bien qu'une décennie se soit écoulée depuis la publication des premières preuves de l'efficacité du TasP², l'enquête Eras 2021, montre que l'effet préventif du traitement antirétroviral est encore insuffisamment connu : uniquement 60% des répondants le connaissaient. Ce taux est similaire à celui des répondants résidant en France dans l'enquête européenne EMIS (*European MSM Internet Survey*) réalisée en 2017¹³. Cependant, le niveau de connaissance des répondants HSH d'Eras est moindre que dans d'autres études étrangères précédentes^{14,15}. Ces différences peuvent être liées à plusieurs facteurs, notamment d'ordre méthodologique, mais également selon l'ampleur des campagnes de promotion du TasP dans ces pays.

De fortes disparités sont observées selon le statut VIH. Alors que les HSH séropositifs avaient une très bonne connaissance du TasP (93%), les HSH séronégatifs ou ne connaissant pas leur statut VIH avaient une connaissance encore trop faible (58%). Le niveau de connaissance des HSH séropositifs est cohérent avec celui d'autres études réalisées en France en milieu hospitalier¹⁶ ou dans d'autres pays auprès d'HSH de ce statut VIH⁹. Cependant, ces répondants n'étaient que 27% à avoir rapporté utiliser le TasP lors de leur dernier rapport sexuel et ce quel que soit le niveau de leur charge virale. Un tel décalage interroge : est-ce la persistance de la crainte de contaminer leurs partenaires ou celle du stigmate intériorisé du VIH comme l'illustre l'article de M. Perez dans ce numéro thématique du BEH¹⁷ ? De nouvelles études seraient nécessaires pour comprendre ce différentiel.

Les différences entre statut VIH peuvent s'expliquer par le fait que l'information sur le TasP a été diffusée plus rapidement aux personnes vivant avec le VIH au cours de leur prise en charge médicale, compte tenu des bénéfices individuels des traitements en termes de réduction de la morbidité et de la mortalité pour elles dès le début des années 2010⁶. Le rôle des professionnels de santé dans la transmission de l'information est majeur. Comme l'ont observé d'autres études^{18,19}, les hommes qui ont plus fréquemment recours aux services de santé sont plus susceptibles de connaître l'efficacité du TasP. Nos résultats vont dans ce sens et montrent que la connaissance du TasP est associée au fait d'utiliser la PrEP pour les répondants séronégatifs ou encore d'avoir réalisé un test de dépistage pour le VIH dans les 12 derniers mois. En effet, le dépistage du VIH ou le suivi de la PrEP sont des moments privilégiés d'échanges entre les professionnels de santé et les patients au cours desquels les stratégies de prévention peuvent être discutées. Des études antérieures ont montré que si le médecin est la principale source d'information relative au TasP pour les personnes vivant avec le VIH^{16,18}, ce n'est pas le cas pour les autres pour qui le dévoilement de leur orientation sexuelle à un professionnel de santé peut être problématique¹⁸.

Tableau 2

Caractéristiques des répondants ayant eu des rapports sexuels avec des hommes au cours de leur vie et ayant déclaré savoir qu'« une personne avec le VIH prenant un traitement efficace (et dont la charge virale est indétectable) ne peut pas transmettre le virus durant un rapport sexuel » selon leur statut VIH déclaré et leurs facteurs associés (modèle final). Enquête Rapport au sexe 2021, France

	Statut VIH positif					Statut VIH négatif ou inconnu				
	Effectifs	%	p-value	ORa	[IC95%]	Effectifs	%	p-value	ORa	[IC95%]
	938	92,4				7 962	58,2			
Âge			Pr=0,897					Pr=0,274		
30 ans et plus	886	92,4				4 615	58,6			
<30 ans	52	92,9				3 347	57,6			
Lieu de naissance			Pr=0,453					Pr=0,000		
Pays étranger	64	90,1				488	65,9			
France	874	92,6				7 474	57,7			
Niveau d'études			Pr=0,000					Pr=0,000		
Baccalauréat et moins	334	87,4		0,45**	[0,26-0,77]	1 955	46,2		0,63***	[0,58-0,68]
Supérieur au Baccalauréat	604	95,4		Référence		6 007	63,5		Référence	
Taille de la ville de résidence supérieure à 100 000 habitants			Pr=0,000					Pr=0,000		
Non	514	89,7		Référence		4 469	52,2		Référence	
Oui	424	95,9		2,02*	[1,12-3,63]	3 493	68,1		1,41***	[1,31-1,53]
Situation professionnelle actuelle			Pr=0,032					Pr=0,554		
Autre*	258	89,6				2 623	57,8			
Salarié, indépendant, auto-entrepreneur	680	93,5				5 339	58,3			
Situation financière difficile (juste, difficile, endettée)			Pr=0,000					Pr=0,000		
Non	535	95,4		Référence		4 944	61,6		Référence	
Oui	403	88,8		0,52*	[0,31-0,89]	3 018	53,3		0,85***	[0,79-0,92]
Relation stable avec un homme			Pr=0,122					Pr=0,000		
Non	488	93,7				4 087	61,4		Référence	
Oui	450	91,1				3 875	55,1		0,80***	[0,74-0,87]
Faible niveau de littératie en santé			Pr=0,000					Pr=0,000		
Non	735	94,2		Référence		5 815	62,0		Référence	
Oui	203	86,4		0,44**	[0,26-0,74]	2 147	49,9		0,65***	[0,60-0,70]
Orientation sexuelle			Pr=0,000					Pr=0,000		
Homosexuel	891	93,2		Référence		6 447	63,2		Référence	
Bisexuel	30	85,7		0,74	[0,25-2,18]	1 013	43,2		0,60***	[0,54-0,67]
Autres (hétérosexuel, refus de définir)	17	70,8		0,26*	[0,92-0,73]	502	43,8		0,64***	[0,56-0,73]
Cercle d'amis majoritairement homosexuel			Pr=0,033					Pr=0,000		
Non	746	91,5				7 134	56,6		Référence	
Oui	192	96,0				828	76,2		1,59***	[1,36-1,86]
Fréquentation des lieux de convivialité (bars, saunas, backrooms)			Pr=0,059							Pr=0,000
Non	163	89,1				3 101	50,9		Référence	
Oui	775	93,1				4 861	64,0		1,15***	[1,07-1,25]
Fréquentation de sites Internet et/ou applis			Pr=0,000					Pr=0,000		
Non	116	82,9		Référence		1 605	49,4		Référence	
Oui	822	93,9		3,21***	[1,82-5,66]	6 357	60,9		1,20***	[1,09-1,31]



Tableau 2 (suite)

	Statut VIH positif					Statut VIH négatif ou inconnu				
	Effectifs	%	p-value	ORa	[IC95%]	Effectifs	%	p-value	ORa	[IC95%]
Dépistage VIH au cours des 12 derniers mois			Pr=0,001					Pr=0,000		
Non	916	92,9		Référence		3 724	48,4		Référence	
Oui	22	75,9		0,71*	[0,09-0,79]	4 238	70,6		1,52***	[1,40-1,66]
Statut biomédical VIH déclaré			Pr=0,000					Pr=0,000		
VIH- et PrEP	NA	NA		NA		1 337	88,9		3,17***	[2,65-3,79]
VIH- sans PrEP	NA	NA		NA		5 643	57,6		Référence	
VIH+ charge virale indétectable	902	93,3		Référence		NA	NA		NA	NA
VIH+ charge virale détectable ou inconnue	36	75,0		0,37*	[0,16-0,87]	NA	NA		NA	NA
VIH inconnu	NA	NA		NA		982	41,2		0,8***	[0,72-0,89]
Avoir plus de 5 partenaires sexuels dans les 6 derniers mois			Pr=0,003					Pr=0,000		
Non	598	90,6				6 152	54,7		Référence	
Oui	340	95,8				1 810	74,1		1,27***	[1,13-1,42]
Moyen de prévention lors de la dernière pénétration anale dans les 6 derniers mois			Pr=0,004					Pr=0,000		
Aucun moyen de prévention	335	93,6				2 625	58,4			
Préservatif exclusif	103	93,6				1 348	55,2			
Au moins TasP	260	95,2				88	97,8			
Au moins la PrEP	NA	NA				1 004	87,1			
TPE exclusif	NA					17	56,7			
Non concernés ^a	240	87,6				2 880	52,6			

Degré de significativité : *** <0,001 ; ** <0,01 ; * <0,05 ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

TasP : Treatment as Prevention ; PrEP : Prophylaxie Préexposition ; TPE : Traitement Post-exposition ; NA : Non applicable.

^a Pas de partenaires durant les 6 derniers mois ou pas de pratique de la pénétration anale durant le dernier rapport sexuel.

L'éducation communautaire par les pairs tient également un rôle important dans la connaissance du TasP. Carter et coll. observaient que les organismes communautaires ou les médias gays étaient également des sources d'information importantes et ce, quel que soit le statut sérologique des HSH¹⁸. Dans notre étude, les HSH séronégatifs ou méconnaissant leur statut VIH ayant rapporté une certaine proximité avec la communauté gay du fait de leur fréquentation des lieux de convivialité gay ou de leur cercle d'amis majoritairement homosexuels, avaient une meilleure connaissance du TasP que les autres. Par ailleurs, les HSH bisexuels ou ne se définissant pas homo-bisexuels, avaient une moins bonne connaissance du TasP.

Des variations ont également été observées en fonction de déterminants sociaux et ce, quel que soit le statut sérologique des HSH, comme l'avaient souligné des études antérieures^{15,18,19}. Les HSH n'ayant pas suivi d'études supérieures ou rapportant une situation financière perçue comme difficile connaissaient moins le TasP. Ce résultat plaide pour des communications et des dispositifs prenant en considération les différents niveaux de scolarité et les obstacles d'accès aux soins de santé que

peuvent rencontrer les personnes économiquement vulnérables.

De manière cohérente, les HSH ayant un faible niveau de littératie en santé avaient une moins bonne connaissance du TasP. La dimension de la LS choisie dans cette édition d'Eras était celle sur la capacité des personnes à évaluer l'information sanitaire. Ainsi, un bon niveau de LS témoigne d'une capacité à comprendre une grande partie des informations de santé et à avoir un regard critique sur ces informations. *A contrario*, les personnes avec un faible niveau de LS éprouvent des difficultés à comparer diverses informations, à vérifier la fiabilité et faire le tri selon les émetteurs, à poser des questions aux professionnels et à s'approprier les informations qui les concernent. Les HSH avec un faible score en LS peuvent être en difficulté face à des informations aussi complexes voire techniques que le TasP. Ainsi, des recherches antérieures^{18,20,21} ont montré que les HSH séronégatifs qui présentaient un niveau de connaissance du TasP plus faible ne comprenaient pas ce que signifie *charge virale indétectable* et pouvaient être sceptiques quant à la prévention de la transmission grâce aux traitements. Dans notre étude, nous observons que 7% des HSH négatifs sans PrEP ne croient

pas à l'effet préventif des traitements, 9% parmi les HSH méconnaissant leur statut VIH et 10% parmi les HSH séropositifs ayant une CV détectable ou inconnue. Ces résultats montrent l'importance d'une communication prenant en compte les niveaux de LS de la population des HSH dans toute sa diversité et sans surestimer les connaissances sur des sujets complexes et évolutifs comme c'est le cas pour le TasP.

Ceci requiert le développement d'une pluralité de messages de prévention et de promotion de la santé, à la fois au niveau individuel et au niveau populationnel. La qualité des échanges, la conception des messages, des supports de communication, des campagnes de prévention et la diffusion doivent être accessibles et faciles à comprendre. Car au-delà des enjeux préventifs, le TasP est aussi une opportunité pour lutter contre les stigmatisations dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH. D'autant plus dans notre population d'étude, pour qui la séropositive au VIH semble encore une conséquence de leur homosexualité²² comme ce fut le cas au début de l'épidémie. Ainsi, des études ont montré l'impact positif de la connaissance du TasP sur le niveau de stigmatisation du VIH parmi les HSH^{8,23,24}. Ces résultats militent pour une pédagogie renforcée et pour la production d'informations sur le TasP prenant en compte les connaissances effectives et adaptées à la diversité du public cible, quels que soient le statut VIH, la proximité ou pas à la communauté gay, le niveau socioéconomique et la LS.

Cette étude comporte des limites d'ordre méthodologique. Les enquêtes dites de convenance, basées sur le volontariat comme Eras, tendent à sur-représenter les hommes les plus identitaires^{25,26}. Aussi, nos résultats ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population des HSH vivant en France. Pour autant, le recrutement *via* les réseaux sociaux a permis de diversifier les profils socio-démographiques et affinitaires des répondants d'Eras et d'inclure des hommes plus distants de la scène gay, moins favorisés économiquement. Par ailleurs, bien que la formulation de la question sur la connaissance du TasP soit issue de l'enquête Européenne EMIS¹³, le libellé indiquant d'emblée que la proposition était vraie a pu influencer les répondants et surestimer la part de connaissance, contrairement aux enquêtes qui demandent aux répondants de définir eux-mêmes ce qu'est le TasP¹⁴.

Implications en santé publique

Au vu de nos résultats, beaucoup reste à faire pour promouvoir le TasP et rendre cette stratégie acceptable pour l'ensemble des HSH, tout en luttant contre les discriminations dont font l'objet les personnes vivant avec le VIH du fait de représentations erronées. Nos résultats confirment que la promotion du TasP doit atteindre les HSH qui ne sont pas déjà engagés dans une prise en charge du VIH ou de la PrEP, les HSH distants des modes de vie communautaires et ceux avec une faible LS.

Encadré

Prévention biomédicale du VIH

TasP (*Treatment as Prevention*) ou traitement comme outil de prévention.

Le traitement contre le VIH permet non seulement d'améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH mais il constitue aussi une stratégie hautement efficace pour se protéger du VIH. Ainsi, les personnes vivant avec le VIH qui suivent un traitement antirétroviral, qui atteignent et maintiennent une charge virale indétectable au-delà de six mois, ne transmettent pas le VIH à leur(s) partenaire(s) sexuel(s). On appelle ce mode de protection le TasP (de l'anglais, *Treatment as Prevention*, « traitement comme outil de prévention »).

Prophylaxie pré-exposition (PrEP)

La prophylaxie pré-exposition, ou PrEP, est une stratégie de prévention qui consiste, pour une personne non infectée par le VIH, à prendre des médicaments antirétroviraux pour prévenir la transmission du VIH. La PrEP, qui peut se prendre en continu (un comprimé tous les jours) ou à la demande (des comprimés autour des rapports sexuels), nécessite une ordonnance délivrée par un médecin, qu'il exerce à l'hôpital, en CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic) ou en ville ; elle est prise en charge par la sécurité sociale. Une personne sous PrEP bénéficie d'un suivi trimestriel.

Prophylaxie post-exposition (PPE) après une exposition récente (appelée aussi parfois TPE : traitement post-exposition)

La prophylaxie post-exposition, ou PPE, est un moyen de prévenir la transmission du VIH chez une personne non infectée par le VIH qui pourrait avoir été exposée au virus à la suite d'un rapport sexuel non ou mal protégé par exemple. Elle consiste à prendre des médicaments anti-VIH le plus tôt possible après une exposition potentielle au virus et au plus tard dans les 72 heures suivant l'exposition au VIH.

Pour plus d'informations :

<https://www.sexosafe.fr/>

Sida Info Service – (sida-info-service.org)

Cela implique la conception de messages variés et adaptés et l'utilisation de différents supports et modes de diffusion. Ainsi, cette année, pour la journée annuelle de lutte contre le sida du 1^{er} décembre 2021, Santé publique France diffuse, une nouvelle fois, la campagne sur la sérophobie dans laquelle la notion de TasP est abordée. Elle est destinée à la fois au grand public et aux HSH par une campagne digitale ciblée et dans les lieux de convivialité gay. ■

Remerciements

Nous remercions l'ANRS – Maladies infectieuses émergentes pour son soutien, via notamment la mise à disposition d'un poste de moniteur d'études en sciences sociales ; Nicolas Etien, Bérengère Gall et Solange Brugnax pour la qualité de leur travail dans la mise en œuvre de l'enquête ; nos partenaires associatifs pour leur soutien et relai de l'enquête dans leur réseau et l'ensemble des hommes gays et autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes d'avoir pris le temps de répondre à l'enquête.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*. 2008;89(5):165-9.

[2] 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.

[3] Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, *et al.* Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA*. 2016;316(2):171-81.

[4] Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, *et al.* Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): Final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet*. 2019;393(10189):2428-38.

[5] Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, Grinsztejn B, Prestage GP, Zablotska-Manos IB, *et al.* Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: An international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV*. 2018;5(8):e438-e47.

[6] Yeni P. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandation du groupe d'experts. Rapport 2010. Paris: La documentation française, ministère de la Santé et des Sports; 2010. 415 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf

[7] Lydié N, Machet V, Bessarion C, Arwidson P, Bluzat L. Campagne sur la prévention diversifiée auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes réalisée en France métropolitaine en 2016 : description d'une démarche innovante et éléments de bilan. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017 (29-30):617-22. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_4.html

[8] Babel RA, Wang P, Alessi EJ, Raymond HF, Wei C. Stigma, HIV risk, and access to HIV prevention and treatment services among men who have sex with men (MSM) in the United States: A scoping review. *AIDS Behav*. 2021;25:1-31.

[9] Bor J, Fischer C, Modi M, Richman B, Kinker C, King R, *et al.* Changing knowledge and attitudes towards HIV Treatment-as-Prevention and "Undetectable=Untransmittable": A systematic review. *AIDS Behav*. 2021;1-16.

[10] Rendina HJ, Talan AJ, Cienfuegos-Szalay J, Carter JA, Shalhav O. Treatment is more than prevention: Perceived personal and social benefits of Undetectable = Untransmittable messaging among sexual minority men living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*. 2020;34(10):444-51.

[11] Debussche X, Lenclume V, Balcou-Debussche M, Alakian D, Sokolowsky C, Ballet D, *et al.* Characterisation of health literacy strengths and weaknesses among people at metabolic and cardiovascular risk: Validity testing of the Health Literacy Questionnaire. *SAGE Open Med*. 2018;6:2050312118801250.

[12] Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*. 2013;13:658.

[13] Alain T, Villes V, Moudachirou K, Annequin M, Delabre R, Michels D, *et al.* European MSM Internet Survey (EMIS-2017). Rapport national de la France. Pantin: AIDES, CoalitionPlus, Santé publique France; 2021 (en cours de publication).

[14] Siegel K, Meunier É. Awareness and perceived effectiveness of HIV Treatment as Prevention among men who have sex with men in New York City. *AIDS Behav*. 2019;23(7):1974-83.

[15] Torres TS, Cox J, Marins LM, Bezerra DR, Veloso VG, Grinsztejn B, *et al.* A call to improve understanding of Undetectable equals Untransmittable (U = U) in Brazil: A web-based survey. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(11):e2563

[16] Couffignal C, Papot E, Etienne A, Legac S, Laouénan C, Beres D, *et al.* Treatment as prevention (TasP) and perceived sexual changes in behavior among HIV-positive persons: a French survey in infectious diseases departments in Paris. *AIDS Care*. 2020;32(7):811-7.

[17] Pérez M. Analyse sociologique des expériences de la séropositivité au VIH à partir d'une enquête longitudinale qualitative auprès d'hommes homosexuels. *Bull Epidémiol Hebd*. 2021; (20-21):412-22. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_5.html

[18] Carter A, Lachowsky N, Rich A, Forrest JI, Sereda P, Cui Z, *et al.* Gay and bisexual men's awareness and knowledge of treatment as prevention: Findings from the Momentum Health Study in Vancouver, Canada. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(1):20039.

[19] Rendina HJ, Parsons JT. Factors associated with perceived accuracy of the Undetectable = Untransmittable slogan among men who have sex with men: Implications for messaging scale-up and implementation. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(1):e25055.

[20] Holt M, Lea T, Murphy DA, Ellard J, Rosengarten M, Kippax SC, *et al.* Australian gay and bisexual men's attitudes to HIV treatment as prevention in repeated, national surveys, 2011-2013. *PloS One*. 2014;9(11):e112349.

[21] Young I, Flowers P, McDaid LM. Key factors in the acceptability of treatment as prevention (TasP) in Scotland: A qualitative study with communities affected by HIV. *Sex Transm Infect*. 2015;91(4):269-74.

[22] Perez M, Ferez S, Héas S. Séropositivité et (em) prises biotechnologiques. Les homosexuels masculins récemment diagnostiqués. *SociologieS. Dossiers, Eros et Thanatos*. 2017.

[23] Maticcotta JJ, Rosales-Perez FJ, Carrillo CM. HIV pre-exposure prophylaxis and treatment as prevention – Beliefs and access barriers in men who have sex with men (MSM) and transgender women: A systematic review. *J Patient Cent Res Rev.* 2020;7(3):265-74.

[24] Prati G, Zani B, Pietrantonio L, Scudiero D, Perone P, Cosmaro L, et al. PEP and TasP Awareness among Italian MSM, PLWHA, and high-risk heterosexuals and demographic, behavioral, and social correlates. *PLoS One.* 2016;11(6):e0157339.

[25] Schiltz MA. Faire et défaire les groupes : l'information chiffrée sur les "populations difficiles à atteindre". *Bull Méthodol Sociol.* 2005;86:30-54.

[26] Velter A, Saboni L, Bouyssou A, Bernillon P, Sommen C, Semaille C. Échantillons de convenance par Internet et par la presse. *Enquête Presse Gays et lesbiennes 2011.* *Bull Methodol Sociol.* 2015;126(1):46-66.

Citer cet article

Velter A, Ousseine Y, Allaire C, Lydié N. Connaissance de l'effet préventif du traitement antirétroviral (TasP) chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes en France en 2021 – Résultats de l'enquête Rapport au sexe. *Bull Epidémiol Hebd.* 2021;(20-21):378-87. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_1.html

ARTICLE // Article

ÉVOLUTIONS ET CARACTÉRISTIQUES DES USAGERS DE DROGUES INJECTABLES AYANT DÉCOUVERT LEUR SÉROPOSITIVITÉ AU VIH EN FRANCE ENTRE 2004 ET 2019

// EVOLUTIONS AND CHARACTERISTICS OF NEW HIV DIAGNOSES AMONG PEOPLE WHO INJECT DRUGS IN FRANCE BETWEEN 2004 AND 2019

Laurian Lassara¹ (laurianlassara@gmail.com), Françoise Cazein¹, Florence Lot¹, Karl Stefic², Marie Jauffret-Roustide^{1,3,4,5}

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Centre national de référence du VIH, laboratoire associé, Inserm U1259, CHU Bretonneau & Université François Rabelais, Tours

³ Centre d'étude des mouvements sociaux, Inserm U1276/CNRS UMR 8044/EHESS, Paris

⁴ Baldy Center for Law and Social Policy, Buffalo University, New York, États-Unis

⁵ British Columbia Center on Substance Use, Vancouver, Canada

Soumis le 24.09.2021 // Date of submission: 09.24.2021

Résumé // Abstract

Cet article présente les caractéristiques des usagers de drogues injectables (UDI) ayant découvert leur séropositivité VIH en France sur la période 2016-2019, selon leur lieu de naissance, ainsi que les évolutions de ces caractéristiques depuis la période 2004-2007, à partir des déclarations obligatoires d'infection à VIH.

En 2016-2019, les UDI représentaient 0,8% de l'ensemble des découvertes de séropositivité déclarées, pourcentage en diminution depuis 2004-2007 (1,7%). Les principales évolutions observées sont une tendance à l'augmentation des UDI de plus de 50 ans, une augmentation de la part des UDI sans profession, une forte progression des UDI nés en Europe de l'Est et une diminution de ceux nés en France, une amélioration de l'indicateur de précocité du diagnostic chez les UDI nés en France, non observée chez ceux nés à l'étranger. Près des trois-quarts des UDI n'avaient jamais été testés avant leur diagnostic.

La part croissante des UDI sans profession reflète probablement une aggravation des situations de précarité. La proportion très importante d'UDI n'ayant jamais été testés avant la découverte de leur séropositivité indique qu'une partie de cette population reste éloignée du système de soins. Ces constats appellent à encourager les politiques de dépistage ciblé et d'accompagnement des UDI et des personnes migrantes.

Based on data from mandatory HIV declarations in France, this article presents the characteristics of new HIV diagnoses among people who inject drugs (PWID), by their birthplace, for the period 2016-2019, and the evolutions of these characteristics since the 2004-2007 period.

For 2016-2019, PWID represented 0.8% of all new HIV diagnoses declared, a decreased percentage compared to 2004-2007 (1.7%). The main evolutions observed are an increasing trend of PWID aged 50 years or over, an increase of unemployed PWID, a sharp rise in PWID from Eastern Europe and a decrease in those born in France, as well as an improvement in the early diagnosis indicator for PWID born in France that was not observed for those born abroad. Almost three-quarters of PWID had never been tested before their diagnosis.

The rising proportion of unemployed PWID probably reflects worsened levels of precarity. The very high proportion of PWID never tested before the HIV diagnosis indicates that part of this population remains distant from the health system. These conclusions show the need to enhance targeted screening and support policies for PWID and migrants.

Mots-clés : UDI, VIH, Caractéristiques, Épidémiologie, Évolutions

// **Keywords:** PWID, HIV diagnosis, Characteristics, Epidemiology, Evolutions

Introduction

Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), les usagers de drogues injectables (UDI) représentent en France une population estimée à 110 000 personnes d'après la dernière estimation publiée en 2019¹. Ils constituent une population particulièrement exposée au risque de contamination par les infections transmissibles par le sang, dont le VIH et le VHC, en raison de pratiques de partage du matériel d'injection.

La politique de réduction des risques chez les UDI a officiellement été adoptée par la France en 1993, avec du retard en comparaison à d'autres pays européens tels que les Pays-Bas, l'Allemagne ou la Suisse². Cette politique a permis de réduire la transmission virale grâce à l'adoption de pratiques plus sûres chez les UDI, à l'accès aux seringues en pharmacie dès 1986, au développement des programmes d'échanges de seringues au début des années 90, à la diffusion des traitements de substitution aux opiacés tels que la méthadone et la buprénorphine à partir de 1995 et à l'implantation de salles de consommation à moindre risque en 2016. Le modèle français de réduction des risques se caractérise par une excellente disponibilité des traitements de substitution (pour plus de 8 UDI sur 10)³, qui atteint le plus haut niveau en Europe⁴. La dernière édition de l'enquête Coquelicot 2011-2013 a cependant montré la persistance de l'exposition aux risques d'infection chez les UDI : 26% des participants déclaraient avoir partagé leur seringue au moins une fois au cours du dernier mois (*versus* 13% en 2004)⁵ et un tiers des participants déclaraient avoir eu des difficultés à se procurer des seringues au cours des six derniers mois³.

Dans ce contexte préoccupant vis-à-vis des risques infectieux liés à l'usage de drogues, l'objectif de cet article est de décrire les caractéristiques des UDI ayant découvert leur séropositivité VIH sur la période 2016-2019 et les évolutions depuis 2004, à partir des données de la déclaration obligatoire (DO) de l'infection par le VIH en France.

Méthode

La méthodologie appliquée pour cette analyse a été décrite précédemment dans deux articles de 2015⁶ et 2018⁷. La DO de l'infection à VIH a été mise en place en France en 2003 et repose sur une déclaration conjointe du biologiste ayant confirmé le diagnostic et du clinicien prescripteur du test.

À partir des informations recueillies dans le formulaire de DO du VIH, ont été analysés :

- les données sociodémographiques : sexe, âge, lieu de naissance, région de domicile, catégorie socioprofessionnelle ;
- les circonstances de contamination et de diagnostic : mode de contamination probable (usage de drogues injectables), lieu de contamination probable, délai entre l'arrivée en France et le diagnostic, initiative du dépistage, antécédent de sérologie négative ;
- le caractère précoce ou avancé du diagnostic ;
- la présence éventuelle d'une co-infection par une hépatite B ou C ou une infection sexuellement transmissible (IST) bactérienne.

Le caractère précoce ou avancé du diagnostic repose sur une combinaison de plusieurs indicateurs. Le diagnostic précoce est défini par un profil virologique de séroconversion, par un stade clinique de primo-infection ou par un test d'infection récente positif. Le stade avancé est défini par un stade clinique de sida ou par un taux de lymphocytes CD4 <200/mm³ en l'absence de primo-infection. Le stade intermédiaire correspond à l'ensemble des autres situations.

L'analyse a été réalisée à partir des DO reçues jusqu'au 30 juin 2020. Les caractéristiques des UDI ayant découvert leur séropositivité VIH sur la période 2016-2019 ont été décrites selon leur lieu de naissance (France ou étranger), à l'aide d'un test du Chi² d'indépendance ou d'un test de Fisher. Compte tenu de la faiblesse des effectifs, les évolutions des caractéristiques des UDI ayant découvert leur séropositivité depuis 2004 ont été analysées sur quatre périodes de quatre ans (2004-2007, 2008-2011, 2012-2015 et 2016-2019), à l'aide d'un test du Chi² de tendance, en testant pour chaque variable une modalité *versus* le cumul des autres. L'analyse de tendance a été restreinte à trois périodes pour les variables de la DO qui ne sont disponibles que depuis 2008 et pour les modalités montrant une rupture de tendance sur la dernière période. Toutes les proportions ont été calculées en excluant les valeurs inconnues.

Résultats

Sur la période 2016-2019, les UDI représentaient 0,8% de l'ensemble des découvertes de séropositivité déclarées (146/18 845), pourcentage en diminution par rapport à 2004-2007 (341/20 049, 1,7%, $p < 0,00001$).

Caractéristiques sociodémographiques

Sexe et âge

Sur la période 2016-2019, les hommes représentaient 86% des UDI ayant découvert leur séropositivité VIH (tableau 1). Cette proportion était plus importante chez les UDI nés à l'étranger (90%) que chez ceux nés en France (75%, $p < 0,05$). La proportion d'hommes UDI découvrant leur séropositivité VIH a augmenté entre les deux premières périodes pour se stabiliser ensuite ($p < 0,05$, tableau 2).

En 2016-2019, la majorité des UDI (53%) avaient entre 35 et 49 ans. La répartition par classe d'âge ne différait pas entre les UDI nés en France et ceux nés à l'étranger. La part des plus de 50 ans a augmenté entre 2004-2007 et 2012-2015 ($p < 0,00001$).

Lieu de naissance

En 2016-2019, 28% des UDI ayant découvert leur séropositivité VIH étaient nés en France et 62% en Europe (hors de France) : 54% en Europe de l'Est et 8% en Europe de l'Ouest. Parmi les UDI nés en Europe, les principaux pays de naissance étaient la Géorgie (39%), la Russie (14%), la Bulgarie (9%), la Roumanie (7%), l'Ukraine (6%) et le Portugal (6%).

La part d'UDI nés en Europe a fortement augmenté entre 2004-2007 et 2016-2019 (de 25% à 62%, $p < 0,00001$) et concerne notamment ceux nés en Géorgie, dont la part a augmenté de 19% à 39% ($p < 0,01$), tandis que celle des UDI nés au Portugal a diminué, passant de 39% à 6% ($p < 0,00001$).

Parmi les 62% d'UDI nés en Europe, 67% étaient nés dans des pays d'Europe ne faisant pas partie de l'Union européenne (UE) (représentant 41% du total des lieux de naissance) et 33% étaient nés dans des pays de l'UE (21% du total). La part des UDI nés en Europe hors de l'UE a fortement augmenté, passant de 11% en 2004-2007 à 41% en 2016-2019 ($p < 0,00001$).

Catégorie socioprofessionnelle (CSP)

En 2016-2019, 48% des UDI étaient sans profession. La répartition des CSP des UDI nés en France et de ceux nés à l'étranger ne différait pas significativement. La proportion d'UDI sans profession a augmenté au cours du temps, passant de 33% en 2004-2007 à 48% en 2016-2019 ($p < 0,01$).

Région de domicile

En 2016-2019, 36% des UDI ayant découvert leur séropositivité VIH étaient domiciliés en Île-de-France et 60% en France métropolitaine hors de l'Île-de-France. Seuls 1% des UDI ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016-2019 vivaient dans un département ou région d'outre-mer (DROM) et 3% à l'étranger. Les répartitions des lieux de domicile entre les UDI nés en France et ceux nés à l'étranger n'étaient pas significativement différentes. L'évolution des caractéristiques montre une augmentation de la part des UDI domiciliés en Île-de-France entre 2008-2011 (25%) et 2016-2019

(36%, $p < 0,05$) en parallèle d'une diminution de ceux domiciliés en métropole, hors d'Île-de-France (de 68% à 60%, $p < 0,05$).

Circonstances de contamination et de diagnostic

Délai entre l'arrivée en France et le diagnostic, et lieu de contamination probable, pour les UDI nés à l'étranger

En 2016-2019, plus des deux tiers des UDI nés à l'étranger (68%) ont été diagnostiqués moins d'un an après leur arrivée en France. Cette proportion était encore plus importante chez les UDI nés en Europe de l'Est (75%) comparativement à ceux nés à l'étranger en dehors de l'Europe de l'Est (45%). À noter que 9% des UDI nés à l'étranger avaient été diagnostiqués plus de 10 ans après leur arrivée en France.

Parmi les UDI nés à l'étranger pour lesquels on dispose de l'information, 85% d'entre eux ont été déclarés comme ayant été contaminés à l'étranger.

Initiative de la sérologie

En 2016-2019, le médecin était majoritairement à l'initiative de la sérologie ayant permis la découverte de la séropositivité VIH chez les UDI (92%), sans différence entre ceux nés en France et ceux nés à l'étranger, et sans différence entre les deux périodes de recueil des données.

Antécédent de sérologie négative

En 2016-2019, 71% des UDI ayant découvert leur séropositivité VIH n'avaient pas d'antécédent de sérologie négative avant le diagnostic, proportion plus importante chez ceux nés à l'étranger que chez ceux nés en France (86% vs 55%, $p < 0,01$). Cette proportion chez l'ensemble des UDI a diminué entre 2004-2007 et 2012-2015 ($p < 0,0001$), mais a réaugmenté en 2016-2019.

Caractère précoce ou avancé du diagnostic

En 2016-2019, 38% des UDI ont été diagnostiqués à un stade avancé de l'infection, proportion qui était beaucoup plus importante chez ceux nés à l'étranger (51%) que chez ceux nés en France (16%, $p < 0,001$).

La diminution de la part de diagnostics à un stade avancé chez les UDI entre 2008-2011 et 2016-2019 n'est pas significative. Une diminution est observée uniquement chez ceux nés en France (de 47% en 2008-2011 à 16% en 2016-2019, $p < 0,01$), parallèlement à une augmentation de la part des diagnostics précoces (de 13% à 37%, $p < 0,01$).

Co-infections

Sur la période 2016-2019, 11% des UDI ayant découvert leur séropositivité étaient porteurs de l'antigène HBs, marqueur d'une infection chronique par l'hépatite B. Trois-quarts des UDI avaient des anticorps anti-VHC, témoin d'une hépatite C

Tableau 1

Caractéristiques des découvertes de séropositivité VIH chez les usagers de drogues injectables (UDI) en 2016-2019 et comparaisons selon le lieu de naissance (France, données brutes de la déclaration obligatoire du VIH au 30 juin 2020)

	UDI (N=146)	UDI nés en France (N=40)	UDI nés à l'étranger (N=101)	p
Sexe (N)	146	40	101	<0,05
Femme (%)	14	25	10	
Homme (%)	86	75	90	
Classes d'âge (N)	146	40	101	0,51
15-24 ans (%)	6	7,5	5	
25-34 ans (%)	30	22,5	35	
35-49 ans (%)	53	60	49	
50 ans et plus (%)	11	10	11	
Médiane (ans)	39	39	38	
Catégorie socioprofessionnelle (N)	67	33	34	0,68
Agriculteurs (%)	0	0	0	
Commerçants/chefs d'entreprise (%)	3	3	3	
Cadres/professions dites « intellectuelles » (%)	3	3	3	
Professions « intermédiaires » (%)	9	12	6	
Employés (%)	9	6	12	
Ouvriers (%)	28	21	35	
Sans profession (%)	48	55	41	
Région de domicile (N)	145	40	101	0,23
Île-de-France (%)	36	27,5	39	
Métropole hors-Île-de-France (%)	60	70	56	
Départements et régions d'outre-mer (%)	1	2,5	1	
Étranger (%)	3	0	4	
Lieu de contamination (N)	95	34	59	<0,0001
France (%)	45	94	15	
Étranger (%)	55	6	85	
Initiative de la sérologie (N)	96	32	60	0,71
Médecin (%)	92	94	90	
Patient (%)	8	6	10	
Antécédent de sérologie négative (N)	62	29	29	<0,01
≥1 sérologie antérieure (%)	29	45	14	
Aucune sérologie antérieure (%)	71	55	86	
Indicateur de précocité du diagnostic (N)	111	38	69	<0,0001
Précoce (PIV/SCONV/TIR) (%)	18	37	9	<0,001^a
Intermédiaire (%)	44	47	40	
Avancé (sida ou T4<200/mm ³) (%)	38	16	51	<0,001^a

^a p-value comparant la modalité aux autres modalités regroupées de la variable.

PIV : primo-infection à VIH ; SCONV : séroconversion ; TIR : test d'infection récente.

ancienne guérie ou non. Près d'un UDI sur 10 (9%) présentait une co-infection par une IST bactérienne concomitante ou survenue dans les 12 derniers mois : il s'agissait principalement d'une syphilis. La part de co-infections était comparable entre

les UDI nés en France ou à l'étranger, sauf concernant l'hépatite C : la proportion d'UDI ayant des anticorps anti-VHC était plus importante chez ceux nés à l'étranger que chez ceux nés en France (83% *versus* 65%, $p<0,05$).

Tableau 2

Caractéristiques des découvertes de séropositivité VIH chez les UDI par période de 4 ans et tendances (France, données brutes de la déclaration obligatoire du VIH au 30 juin 2020)

	2004-2007 (N=341)	2008-2011 (N=209)	2012-2015 (N=210)	2016-2019 (N=146)	p de tendance
Pourcentage d'UDI parmi les découvertes (%)	1,7	1,1	1,1	0,8	<0,00001
Sexe (N)	341	209	210	146	
Femme (%)	22	13	16	14	<0,05
Homme (%)	78	87	84	86	
Classes d'âge (N)	341	209	210	146	
15-24 ans (%)	7	3	6	6	
25-34 ans (%)	32	34	29	30	
35-49 ans (%)	56	54	48	53	
50 ans et plus (%)	5	9	17	11	<0,00001 ^c
Médiane (ans)	37	39	38,5	39	-
Lieu de naissance (N)	281	189	191	141	
Afrique du Nord (%)	9	7	2	2	<0,001
Afrique subsaharienne (%)	7	5	5	4	
France (%)	55	48	39	28	<0,00001
Amériques (%)	2	2	0	1	
Asie-Océanie (%)	2	3	2	3	
Europe (%)	25	35	52	62	<0,00001
dont pays de l'Union européenne	14	20	28	21	<0,01
dont pays hors de l'Union européenne	11	15	24	41	<0,00001
Catégorie socioprofessionnelle (N)	229	140	133	67	
Agriculteurs (%)	1	1	1	0	
Commerçants/chefs d'entreprise (%)	6	3	5	3	
Cadres/professions dites « intellectuelles » (%)	4	5	1	3	
Professions « intermédiaires » (%)	5	9	4	9	
Employés (%)	13	11	20	9	
Ouvriers (%)	38	39	22	28	<0,01 ^c
Sans profession (%)	33	32	47	48	<0,01
Région de domicile (N)	321	202	203	145	
Île-de-France (%)	31	25	31	36	<0,05 ^d
Métropole hors-Île-de-France (%)	61	68	63	60	<0,05 ^d
Départements et régions d'outre-mer (%)	5	3	0	1	
Étranger (%)	3	4	5	3	
Lieu de contamination (N)^a	-	150	157	95	
France (%)	-	59	48	45	<0,05
Étranger (%)	-	41	52	55	
Initiative de la sérologie (N)^b	-	-	164	96	
Médecin (%)	-	-	93	92	
Patient (%)	-	-	7	8	
Antécédent de sérologie négative (N)	263	109	85	62	
≥1 sérologie antérieure (%)	21	35	41	29	<0,0001 ^c
Aucune sérologie antérieure (%)	79	65	59	71	
Indicateur de précocité du diagnostic (N)^a	-	194	185	111	
Précoce (PIV/SCONV/TIR) (%)	-	12	16	18	
Intermédiaire (%)	-	42	48	44	
Avancé (sida ou T4<200/mm ³) (%)	-	46	36	38	

^a variable disponible depuis 2008. ^b variable disponible depuis 2012.

^c tendance globale testée sur les trois premières périodes : 2004-2007, 2008-2011 et 2012-2015 ; ^d tendance globale testée sur les trois dernières périodes : 2008-2011, 2012-2015 et 2016-2019.

PIV : primo-infection à VIH ; SCONV : séroconversion ; TIR : test d'infection récente.

Discussion-conclusion

Les UDI constituent toujours une population particulièrement exposée au risque de contamination par le VHC, mais également par le VIH, comme en témoignent les estimations élevées d'incidence du VIH⁸, d'où l'intérêt de suivre les caractéristiques et les tendances des découvertes de séropositivité chez les UDI via la DO du VIH.

L'ensemble des résultats présentés dans cet article repose sur les DO reçues à Santé publique France entre 2004 et juin 2020, sans correction pour la sous-déclaration et les données manquantes. À partir de ces données brutes, la diminution du nombre de découvertes de séropositivité VIH déclarées chez les UDI est de 38% entre 2004-2007 et 2012-2015, et de 57% entre 2004-2007 et 2016-2019, sachant que la sous-déclaration des cas qui a augmenté sur les années les plus récentes et les délais de déclaration peuvent avoir artificiellement accru le niveau de la diminution sur la dernière période. Notre analyse conclut également à une diminution de la part des UDI parmi l'ensemble des découvertes de séropositivité entre 2004-2007 et 2016-2019 (de 1,7% à 0,8%).

L'évolution de l'épidémie à VIH chez les UDI est marquée par la baisse des découvertes de séropositivité chez ceux nés en France et par l'augmentation des découvertes chez ceux nés à l'étranger, en nombre et en proportion. Cette amélioration de la situation des UDI nés en France vis-à-vis du VIH peut s'expliquer par le développement de la politique de réduction des risques dans notre pays, qui inclut désormais l'accès à une diversité de mesures permettant à la fois de réduire les pratiques à risque de transmission de manière directe, en favorisant l'accès aux seringues et aux salles de consommation à moindre risque et, de manière plus indirecte, par l'accès aux traitements de substitution aux opiacés qui permettent aux UDI de traiter leur addiction aux opiacés et donc de diminuer le nombre d'injections. Le nombre de personnes sous traitements de substitution en France est désormais de près de 180 000 personnes, avec une augmentation constante de la part de la méthadone (qui atteint désormais près de la moitié des prescriptions)⁹.

Des progrès restent toutefois à accomplir en matière de réduction des risques. Dès 2016, la reprise des pratiques à risque et les problèmes d'accessibilité du matériel d'injection en France avaient été documentés à partir des données de la dernière enquête Coquelicot 2011-2013, un tiers des UDI déclarant avoir rencontré des difficultés à se procurer des seringues au cours des six derniers mois³. Cette tendance s'est confirmée au cours du temps dans les données de l'OFDT. Chez les UDI fréquentant les Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) en 2015, 26,2% déclaraient avoir partagé au moins un élément du matériel d'injection au cours du dernier mois, et 14,5% une

seringue (*versus* 9% en 2012)¹⁰. Ce constat épidémiologique documenté à partir de deux enquêtes menées en France est conforté par une source européenne issue de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT, EMCDDA) qui montre que le matériel d'injection reste distribué en quantité insuffisante en France, avec une estimation de 110 seringues distribuées par UDI en 2015¹¹. Ce nombre, en hausse entre 2010 et 2015, reste inférieur aux 200 seringues par UDI recommandées par l'OMS (Organisation mondiale de la santé) en 2012 pour atteindre le seuil de couverture, la France n'arrivant qu'en 10^e position au niveau européen⁴.

Les principales évolutions observées en termes de caractéristiques des découvertes de séropositivité VIH chez les UDI entre 2004-2007 et 2016-2019 sont les suivantes : augmentation de la part des UDI sans profession, tendance à l'augmentation des UDI de plus de 50 ans, forte progression des UDI nés en Europe de l'Est (notamment en Europe hors de l'UE) et diminution de ceux nés en France, amélioration de l'indicateur de précocité du diagnostic chez les UDI nés en France non observée chez ceux nés à l'étranger.

Dans notre analyse, l'augmentation de la proportion d'UDI sans profession au moment de la découverte de leur séropositivité, d'un UDI sur trois (33%) en 2004-2007 à un sur deux (48%) en 2016-2019, reflète probablement des situations plus fréquentes de précarité dans cette population.

Notre analyse met en évidence un pourcentage très élevé d'UDI n'ayant pas d'antécédent de sérologie négative avant la découverte de leur séropositivité (71% en 2016-2019), ce qui indique que des UDI continuent d'être éloignés du système de soins et de prise en charge, notamment ceux nés à l'étranger (86% sans antécédent de sérologie négative). À l'inverse, d'après la dernière enquête Coquelicot 2011-2013, le recours au dépistage du VIH chez les usagers de drogues au cours de leur vie est élevé (94%)³. En parallèle, seuls 6,7% des UDI rencontrés en CAARUD en 2015 déclaraient ne jamais avoir été dépistés pour le VIH¹⁰. Dans un contexte d'incidence ayant fortement diminué, ce décalage pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des UDI séropositifs au VIH et proches du système de soins ont déjà été diagnostiqués. Les UDI ayant découvert leur séropositivité VIH en 2016-2019 seraient donc des UDI plus éloignés du système de soins. Cette absence de dépistage antérieur pour une partie des UDI explique la part importante de diagnostics à un stade avancé (38%).

La population des UDI découvrant leur infection à VIH a fortement évolué sur les 16 années de l'analyse, avec une diminution importante de la part d'UDI nés en France (passant de 55% à 28%) et une augmentation de ceux nés en Europe (de 25% à 62%), et notamment en Europe de l'Est (54% des UDI). L'évolution de ces proportions peut s'expliquer par des modifications de la population des UDI vivant en France, mais aussi par la part importante

de ceux déjà diagnostiqués, non représentés dans les nouveaux diagnostics. Au sein des UDI nés en Europe, la répartition s'est modifiée, avec l'augmentation de la population d'UDI venant de Géorgie et la diminution importante de ceux venant du Portugal. Cette diminution peut s'expliquer par la politique de décriminalisation des drogues mise en place en 2000-2001 au Portugal, permettant aux UDI de bénéficier d'un meilleur accès aux soins¹². L'augmentation de la proportion d'UDI venant d'Europe de l'Est (notamment de Géorgie) pourrait être liée au fait que certains pays ont adopté des politiques de répression face à l'usage de drogues¹³. Les motivations des usagers des pays de l'Est à migrer en France sont diverses ; elles incluent des motifs liés à la santé (meilleur accès aux traitements antiviraux pour le VIH et l'hépatite C ou aux traitements de substitution pour l'addiction), mais elles peuvent être également économiques (recherche de meilleures conditions de vie ou d'un travail) et politiques (fuir un pays avec des lois très répressives en matière d'usage de drogues ou d'opinions politiques)¹³.

Notre analyse met en évidence des différences dans les caractéristiques et les évolutions entre les UDI nés en France et ceux nés à l'étranger, et montre donc la diversité des profils des UDI découvrant leur séropositivité. Aucune différence d'âge ou de CSP ne ressort entre ces deux populations. Cependant, la part de femmes est plus importante chez les UDI nés en France que chez ceux nés à l'étranger (en 2016-2019 : 25% versus 10%).

On observe une évolution positive au cours du temps, en termes de précocité du diagnostic, chez les UDI nés en France. Chez ceux nés à l'étranger, la part de diagnostics avancés est plus élevée et aucune tendance à la baisse n'est observée depuis 2008. Le fait que les UDI nés à l'étranger soient diagnostiqués plus tardivement peut s'expliquer en partie par une contamination antérieure à la migration (sachant que 85% des UDI nés à l'étranger déclaraient avoir été probablement contaminés à l'étranger) et, pour certains, par un accès moins aisé au système de santé français, ce qui retarderait donc leur prise en charge. Il existe sans doute également une certaine difficulté du système de soins à capter certains sous-groupes d'UDI. En effet, 86% des UDI nés à l'étranger n'ont jamais été testés avant la découverte de leur séropositivité. Néanmoins, plus des deux tiers des UDI nés à l'étranger ont été diagnostiqués moins d'un an après leur arrivée en France. Cela reflète les réflexes de dépistage des professionnels face aux UDI et aux personnes migrantes. À l'inverse, 9% des UDI nés à l'étranger ont été diagnostiqués plus de dix ans après leur arrivée en France. Le début de l'entrée dans la carrière d'addiction n'étant pas connu, il n'est pas possible d'expliquer ce chiffre uniquement par un éloignement vis-à-vis du système de soins, sachant que le début de l'addiction ou la contamination peuvent avoir eu lieu après l'arrivée en France. Les UDI nés en France ont été moins exposés au VHC dans leur vie que ceux nés à l'étranger.

Certaines évolutions importantes dans les caractéristiques des UDI découvrant leur séropositivité VIH en France entre 2004 et 2019 sont à noter et appellent à encourager les politiques de dépistage ciblé et d'accompagnement des UDI et des personnes migrantes. Les UDI représentaient 10% des personnes vivant avec le VIH en France en 2016 et la prévalence du VIH estimée dans cette population reste élevée (17,5%)³. Le retard au diagnostic des UDI (et notamment de ceux nés à l'étranger) ainsi que la précarisation des UDI entre 2004 et 2019 appellent à une vigilance accrue face à une possibilité de reprise de l'épidémie dans cette population.

Ces résultats amènent à recommander le maintien d'une politique forte de réduction des risques, avec un accent sur l'accessibilité au matériel d'injection stérile¹⁴ et la nécessaire prise en compte d'objectifs de santé publique internationaux. Une stratégie plus globale adressant à la fois la dimension des risques dans ses aspects sanitaires, mais également sociaux, doit être mise en place. Cette stratégie doit également intégrer une dimension communautaire de la prévention, permettant d'impliquer les différentes communautés d'UDI dans leur définition des stratégies, afin de répondre de manière plus spécifique à leurs besoins. Des efforts doivent être menés au niveau international dans les pays d'origine des UDI, afin d'inciter les pays d'Europe de l'Est à renforcer les politiques de réduction des risques et à lutter contre la stigmatisation des usagers de drogues¹³. ■

Remerciements

Nous remercions infiniment Pierre Pichon, ainsi que Lotfi Benyelles, Clara da Costa et Charly Ramus pour leur travail quotidien de gestion des données de la déclaration obligatoire du VIH/sida.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues, chiffres clés – 8^e édition. Paris: OFDT; 2019. 8 p. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DCC2019.pdf>
- [2] Jauffret-Roustide M. Les drogues : approche sociologique, économique et politique. Paris: La documentation française; 2004. 156 p.
- [3] Weill-Barillet L, Pillonel J, Semaille C, Léon L, Le Strat Y, Pascal X, et al. Hepatitis C virus and HIV seroprevalences, sociodemographic characteristics, behaviors and access to syringes among drug users, a comparison of geographical areas in France, ANRS-Coquelicot 2011 survey. *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2016;64(4):301-12.
- [4] Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA). Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions – 2019. Luxembourg: Office des publications de l'Union européenne; 2019. 100 p. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001FRN_PDF.pdf

- [5] Jauffret-Roustide M, Chollet A, Santos A, Benoit T, Péchiné S, Duplessy C, *et al.* Theory versus practice, bacteriological efficiency versus personal habits: A bacteriological and user acceptability evaluation of filtering tools for people who inject drugs. *Drug Alcohol Rev.* 2018;37(1):106-15.
- [6] Lot F, Smati J, Montlahuc C, Cazein F, Barin F, Le Strat Y, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH chez les jeunes en France, 2003-2013. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(40-41):744-51. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/40-41/2015_40-41_1.html
- [7] Tran TC, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(40-41):792-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_1.html
- [8] 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.
- [9] Brisacier AC. Tableau de bord « Traitements de substitution aux opioïdes ». Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2020. 21 p. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/TabTSO200916.pdf>
- [10] Cadet-Tairou A, Lermenier-Jeannet A, Gautier S. Profils et pratiques des usagers de drogues rencontrés dans les CAARUD en 2015. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2018. 56 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/profils-et-pratiques-des-usagers-de-drogues-rencontres-dans-les-caarud-en-2015/>
- [11] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles – Édition 2019. Paris: OFDT; 2019. 204 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
- [12] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug Policy Profiles – Portugal. Lisbon: EMCDDA Papers; 2011. 28 p. https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-policy-profiles/portugal_en
- [13] Tibi-Lévy Y, Serebryakova D, Jauffret-Roustide M, ANRS-Coquelicot Study Group. Migration experiences, life conditions, and drug use practices of Russian-speaking drug users who live in Paris: A mixed-method analysis from the ANRS-Coquelicot study. *Harm Reduct J.* 2020;17(1):55.
- [14] Cazein F, Pillonel J, Barin F, Jauffret-Roustide M. HIV infection among persons who inject drugs: Ending old epidemics and addressing new outbreaks. *AIDS.* 2016;30(11):1857-8.

Citer cet article

Lassara L, Cazein F, Lot F, Stefic K, Jauffret-Roustide M. Évolutions et caractéristiques des usagers de drogues injectables ayant découvert leur séropositivité au VIH en France entre 2004 et 2019. *Bull Epidémiol Hebd.* 2021;(20-21):387-94. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_2.html

DIAGNOSTICS D'INFECTION À VIH CHEZ DES PERSONNES TRANS, FRANCE 2012-2020

// HIV DIAGNOSES IN TRANSGENDER PEOPLE, FRANCE 2012-2020

Françoise Cazein¹ (francoise.cazein@santepubliquefrance.fr), Mathias Bruyand¹, Josiane Pillonel¹, Karl Stefic², Cécile Sommen¹, Nathalie Lydié¹, Florence Lot¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Centre national de référence du VIH, CHU de Tours

Soumis le 03.09.2021 // Date of submission: 09.03.2021

Résumé // Abstract

Introduction – Les personnes trans sont très vulnérables vis-à-vis de l'infection à VIH et des autres IST du fait de facteurs comportementaux, économiques ou sociaux. Ce travail a pour objectif de décrire les diagnostics d'infection à VIH dans cette population.

Matériels-méthodes – Les données sont issues de la déclaration obligatoire de l'infection à VIH. L'analyse a porté sur les diagnostics d'infection à VIH chez les personnes trans entre 2012 et 2020. Deux catégories ont été décrites : les découvertes de séropositivité (personnes ignorant leur séropositivité avant le diagnostic) et les premiers diagnostics en France de personnes déjà diagnostiquées dans un autre pays.

Résultats – De 2012 à 2020, 253 personnes trans découvrant leur séropositivité ont été déclarées, soit 0,7% des découvertes sur cette période. Après correction pour prendre en compte la sous-déclaration et les données manquantes, ce nombre est estimé à 418 (IC95%: [367-469]). La plupart de ces personnes étaient des femmes trans (87%), dont l'âge médian était de 31 ans (38,5 pour les hommes). Les femmes trans étaient plus souvent nées à l'étranger (83%, principalement en Amérique du Sud) que les hommes trans (52%). Le mode de contamination probable était principalement sexuel (98%). Le motif le plus fréquent de réalisation de la sérologie était une exposition récente au VIH (33%) et 15% des diagnostics étaient réalisés suite à un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) positif. Une personne trans sur cinq était diagnostiquée au stade avancé de l'infection (sida ou <200 CD4), et 37% des personnes trans étaient co-infectées par une autre IST.

Entre 2012 et 2020, 115 personnes trans, connaissant leur séropositivité et diagnostiquées en France l'année de leur arrivée sur le territoire, ont été déclarées, soit 6% des personnes diagnostiquées dans ces conditions. Ces diagnostics concernaient quasi exclusivement des femmes (99%). Après correction, leur nombre est estimé à 169 (IC95%: [137-201]) personnes.

Discussion-conclusion – Les personnes trans découvrant leur séropositivité sont très majoritairement nées à l'étranger et contaminées par voie sexuelle. Elles sont fréquemment co-infectées par une IST bactérienne, soulignant leur niveau élevé d'exposition sexuelle et plaidant pour un renforcement de la prévention diversifiée dans cette population, notamment par la PrEP. Le diagnostic à un stade avancé de l'infection est plus fréquent chez les personnes trans nées à l'étranger diagnostiquées plusieurs années après leur arrivée, ce qui souligne la nécessité de poursuivre les incitations au dépistage à distance de la migration.

De même que les découvertes de séropositivité, les premiers diagnostics en France de personnes déjà diagnostiquées dans un autre pays représentent un enjeu important en matière de mise en place d'une prise en charge médicale, qu'il s'agisse d'une initiation ou d'une poursuite de traitement antirétroviral.

Introduction – Transgender people are highly vulnerable to HIV infection and other STIs, due to behavioral, economic, or social factors. This work aims to describe HIV diagnoses in this population.

Materials-methods – The data come from HIV mandatory reporting. We analysed HIV diagnoses in transgender people between 2012 and 2020. Two categories have been described, new diagnoses (people not knowing their HIV status before diagnosis), and first diagnoses in France for people already diagnosed in another country.

Results – From 2012 to 2020, 253 new HIV diagnoses in transgender people were reported, i.e. 0.7% of diagnoses. After adjustment for underreporting and missing data, this number was estimated at 418 (95% CI [367-469]). Most of these people were trans women (87%), with a median age of 31 (38.5 for men). Trans women were more often born abroad (83%, mainly in South America) than trans men (52%). The probable mode of contamination was mainly sexual (98%). The most common reason for performing serology was recent exposure to HIV (33%), and 15% of diagnoses were made following a positive rapid diagnostic orientation test. One in five trans people were diagnosed with advanced infection (AIDS or <200 CD4 cells), and 37% of trans people were co-infected with another STI.

Between 2012 and 2020, 115 first diagnoses in France in transgender people knowing their HIV status were reported. These diagnoses concern almost exclusively women (99%). After correction, their number is estimated at 169 (95% CI [137-201]) people.

Discussion-conclusion – *Transgender people newly diagnosed are mainly born abroad and sexually infected. They are often coinfecting with a bacterial STI, highlighting their high level of sexual exposure and calls for a strengthening of diversified prevention in this population, including PrEP. New diagnoses at an advanced stage of infection are more common in foreign-born transgender people diagnosed several years after arrival in France, which is an argument to support HIV screening in this population. As well as new HIV diagnoses, the first diagnoses in France of people already diagnosed in another country, are an important issue in terms of setting up HIV medical care, whether for initiation or continued antiretroviral therapy.*

Mots-clés : VIH, Diagnostic, Personnes trans
// **Keywords:** HIV, Diagnosis, Transgender people

Introduction

Le terme de personnes trans désigne les personnes qui vivent ou souhaitent vivre dans un genre différent de celui qui leur a été assigné à la naissance. Ces personnes ont des profils très divers et, parmi elles, le terme de femmes trans s'applique à des personnes dont l'identité de genre s'exprime dans le registre féminin, alors que le terme d'hommes trans s'applique à des personnes dont l'identité de genre s'exprime dans le registre masculin. Les personnes trans, et notamment les femmes trans, sont très vulnérables vis-à-vis de l'infection à VIH^{1,2}, que ce soit du fait de facteurs comportementaux (faible usage de moyens de prévention, multiplicité des partenaires, méconnaissance des modes de transmission), économiques ou sociaux (discriminations). La part des personnes trans dans la population est mal connue, les estimations disponibles étant disparates : de 0,004% à 0,6% en majorité des femmes, pour des études basées sur une définition limitative comme le recours au soin dans des centres spécialisés ; plus élevées (0,5% à 1,3%) pour les femmes trans, et 0,4% à 1,2% pour les hommes trans, à partir d'enquêtes en population générale^{1,3}.

En France, le système de surveillance de l'infection à VIH coordonné par Santé publique France repose notamment sur la déclaration obligatoire (DO) des nouveaux diagnostics d'infection à VIH. Les données recueillies permettent de connaître le nombre et les caractéristiques des personnes découvrant leur séropositivité VIH, afin d'orienter les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge, et d'apporter des éléments permettant leur évaluation. Cet article a pour objectif de décrire les diagnostics d'infection par le VIH chez les personnes trans depuis 2012.

Matériels et méthodes

La DO du VIH repose sur une déclaration parallèle du biologiste ayant confirmé le diagnostic d'infection à VIH et du clinicien prescripteur du test, sur la base d'un code d'anonymat. La DO du VIH se fait en ligne depuis 2016, *via* l'application e-DO (www.e-do.fr). La mention « transgenre » a été ajoutée en 2012 sur le volet rempli par le clinicien avec les modalités : « homme vers femme » et « femme vers homme », à partir desquelles nous avons défini respectivement pour cet article les femmes trans et les hommes trans.

Parmi les diagnostics d'infection à VIH déclarés, deux catégories distinctes ont été décrites. D'une part les découvertes de séropositivité dans l'année pour la personne, c'est-à-dire concernant uniquement les personnes qui ignoraient leur séropositivité un an avant le diagnostic déclaré. D'autre part, les diagnostics chez des personnes connaissant leur séropositivité avant d'arriver en France, mais dont le premier test positif en France, moins d'un an après leur arrivée, constituait une « découverte » pour le système de soin français. Pour ces deux catégories, l'enjeu pour les personnes concernées est le même : intégrer rapidement le système de soin pour pouvoir avoir accès au traitement : initiation pour celles qui découvrent leur séropositivité comme pour celles qui la connaissaient mais n'avaient pas de traitement avant d'arriver en France, reprise la plus rapide possible pour les autres, de manière à éviter une rupture de traitement préjudiciable.

L'analyse a porté sur les hommes et les femmes trans dont l'infection à VIH a été diagnostiquée entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2020 et déclarée au 30 juin 2021. Le nombre total de diagnostics sur la période a été estimé en corrigeant les données pour prendre en compte la sous-déclaration et les données manquantes. La méthode de correction a été brièvement décrite précédemment⁴. Les proportions ont été calculées sur des données brutes (non corrigées) après exclusion des cas pour lesquels les données étaient manquantes. Ont été analysés : les caractéristiques sociodémographiques (âge, région de domicile et pays de naissance), le mode de contamination, le motif de réalisation du test ayant permis le diagnostic, les antécédents de sérologie VIH négative, les co-infections par une infection sexuellement transmissible (IST) bactérienne ou par une hépatite B (présence d'AgHbs) ou C (Ac anti VHC). Le caractère précoce ou tardif du diagnostic VIH repose sur la combinaison de plusieurs indicateurs. Le diagnostic précoce est défini par un profil virologique de séroconversion, un stade clinique de primo-infection ou un test d'infection récente positif (test réalisé par le Centre national de référence du VIH). Le diagnostic au stade avancé de l'infection est défini par un stade clinique de sida ou par un taux de lymphocytes CD4 <200/mm³ en l'absence de primo-infection. Le stade dit intermédiaire correspond à l'ensemble des autres situations.

Les caractéristiques des diagnostics chez les personnes trans ont été comparées avec celles des diagnostics chez les personnes cisgenres (hommes et femmes dont l'identité de genre est en accord avec leur sexe biologique). Pour cette comparaison nous avons considéré comme personnes cisgenres celles pour lesquelles le clinicien a indiqué qu'il ne s'agissait pas de personne trans.

Résultats

Les personnes trans découvrant leur séropositivité VIH (tableau 1)

Entre 2012 et 2020, 253 découvertes de séropositivité chez des personnes trans ont été déclarées, soit 0,7% des découvertes sur cette période. Il s'agissait

principalement (87%) de femmes trans. La prise en compte de la sous-déclaration et des données manquantes permet d'estimer le nombre réel de ces découvertes à 418 (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [367-469]) sur la période.

L'âge médian au moment de la découverte était de 31 ans pour les femmes trans et de 38,5 ans pour les hommes trans.

Les principales régions de domicile des femmes trans étaient l'Île-de-France (64%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%), celles des hommes trans étaient l'Île-de-France (42%) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (21%).

Les femmes trans étaient plus souvent nées à l'étranger (83%) que les hommes trans (52%). Elles étaient nées majoritairement sur le continent

Tableau 1

Caractéristiques des découvertes de séropositivité VIH chez les personnes trans et cisgenres, France (DO du VIH, diagnostics de 2012 à 2020, données non corrigées au 30 juin 2021)

	Personnes trans*	Femmes trans	Hommes trans	Personnes cisgenres
Découvertes de séropositivité VIH	253	221	28	34 826
Âge au diagnostic				
Âge médian	31	31	38,5	37
<25 ans	15%	15%	11%	13%
≥50 ans	8%	6%	21%	21%
Région de domicile				
Île-de-France	62%	64%	43%	40%
Auvergne-Rhône-Alpes	6%	5%	21%	8%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	9%	10%	4%	7%
Autres	22%	21%	32%	45%
Pays de naissance				
France	21%	17%	48%	51%
Autre pays	79%	83%	52%	49%
Motif de réalisation du test				
Signes cliniques ou biologiques	19%	17%	42%	30%
Exposition récente	33%	34%	21%	18%
Dépistage orienté	22%	22%	21%	17%
Autres	26%	27%	17%	35%
Diagnostic à la suite d'un Trod positif	15%	16%	13%	3%
Diagnostic à la suite d'un autotest positif	1%	1%	0%	1%
Caractère précoce ou tardif du diagnostic				
Précoce	20%	18%	32%	25%
Intermédiaire	60%	62%	43%	48%
Au stade avancé	20%	19%	25%	26%
Antécédents de tests négatifs				
<1 an	35%	36%	29%	21%
1 an et plus	38%	37%	35%	35%
Jamais testés	27%	26%	35%	44%
Co-infections				
Hépatite B (Antigène HBs)	5%	3%	7%	5%
Hépatite C (Ac anti-VHC)	4%	4%	4%	4%
IST bactérienne	37%	41%	9%	19%

* y compris les personnes trans sans précision homme/femme

IST : infection sexuellement transmissible ; Trod : test rapide d'orientation diagnostique.

américain (71%, principalement Pérou et Brésil) et 5% en Afrique subsaharienne. Parmi celles nées à l'étranger, 53% étaient en France depuis moins d'un an lors du diagnostic et 21% étaient arrivées depuis cinq ans ou plus.

Le mode de contamination probable était sexuel pour la quasi-totalité des personnes trans (98%), par injection de drogues pour 0,5%, les deux modes de contamination étant évoqués conjointement pour 1,5% d'entre elles. Bien que le travail du sexe ne soit pas un item systématique de la DO, il a été renseigné par le médecin pour 30% des diagnostics.

Le diagnostic d'infection à VIH des personnes trans a été posé le plus souvent en raison d'une exposition récente au VIH (33%), ou à l'occasion d'un dépistage orienté par une exposition ancienne au VIH ou par une autre pathologie (22%). Les découvertes réalisées à la suite d'un test rapide d'orientation diagnostique (TroD) positif concernaient 15% des personnes trans, et celles suite à un autotest VIH positif, 1%.

Une personne trans sur cinq (20%) a été diagnostiquée précocement et 20% au stade avancé de l'infection. Cette répartition ne différait pas significativement entre hommes et femmes trans, mais différait selon le pays de naissance, les diagnostics précoces étant plus fréquents chez ceux nés en France (35%) que chez ceux nés à l'étranger (15%). Parmi les personnes nées à l'étranger, les diagnostics précoces et ceux au stade avancé étaient plus fréquents chez celles arrivées en France depuis plusieurs années : passant respectivement de 11% et 16% des découvertes jusqu'à un an après l'arrivée, à 24% et 28% des découvertes deux ans ou plus après l'arrivée.

Un quart (27%) des personnes trans n'avaient jamais été testées pour le VIH avant leur première sérologie positive.

Lors de la découverte de séropositivité, 37% des personnes trans étaient co-infectées par une IST bactérienne, 5% par le VHB, 4% par le VHC. Les femmes trans étaient plus souvent co-infectées par une IST que les hommes (41% *versus* 9%).

Une comparaison entre les découvertes de séropositivité chez les personnes trans et cisgenres montre que les personnes trans étaient : plus jeunes (âge médian 31 ans *versus* 37 ans), plus souvent nées à l'étranger (79% *versus* 49%), plus souvent en situation de prostitution (30% *versus* 0,3%), diagnostiquées dans des circonstances différentes (plus souvent suite à une exposition récente (33% *versus* 18%) et moins souvent en raison de signes cliniques (19% *versus* 30%)), plus souvent diagnostiquées suite à un TroD positif (15% *versus* 3%), plus souvent diagnostiquées à un stade intermédiaire (60% *versus* 49%). Elles avaient plus souvent des antécédents de sérologie négative (73% *versus* 56%), et étaient plus souvent co-infectées par une IST bactérienne (37% *versus* 19%).

Les personnes trans connaissant leur séropositivité, diagnostiquées l'année de leur arrivée en France (tableau 2)

Entre 2012 et 2020, 115 personnes trans nées à l'étranger, connaissant leur séropositivité avant d'arriver en France, et diagnostiquées en France dans l'année de leur arrivée, ont été déclarées par un clinicien, soit 6% des personnes diagnostiquées

Tableau 2

Caractéristiques des personnes trans et cisgenres connaissant leur séropositivité avant leur venue en France et diagnostiquées dans l'année de leur arrivée (DO du VIH, diagnostics de 2012 à 2020, données non corrigées au 30 juin 2021)

	Personnes trans	Femmes trans	Personnes cisgenres
Premier diagnostic en France dans l'année suivant l'arrivée	115	114	1 748
Âge au diagnostic			
Âge médian (ans)	35	34,5	36
Région de domicile			
Île-de-France	86%	85%	46%
Auvergne-Rhône-Alpes	2%	2%	10%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5%	5%	5%
Autres	7%	8%	39%
Motif de réalisation du test			
Signes cliniques ou biologiques	3%	3%	7%
Exposition récente	0%	0%	2%
Dépistage orienté	18%	18%	8%
Prise en charge de l'infection VIH	42%	42%	13%
Autres	36%	36%	70%
Diagnostic suite à un TroD positif	0%	0%	0,5%
Caractère précoce ou tardif du diagnostic			
Précoce	0%	0%	0%
Intermédiaire	64%	64%	71%
Au stade avancé	36%	36%	29%

TroD : test rapide d'orientation diagnostique.

dans ces conditions. Il s'agissait presque exclusivement (99%) de femmes trans. La prise en compte de la sous-déclaration et des données manquantes permettrait d'estimer le nombre réel de ces cas à 169 (IC95%: [137-201]).

L'âge médian de ces femmes trans au moment du diagnostic en France était de 34,5 ans. Elles étaient domiciliées principalement en Île-de-France (83%) et nées pour la plupart d'entre elles (95%) sur le continent américain.

Le mode de contamination probable, lorsqu'il était connu, était sexuel pour 96% des personnes trans, par injection de drogues pour 1%, les deux modes de contamination étant évoqués pour 3%.

Le motif de réalisation du test était le démarrage d'une prise en charge (42%), ou la confirmation du diagnostic antérieur (36%). Un tiers (36%) de ces femmes trans étaient diagnostiquées au stade avancé de l'infection à VIH.

Discussion-conclusion

Les diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans représentent près de 1% de l'ensemble des diagnostics en France depuis 2012. Ils concernent principalement de ces femmes trans, ce qui est cohérent avec le niveau d'exposition plus élevé de ces femmes, relevé depuis plusieurs années dans la littérature^{1,5}. Ces femmes sont majoritairement nées en Amérique du Sud, ce qui reflète la prévalence élevée du VIH chez les femmes trans dans cette région du monde² et les politiques de prévention inégales selon les pays^{6,7}.

Les femmes trans découvrant leur séropositivité sont fréquemment co-infectées par une IST bactérienne, soulignant leur niveau élevé d'exposition sexuelle et plaidant pour un renforcement du dépistage combiné du VIH et des autres IST, ainsi que de la prévention diversifiée dans cette population, notamment par la prophylaxie pré-exposition (PrEP)⁸. Les situations de migration (plus de 80% de ces femmes trans sont nées à l'étranger), avec la précarité qui peut en découler, et le travail du sexe sont des facteurs de nature à accroître la vulnérabilité des femmes vis-à-vis du VIH et des autres IST, comme cela a été montré précédemment dans plusieurs études^{1,2,9}. Le travail du sexe est mentionné pour une part très importante (près d'un tiers) des personnes trans découvrant leur séropositivité, alors même que la question n'est pas explicitement posée dans le formulaire de DO. La part réelle de personnes ayant une expérience de travail du sexe est donc potentiellement encore plus élevée. Par comparaison, le travail du sexe n'est mentionné que pour moins de 1% des personnes cisgenres découvrant leur séropositivité.

Les caractéristiques des hommes trans découvrant leur séropositivité VIH semblent différentes de celles des femmes trans. Cependant, les effectifs limités ne permettent pas de mettre en évidence des différences significatives, au-delà du fait que ces hommes

sont plus souvent nés en France que les femmes, et sont répartis différemment selon la région de domicile. Les trois quarts des personnes trans découvrant leur séropositivité avaient des antécédents de dépistage du VIH, proportion plus élevée que chez les personnes cisgenres. Un recours au dépistage relativement élevé avait été également observé à la fin des années 2000 auprès de personnes trans, infectées ou non par le VIH^{5,10}.

Parmi les personnes trans découvrant leur séropositivité, alors que plus d'un tiers de celles nées en France bénéficient d'un diagnostic précoce, celles qui sont nées à l'étranger sont diagnostiquées plus tardivement, avec parfois un diagnostic posé plusieurs années après leur arrivée en France. Ces diagnostics plus tardifs soulignent la nécessité d'intensifier dans cette population les incitations au dépistage, y compris à distance de la migration. Les Trod, souvent réalisés dans un cadre communautaire, constituent un outil de choix pour cette population. Outre la réalisation des Trod, les associations jouent un rôle important dans l'accompagnement des personnes trans, que ce soit pour les aider à surmonter des problèmes de langue, à s'orienter dans le système de soins français ou pour soutenir celles qui ont peur d'être discriminées en raison de leur identité de genre. Les parcours de transition médicalisés devraient également être une occasion de dépistage du VIH et des autres IST.

Par ailleurs, plusieurs années après la migration, la part des diagnostics précoces est relativement importante, témoignant d'une exposition au VIH qui perdure sur le territoire, soulignant que la prévention reste nécessaire sur la durée.

L'exposition récente au VIH, plus souvent évoquée chez les personnes trans que chez les personnes cisgenres comme ayant motivé la sérologie, n'est pas forcément la cause de la contamination, puisque les personnes trans ne sont pas diagnostiquées plus précocement que les personnes cisgenres. Cela reflète probablement des situations d'exposition au virus répétées dans le temps et/ou une méconnaissance des situations à risque.

Au-delà des découvertes de séropositivité, les besoins d'initiation ou de poursuite de prise en charge médicale incluent aussi les personnes qui, même si elles connaissent déjà leur séropositivité, sont diagnostiquées pour la première fois en France. Les personnes trans représentent moins de 1% des découvertes de séropositivité, mais une part plus importante (6%) des diagnostics correspondant au premier test positif en France de personnes se sachant déjà séropositives. Cette proportion plus importante reflète probablement de plus grandes difficultés, administratives ou médicales, rencontrées par les personnes trans dans certains pays, que ce soit dans leur pays d'origine ou lors de leur parcours migratoire¹¹. Quelle que soit la raison de leur venue en France, ces diagnostics impliquent la mise en place rapide d'une initiation ou d'une poursuite de la prise en charge de leur infection.

Cette analyse a porté sur les seuls diagnostics ayant fait l'objet d'une DO par le clinicien. La sous-déclaration du VIH et du sida par les cliniciens (entre 42% et 55% selon les années) constitue une limite à cette analyse. La distribution inégale des diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans par région de domicile reflète la répartition de la population des personnes trans en France, mais également les pratiques de déclaration des cliniciens qui peuvent varier selon les établissements, d'où l'importance d'une meilleure exhaustivité de la DO VIH/sida pour mieux documenter ces diagnostics.

Par ailleurs, dans le cadre d'une DO, les informations recueillies auprès du clinicien déclarant sont nécessairement succinctes, pour des raisons de faisabilité et d'acceptabilité. Ainsi, l'item qui permet d'identifier les diagnostics chez des personnes trans selon deux modalités – homme vers femme, femme vers homme – ne permet pas de rendre compte de la grande diversité de cette population, et les regroupe quels que soient leur identité de genre, leur orientation sexuelle et leur parcours de transition.

Outre la description des diagnostics d'infection à VIH chez les personnes trans, il est important d'explorer également les événements antérieurs à ce diagnostic, c'est-à-dire les circonstances favorisant l'exposition au virus, et postérieurs, à savoir le parcours de soin après diagnostic. L'enquête ANRS 14056 « Trans & VIH »¹², en cours actuellement, sera très utile à cet égard puisqu'elle apportera des informations dans ces deux domaines, permettant ainsi de mieux connaître les besoins spécifiques de cette population et d'améliorer sa prise en charge. ■

Remerciements

Les professionnels de santé ayant déclaré les diagnostics d'infection à VIH ; Pierre Pichon, Maria-Clara Da Costa, Lotfi Benyelles (Santé publique France) pour la gestion des DO VIH ; Céline Desouche, Damien Thierry (CNR du VIH) pour la réalisation des tests d'infection récente.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Poteat T, Scheim A, Xavier J, Reisner S, Baral S. Global epidemiology of HIV infection and related syndemics affecting transgender people. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2016;72(Suppl 3):S210-9.
- [2] Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, Wirtz AL, Guadamuz TE, Beyrer C. Worldwide burden of HIV in transgender women: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2013;13(3):214-22.

[3] Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, *et al*. Transgender people: Health at the margins of society. *Lancet*. 2016;388(10042):390-400.

[4] Tran TC, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016. *Bull Epidémiol Hebd*. 2018;(40-41):792-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/40-41/2018_40-41_1.html

[5] Giami A, Beaubatie E, Le Bail J. Caractéristiques socio-démographiques, identifications de genre, parcours de transition médicopsychologiques et VIH/sida dans la population trans. Premiers résultats d'une enquête menée en France en 2010. *Bull Epidémiol Hebd*. 2011;(42):433-7. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida/documents/article/caracteristiques-sociodemographiques-identifications-de-genre-parcours-de-transition-medicopsychologiques-et-vih-sida-dans-la-population-trans.-p>

[6] Silva-Santisteban A, Eng S, de la Iglesia G, Falistocco C, Mazin R. HIV prevention among transgender women in Latin America: Implementation, gaps and challenges. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(3 Suppl 2):20799.

[7] Fraser B. Peru's transgender community: The battle for rights. *Lancet*. 2016;388(10042):324-5.

[8] Isernia V, Phung B, Lepretre AM, Azadi B, Rincon G, Zelig J, *et al*. Pre-exposure HIV prophylaxis (PrEP) among transgender women: 3 years of follow-up in a university hospital in Paris. *Sex Transm Infect*. 2021;97(6):465-6.

[9] Giami A, Le Bail J. HIV infection and STI in the trans population: A critical review. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2011;59(4):259-68.

[10] d'Almeida Wilson K, Lert F, Berdougou F, Hazera H. Transsexuel(le)s : conditions et style de vie, santé perçue et comportements sexuels. Résultats d'une enquête exploratoire par Internet, 2007. *Bull Epidémiol Hebd*. 2008;(27):240-4. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/trans-sexuel-le-s-conditions-et-style-de-vie-sante-percue-et-comportements-sexuels.-resultats-d-une-enquete-exploratoire-par-internet-2007>

[11] Freire Maresca A, Garzo MA. Identité-transgenres : les enjeux d'une nécessaire prise en charge pluridisciplinaire. *Transcriptases*. 2010;(143):7-10.

[12] Sciences économiques et sociales de la santé & traitement de l'information médicale (Sesstim). Projet 2019-2022. Trans & VIH (ANRS 14056). Transgenre : trajectoires & conditions de VIH. [Internet]. <https://sesstim.univ-amu.fr/projet/trans-vih-anrs-14056>

Citer cet article

Cazein F, Bruyand M, Pillonel J, Stefic K, Sommen C, Lydié N, *et al*. Diagnostics d'infection à VIH chez des personnes trans, France 2012-2020. *Bull Epidémiol Hebd*. 2021;(20-21):395-400. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_3.html

SURVEILLANCE SURCEGIDD : DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DU VIH, DES HÉPATITES B ET C ET DES IST BACTÉRIENNES EN CEGIDD EN 2020

// TESTING AND DIAGNOSIS OF HIV, HEPATITIS B AND C, AND BACTERIAL STI IN FRENCH STI CLINICS (CEGIDD) IN 2020: INDIVIDUAL DATA FROM SURCEGIDD SURVEILLANCE

Gilles Delmas (gilles.delmas@santepubliquefrance.fr), Ndeindo Ndeikoundam Ngangro, Cécile Brouard, Mathias Bruyand, Françoise Cazein, Josiane Pillonel, Emilie Chazelle, Florence Lot, Groupe SurCeGIDD*, Référents des cellules régionales**

Santé publique France, Saint-Maurice

* Groupe SurCeGIDD : Cedric Arvieux, Antoine Bertolotti, Eric Billaud, André Cabie, Nicolas Dupin, Sophie Florence, Sébastien Fouéré, Frédéric Goyet, Sophie Moreau Crepeaux, Dominique Salmon-Ceron, Nathalie Spenatto, William Tosini, Nadia Valin

** Référents des cellules régionales : Lyderic Aubert, Elise Brottet, Jean-Loup Chappert, Stéphane Erouart, Aurélie Etienne, Bertrand Gagnière, Gaëlle Gault, Anne Guinard, Virginie de Lauzun, Quiterie Mano, Esra Morvan, Bakhao Ndiaye, Ronan Ollivier, Laurence Pascal, Adeline Riondel, Cyril Rousseau, Yassoungou Silue, Ibtissame Soulaïmana, Tiphane Succo, Sabrina Tessier, Alexandra Thabuis, Jenifer Yai.

Soumis le 15.09.2021 // Date of submission: 09.15.2021

Résumé // Abstract

Introduction – Les CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST)) ont été créés en 2016. Cet article décrit, pour l'année 2020, les caractéristiques des consultants ainsi que l'activité de dépistage et de diagnostic réalisée dans ces structures, en les comparant à 2018.

Méthode – Il s'agit d'une étude transversale répétée, à partir des données de surveillance recueillies en continu par le système SurCeGIDD, qui repose sur la transmission sécurisée de données individuelles concernant les consultants, selon un format prédéfini. Ont été décrits les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des consultants ainsi que leurs motifs de consultation. Les proportions de consultants testés et les taux de positivité pour le VIH, les hépatites B (VHB) et C (VHC), la syphilis, le gonocoque (NG), *Chlamydia trachomatis* (CT) et *Mycoplasma genitalium* (MG) ont été analysés selon le sexe des partenaires.

Résultats – En 2020, 336 333 consultations ont été rapportées par 50,3% des 336 CeGIDD recensés. La fréquentation des CeGIDD a fortement diminué au second trimestre 2020 (-58% par rapport au premier trimestre). En 2020, les consultants étaient majoritairement des hommes (62,1%) et des jeunes de moins de 30 ans (64,5%). Environ un quart (23,5%) des consultants étaient nés à l'étranger. La part d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (14,8%) et de personnes trans (0,38%) a augmenté par rapport à 2018. Les motifs de consultation les plus fréquents étaient toujours une exposition à risque (60,4%) et un dépistage systématique (43,3%). Certains motifs de consultation ont augmenté entre 2018 et 2020, comme l'initiation ou le suivi d'une prophylaxie pré-exposition.

Une augmentation du taux de positivité entre 2018 et 2020 est observée pour le VIH (de 0,37% à 0,41%), mais surtout pour NG (de 2,8% à 4,0%), sans doute en lien avec la modification des caractéristiques des consultants accueillis. Parallèlement, les taux ont diminué pour le VHB (de 1,3% à 0,93%) et le VHC (de 0,94% à 0,60%). Ils sont relativement stables pour CT (7,0% en 2020), MG (6,8%) et la syphilis (1,0%).

Conclusion – Malgré une baisse de consultations en 2020 liée à la pandémie de Covid-19, les CeGIDD ont continué à assurer leurs missions de dépistage/diagnostic, dans une approche globale de santé sexuelle. La surveillance SurCeGIDD apporte des éléments de suivi de la stratégie nationale de santé sexuelle, il est donc primordial d'améliorer l'exhaustivité et la complétude des données recueillies.

Introduction – The CeGIDDs are centres of information, screening and diagnosis for HIV, viral hepatitis and bacterial sexually transmitted infections (STIs), a network of French free-to-use clinics created in 2016. This article describes the characteristics of CeGIDD visitors as well as the screening and diagnostic activities carried out by the structures for the year 2020, comparing them with 2018.

Method – We present a repeated cross-sectional study, based on continuous monitoring data from the SurCeGIDD system, which relies on the secure transmission of individual visitor data according to a predefined format. The socio-demographic and behavioural data of the visitors, and their reasons for consultation, are described. The proportions of visitors tested and the positivity rates for HIV, hepatitis B (HBV) and C (HCV), syphilis, gonococcus (NG), *Chlamydia trachomatis* (CT) and *Mycoplasma genitalium* (MG) are described according to sexual practices.

Results – In 2020, 336,333 consultations were reported by 50.3% of the 336 CeGIDDs identified in 2020. Attendance at CeGIDDs fell sharply in the second quarter of 2020 (-58% compared to the first quarter). In 2020, the visitors were mostly men (62.1%) and young people under 30 (64.5%). About a quarter (23.5%) of the visitors were born abroad. The proportion of men having sex with men (14.8%) and trans people (0.38%) had increased compared to 2018. The most frequent reasons for consultation remained risk exposure (60.4%) and systematic screening (43.3%). Some reasons for consultation increased between 2018 and 2020, such as initiating or monitoring a post-exposure prophylaxis.

An increase in positivity rate between 2018 and 2020 is observed for HIV (from 0.37% to 0.41%), but especially for NG (from 2.8% to 4.0%), undoubtedly related to changes in visitor characteristics. At the same time, positivity rates decreased for HBV (from 1.3% to 0.93%) and HCV (from 0.94% to 0.60%). They are relatively stable for CT (7.0% in 2020), MG (6.8%) and syphilis (1.0%).

Conclusion – Despite a drop in consultations in 2020 related to the COVID-19 pandemic, the CeGIDDs continued to carry out their screening/diagnostic missions in a comprehensive sexual health approach. SurCeGIDD surveillance provides elements for monitoring the national sexual health strategy, hence the need to improve the comprehensiveness and completeness of the data collected.

Mots-clés : CeGIDD, Dépistage, Diagnostic, Hépatite B, Hépatite C, VIH, Syphilis, Gonococcie, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, IST.

// **Keywords:** STI clinics, Screening, Testing, Diagnosis, Hepatitis B, Hepatitis C, HIV, Syphilis, Gonorrhoea, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, STI.

Introduction

Les CeGIDD (Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (IST)) ont été créés en 2016, par la fusion des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et des centres d'information de dépistage et de diagnostic des IST (Ciddist)¹. Leur mission est d'assurer la prévention, le dépistage, le diagnostic des infections par le VIH, des autres IST et des hépatites virales, ainsi que leur traitement, dans une approche globale de santé sexuelle (vaccination, éducation à la sexualité, prophylaxie pré-exposition au VIH (PrEP), contraception, détection des violences sexuelles, sexologie). Les CeGIDD sont accessibles gratuitement à tous et en particulier aux populations les plus vulnérables (les plus exposées aux IST ou les plus éloignées du système de santé).

Une première description des caractéristiques des consultants et de l'activité de dépistage de SurCeGIDD avait été faite en 2018². L'année 2020 a été fortement marquée par la survenue de la pandémie de Covid-19 qui a pu influencer le recours aux CeGIDD et la circulation des IST.

Cet article a pour objectif de décrire l'activité de dépistage et de diagnostic du VIH, des IST bactériennes et des hépatites B et C dans les CeGIDD, pour l'année 2020, et de décrire les principales évolutions par rapport à 2018, en utilisant les données de la surveillance SurCeGIDD coordonnée par Santé publique France.

Méthode

Il s'agit d'une étude transversale répétée, réalisée à partir des données de surveillance recueillies en continu par le système SurCeGIDD.

Population étudiée

L'ensemble des consultants des CeGIDD (structure principale ou annexe) qui ont transmis leurs données individuelles à Santé publique France pour les années 2018 et 2020 constitue la population d'étude.

Recueil des données

Il repose sur les systèmes d'information des CeGIDD « permettant le suivi des consultations et l'extraction des données nécessaires au suivi d'activité et épidémiologique »^{1,3}.

Un dispositif sécurisé a été développé par Santé publique France pour la transmission des données individuelles, selon un format prédéfini et deux modalités. Les CeGIDD disposant d'un logiciel de gestion des consultations peuvent transférer automatiquement leurs données en utilisant un *Web service* (protocole d'échange de données *via* Internet, dont les spécifications techniques sont disponibles sur le site de Santé publique France^{4,5}). Les CeGIDD ne pouvant pas recourir au *Web service* transmettent leurs données *via* une plateforme sécurisée de partage de données⁵.

Compte tenu de la transmission tardive et très incomplète des données 2019 au cours de l'année 2020, les données 2020 ont été comparées à celles de 2018 dont la remontée n'avait pas été affectée par la pandémie de Covid-19.

Variables d'intérêt

Les variables analysées ont été :

- les données sociodémographiques : âge, sexe, pays de naissance, activité professionnelle, couverture maladie ;
- les motifs de consultation (plusieurs possibles) : exposition à risque, dépistage systématique, signes évocateurs d'IST, initiation ou suivi d'une prophylaxie pré-exposition (PrEP), contrôle

d'un test antérieur, prise en charge ou suivi d'un accident d'exposition au risque viral (AEV), rendu de résultats, traitement d'IST, contraception régulière ou d'urgence, interruption volontaire de grossesse, test de grossesse, sexologie, violences sexuelles, vaccination ;

- les modalités de la consultation initiale : préservation de l'anonymat de la personne, réalisation de la consultation au sein du CeGIDD ou en dehors (hors les murs) ;
- la présence de signes évocateurs d'IST ;
- le sexe des partenaires sur les 12 derniers mois a permis de reclasser les consultants en hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), femmes ou hommes hétérosexuels, et femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) ;
- la consommation de substances psychoactives par voie nasale ou injectable ;
- les tests de dépistage/diagnostic du VIH (Anti-corps -Ac- VIH), du VHB (Antigène -Ag-HBs), du VHC (Ac VHC, ARN VHC), de la syphilis (sérologie), du gonocoque -NG- (culture et/ou polymérase chain-reaction (PCR)), de *Chlamydia trachomatis* -CT- (PCR) et de *Mycoplasma genitalium* -MG- (PCR), ainsi que les dates de prescription ; plusieurs sites anatomiques prélevés chez une personne pour un même agent pathogène et à la même date ont été comptabilisés comme un seul dépistage ;
- les résultats de ces tests et leurs dates : plusieurs sites anatomiques positifs chez une personne pour le même épisode ont été considérés comme un seul diagnostic ; pour la syphilis, les cicatrices sérologiques ont été exclues, le classement du stade de la syphilis étant réalisé et saisi par le clinicien grâce aux informations recueillies durant la consultation.

Analyses statistiques

Le taux de participation a été calculé en divisant le nombre de CeGIDD ayant transmis leurs données par le nombre total de CeGIDD recensés lors de la dernière mise à jour de l'annuaire des CeGIDD (2020) par la Direction générale de la santé (DGS) via les agences régionales de santé (ARS).

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de proportions et les variables quantitatives à l'aide de médianes. Les caractéristiques des consultants ont été décrites en excluant les données manquantes. Concernant l'infection à VIH, les hépatites B et C, la syphilis, les infections à NG, CT et MG, les nombres de tests et de diagnostics, les proportions de consultants testés et les taux de positivité (nombre de diagnostics positifs / nombre total de tests) ont été analysés selon les caractéristiques des consultants.

De nombreux CeGIDD utilisant un code d'anonymat différent à chaque consultation d'une même personne, les analyses ont été conduites sur

l'ensemble des consultations, une personne pouvant être comptabilisée plusieurs fois dans la description des caractéristiques des consultants.

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Stata 16.0® (Stata Corporation, Collège Station, Texas, États-Unis). Afin de faciliter la lecture, tous les pourcentages ont été arrondis à une décimale à partir de 1% et à 2 décimales en-deçà de 1%.

Considération éthique

L'autorisation de la commission nationale de l'informatique et des libertés (n° 2049450) a été obtenue pour le recueil automatisé et sécurisé des données pseudonymisées des CeGIDD.

Résultats

En 2020, 50,3% (n=169) des CeGIDD parmi les 336 recensés en 2020 (70% de CeGIDD hospitaliers et 30% de CeGIDD non hospitaliers) ont transmis leurs données individuelles au format prédéfini (tableau 1). Ce taux de participation était en légère augmentation par rapport à celui de 2018 (44,6%), en raison d'un accroissement marqué dans certaines régions, mais contrebalancé par une baisse dans d'autres. En 2020, le taux de participation régional des CeGIDD variait entre 5% dans les Hauts-de-France et 100% en Bretagne, en Corse et à La Réunion, en excluant Mayotte, où la transmission de données devait débuter en 2021, et la Martinique, où aucune donnée des deux CeGIDD n'a été transmise. Le taux de participation était équivalent entre les CeGIDD hospitaliers et non hospitaliers. Le *Web service* a été utilisé par les deux-tiers des CeGIDD pour transmettre leur base de données.

Activité de consultations

Au total, 336 333 consultations ont été rapportées pour l'année 2020 (*versus* 382 890 en 2018), près des trois quarts (71,7%) par les régions métropolitaines hors Île-de-France, 22,0% par l'Île-de-France et 6,3% par les départements ultramarins (DOM). Parmi les CeGIDD répondants, 3,4% des consultations ont été conduites en dehors des locaux des structures (hors-les-murs) et 27,1% en préservant l'anonymat des consultants. Les CeGIDD hospitaliers ont contribué pour 54% des consultations et les CeGIDD non hospitaliers pour 46%.

La fréquentation des CeGIDD a fortement diminué au second trimestre 2020, lors de l'instauration du premier confinement (-58% de consultations entre le premier et le second trimestre). Après un retour inférieur au niveau du début de l'année, un second décrochage plus modéré a été observé au mois de novembre (-23% entre octobre et novembre 2020) correspondant à la seconde période de confinement (figure).

Caractéristiques des consultants (tableau 2)

Après exclusion des données manquantes, la majorité des consultants accueillis en 2020 étaient des hommes (62,1%), 37,5% étaient des femmes et 0,38%

Tableau 1

Activité de consultation des CeGIDD selon les régions et par type de structures en 2018 et 2020, SurCeGIDD, France

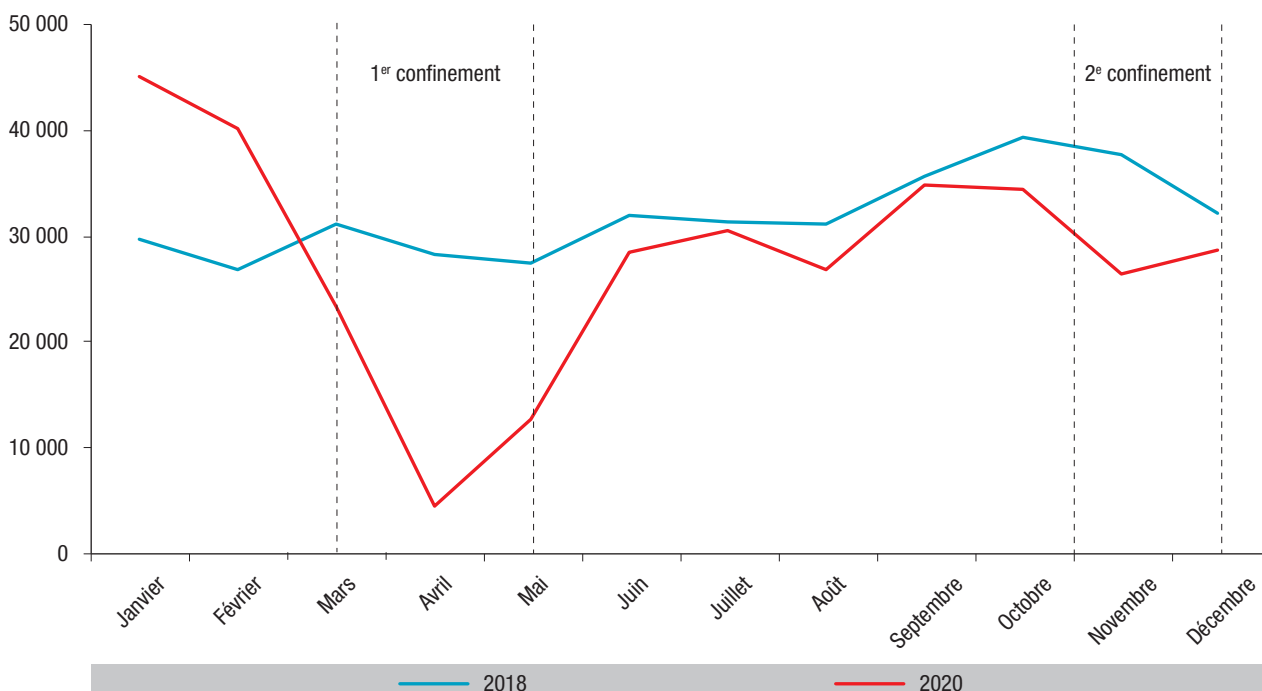
Région	2018			2020		
	Nombre de CeGIDD répondeurs	Taux de participation	Nombre de consultations	Nombre de CeGIDD répondeurs	Taux de participation	Nombre de consultations
	N	%	N	N	%	N
Auvergne-Rhône-Alpes	14	47	55 312	7	26	26 144
Bourgogne-Franche-Comté	0	0	0	9	38	8 299
Bretagne	6	67	10 604	9	100	7 971
Centre-Val De Loire	17	100	22 294	13	76	20 663
Corse	1	50	2 056	2	100	1 666
Grand Est	20	74	41 484	19	68	31 370
Guadeloupe	4	80	10 237	3	75	7 935
Guyane	1	25	1 826	1	17	9 583
Hauts-de-France	3	14	2 092	1	5	946
Île-de-France	26	43	77 832	24	39	73 869
La Réunion	3	60	4 060	3	75	3 760
Martinique	1	50	3 652	0	0	0
Mayotte*	0	0	0	0	0	0
Normandie	7	35	12 602	11	58	12 652
Nouvelle Aquitaine	15	45	43 961	26	70	37 513
Occitanie	6	26	23 733	19	83	37 898
Pays de La Loire	2	13	5 538	1	5	3 518
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17	58	65 607	21	62	52 546
Types de structures						
Structures hospitalières	104	44	250 750	120	51	181 677
Structures non hospitalières	39	36	132 140	49	49	154 656
France	143	45	382 890	169	50	336 333

* La transmission des données n'a pas encore débuté à Mayotte.

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles.

Figure

Nombre mensuel de consultations en CeGIDD en 2018 et 2020, SurCeGIDD, France



des personnes trans. La proportion d'hommes a augmenté par rapport à 2018 (59,4%). L'âge médian était de 27 ans pour les hommes, 23 ans pour les femmes et 32 ans pour les personnes trans. Les mineurs, d'âge médian de 16 ans, représentaient 6,1% des consultants : 8,6% des femmes et 4,5% des hommes.

La majorité des consultants (76,4%) étaient nés en France (75,8% des hommes, 76,6% des femmes et 41,1% des personnes trans), 6,5% en Afrique subsaharienne (6,6% des hommes, 6,7% des femmes et 1,1% des personnes trans), 6,9% sur le continent américain (5,9% des hommes, 8,6% des femmes et 45,4% des personnes trans), 4,7% en Europe hors France (4,2% des hommes, 4,2% des femmes et 5,2% des personnes trans). Parmi les consultants nés à l'étranger, un tiers (32,7%) étaient arrivés en France depuis moins d'un an. Les mineurs étaient également majoritairement nés en France (50,6%), 13,0% étaient nés en Afrique subsaharienne et 6,1% en Amérique (majoritairement en Haïti : 61,7%). La majorité (63,9%) des mineurs nés à l'étranger étaient arrivés en France depuis moins d'un an.

Plus de la moitié des consultants (52,7%) n'avaient pas déclaré d'activité professionnelle, proportion en diminution par rapport à 2018 (54,8%). Concernant la couverture maladie, 17,3% bénéficiaient d'une assurance maladie seule, 6,7% des consultants ne bénéficiaient d'aucune couverture, 6,7% bénéficiaient d'une protection universelle maladie/d'une complémentaire santé solidaire⁽¹⁾ et 0,78% d'une aide médicale d'État.

Si l'on exclut les 102 634 consultations pour rendu de résultats, les motifs de consultations les plus fréquents en 2020 étaient une exposition à risque (60,4%), un dépistage systématique (43,3%), l'initiation ou le suivi d'une PrEP (respectivement 10,4% et 14,8%), des signes évocateurs d'IST ou le traitement d'une IST (9,8% et 16,7%). Le nombre de consultations liées à la PrEP a fortement augmenté par rapport à 2018, d'un facteur 10 pour les initiations et d'un facteur 5 pour les suivis. Cette augmentation des consultations PrEP a concerné aussi bien les hommes, quel que soit le sexe de leurs partenaires, que les femmes et les personnes trans (en 2018 et 2020, ces motifs de consultation étaient respectivement de 1,6% et 13,5% pour les hommes, 0,1% et 0,5% pour les femmes, et 4,3% et 46,2% pour les personnes trans). Les consultations pour diagnostic et traitement d'une IST, celles pour la prescription d'une contraception régulière, la prise en charge ou le suivi d'un AEV, un recours à une interruption volontaire de grossesse (IVG) et un test de grossesse ont également augmenté. Les violences sexuelles représentaient toujours environ 1% des motifs de consultation. Le contrôle d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) (0,44%), ou d'un autotest (0,20%), les consultations pour

motifs sexologiques (0,85%) ou pour contraception d'urgence (0,31%) étaient les motifs de consultation les moins fréquents en 2020.

Concernant le sexe des partenaires des consultants dans les 12 derniers mois, l'information était inconnue en 2020 pour 64,7% d'entre eux. Parmi ceux pour lesquels l'information était connue, 45,0% étaient des hommes hétérosexuels, 38,3% des femmes hétérosexuelles, 14,8% des HSH (*versus* 12,1% en 2018) et 1,9% des FSF.

En 2020, 6,1% des consultants dans les CeGIDD ayant transmis des données ont déclaré avoir utilisé des drogues par voie nasale avec partage de matériel au cours de la vie. Ces personnes étaient essentiellement des hommes et des femmes hétérosexuel(le)s (respectivement 67,8% et 25,9%). Les consultants ayant déclaré avoir fait usage de drogues injectables avec partage de matériel représentaient 0,74% des cas, parmi lesquels 47,3% étaient des hommes hétérosexuels, 28,4% des HSH, 18,0% des femmes hétérosexuelles et 6,3% des FSF.

Dépistage et taux de positivité du VIH

En 2020, 161 940 sérologies VIH ont été réalisées par les CeGIDD répondants. La proportion de consultants testés pour le VIH était élevée, quels que soient leur lieu de naissance et le sexe de leurs partenaires (entre 76,3% et 92,3%) (tableau 3).

Parmi les personnes ayant été testées positives pour le VIH, 7,8% des hommes et 5,9% des femmes présentaient des signes évocateurs d'IST (tableau 4).

Le taux global de positivité pour le VIH était de 0,41%, en très légère augmentation par rapport à celui observé en 2018 (0,37%)⁴. Ce taux était plus élevé chez les personnes trans (2,1%) comparativement aux hommes (0,59%) et aux femmes (0,29%). Les HSH nés à l'étranger ou en France présentaient les taux de positivité les plus élevés (1,2% et 0,50%), suivis des FSF nées à l'étranger (0,63%) et des femmes hétérosexuelles nées à l'étranger (0,47%). Les taux de positivité les plus élevés étaient observés dans les CeGIDD d'Île-de-France (0,80%) et des DOM (0,69%, en particulier en Guyane avec 1,5%).

Dépistage et taux de positivité du VHB

Les CeGIDD répondants ont réalisé 102 806 recherches de l'Ag HBs. La proportion de consultants testés pour le VHB était systématiquement un peu plus élevée chez les consultants nés à l'étranger quel que soit le sexe de leurs partenaires, par rapport à ceux nés en France (tableau 3).

Parmi les personnes ayant été testées positives pour une hépatite B, 4,3% des hommes et 5,6% des femmes présentaient des signes évocateurs d'IST (tableau 4). Le taux global de positivité était de 0,93%, en légère diminution par rapport à celui observé en 2018 (1,3%). Le taux de positivité était plus élevé chez les hommes (1,2%) et les personnes trans (1,1%) comparativement aux femmes (0,54%).

⁽¹⁾ La couverture maladie universelle (CMU) a été remplacée par la protection universelle maladie (PUMA) en 2016 et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) par la complémentaire santé solidaire. https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/protection_universelle_maladie_puma.php

Tableau 2

Caractéristiques des consultants (2a) et motifs de consultation (2b) en CeGIDD en 2018 et 2020, SurCeGIDD, France

Tableau 2a Caractéristiques des consultants	2018		2020	
	N	%	N	%
Total	382 890		336 333	
Sexe				
Hommes	227 326	59,8%	207 186	62,1%
Femmes	151 963	40,0%	125 209	37,5%
Personnes trans	632	0,17%	1 280	0,38%
Inconnu	2 969		2 658	
Âge				
Âge médian (IQ)	25 [21-33]	-	25 [21-34]	-
Classe d'âge				
0-18 ans	25 647	7,0%	20 361	6,1%
19-29 ans	221 613	60,5%	196 339	58,4%
30-39 ans	66 494	18,1%	66 295	19,7%
40-49 ans	31 458	8,6%	31 584	9,4%
50 ans et plus	21 275	5,8%	21 515	6,4%
Inconnu	16 403		239	
Continent de naissance				
France	221 992	77,6%	207 326	76,4%
Amérique	12 335	4,3%	18 762	6,9%
Afrique subsaharienne	21 885	11,2%	17 634	6,5%
Europe (hors France)	13 493	4,7%	11 184	4,1%
Autres	16 551	5,8%	16 347	6,0%
Inconnu	96 634		65 080	
Activité professionnelle				
Oui	95 794	45,2%	89 663	61,1%
Non	115 913	54,8%	100 032	52,7%
Inconnu	171 183		146 638	
Couverture maladie				
Assurance maladie	39 134	17,0%	35 425	17,3%
Assurance + Mutuelle	151 743	66,0%	139 002	68,0%
CMU	11 639	5,1%	5 087	2,5%
CMU-C	9 645	4,2%	8 604	4,2%
AME	2 248	1,0%	1 596	0,78%
Autre	2 430	1,1%	998	0,49%
Absence de couverture maladie	12 916	5,6%	13 783	6,7%
Inconnu	153 135		131 838	
Comportement sexuel dans les 12 derniers mois				
HSH	20 764	12,1%	17 546	14,8%
Hommes hétérosexuels	81 964	47,7%	53 497	45,0%
Femmes hétérosexuelles	69 016	40,2%	45 521	38,3%
FSF	3 188	1,9%	2 197	1,9%
Inconnu	207 958		217 572	
Nombre médian de partenaires sexuels dans les 12 derniers mois [IQ]				
HSH	6 [3-14]		5 [3-11]	
Hommes hétérosexuels	2 [1-4]		3 [1-5]	
Femmes hétérosexuelles	2 [1-3]		2 [1-3]	
FSF	4 [2-7]		4 [2-7]	
Inconnu	2 [1-5]		2 [1-5]	

Tableau 2 (suite)

Tableau 2b Motifs de consultation	2018		2020	
	N	%	N	%
Total	382 890		336 333	
Rendu de résultats				
Oui	95 893	85,1%	102 634	81,6%
Non	16 807	14,9%	23 108	18,4%
Inconnu	270 190		210 391	
Exposition à risque				
Oui	83 847	61,1%	78 564	60,4%
Non	53 328	38,9%	51 594	39,6%
Inconnu	245 715		206 175	
Dépistage systématique				
Oui	50 145	43,1%	49 961	43,3%
Non	66 093	56,9%	65 428	56,7%
Inconnu	266 652		220 944	
Suivi PrEP				
Oui	2 628	3,0%	13 731	14,8%
Non	84 328	97,0%	79 216	85,2%
Inconnu	295 934		243 386	
Conseil personnalisé				
Oui	22 860	22,8%	10 279	11,8%
Non	77 639	77,3%	77 215	88,3%
Inconnu	282 391		248 839	
Signes évocateurs d'IST				
Oui	8 538	7,8%	10 111	9,8%
Non	100 808	92,2%	93 044	90,2%
Inconnu	273 544		233 178	
Initiation PrEP				
Oui	854	1,1%	8 271	10,4%
Non	75 033	98,9%	71 411	89,6%
Inconnu	307 003		256 651	
Vaccination				
Oui	3 814	5,1%	4 519	4,9%
Non	71 230	94,9%	87 571	95,1%
Inconnu	307 846		244 243	
Traitement IST				
Oui	339	6,3%	3 246	16,7%
Non	5 019	93,7%	16 182	83,3%
Inconnu	377 532		316 905	
Prise en charge d'AEV				
Oui	1 707	2,0%	2 375	2,7%
Non	81 585	98,0%	84 481	97,3%
Inconnu	299 598		249 477	
Contraception régulière				
Oui	640	3,1%	1 279	6,0%
Non	20 303	96,9%	20 002	94,0%
Inconnu	361 947		103 928	
Violences sexuelles				
Oui	820	0,90%	1 098	1,1%
Non	90 247	99,1%	98 952	98,9%
Inconnu	291 823		236 283	



Tableau 2 (suite)

Tableau 2b Motifs de consultation	2018		2020	
	N	%	N	%
Contrôle test antérieur				
Oui	2 242	0,59%	995	1,6%
Non	45 026	11,8%	60 528	98,4%
Inconnu	335 622	87,7%	274 810	
Sexologie				
Oui	764	1,1%	803	0,85%
Non	72 321	99,0%	93 942	99,2%
Inconnu	309 805		241 588	
IVG				
Oui	109	0,34%	555	2,2%
Non	31 673	99,7%	25 254	97,9%
Inconnu	120 181		99 400	
Test de grossesse				
Oui	269	0,75%	535	1,9%
Non	35 598	99,3%	28 218	98,1%
Inconnu	116 096		96 456	
Suivi AEV				
Oui	63	0,41%	514	1,5%
Non	15 179	99,6%	33 874	98,5%
Inconnu	367 848		301 945	
Contrôle TROD				
Oui	393	0,47%	372	0,44%
Non	83 355	99,5%	83 615	99,6%
Inconnu	299 142		252 346	
Contrôle autotest				
Oui	18	0,03%	133	0,20%
Non	54 189	100,0%	66 613	99,8%
Inconnu	328 683		269 587	
Contraception d'urgence				
Oui	56	0,21%	78	0,31%
Non	26 694	99,8%	24 952	99,7%
Inconnu	125 213		100 879	

CeGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles ; CMU : couverture maladie universelle ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; AME : aide médicale de l'État ; HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; FSF : femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ; PrEP : prophylaxie pré-exposition au VIH ; IST : infection sexuellement transmissible ; IVG : interruption volontaire de grossesse ; AEV : accident exposant à un risque vira ; TROD : test rapide d'orientation diagnostique.

Les consultants nés à l'étranger présentaient des taux de positivité bien supérieurs à ceux des consultants nés en France, quel que soit le sexe de leurs partenaires au cours des 12 derniers mois. Les hommes hétérosexuels nés à l'étranger présentaient les taux de positivité les plus élevés (3,4%). Le taux de positivité chez les mineurs était de 2,0% (5,9% chez ceux nés à l'étranger vs 0,20% chez ceux nés en France). Les CeGIDD d'Île-de-France et des DOM présentaient des taux plus élevés que le reste de la métropole (respectivement 1,2%, 1,1% et 0,85%).

Dépistage et taux de positivité du VHC

En 2020, les CeGIDD répondants ont réalisé 101 298 tests Ac anti-VHC. Les HSH et les FSF étaient plus fréquemment testés pour le VHC, notamment

ceux et celles né(e)s à l'étranger (respectivement 64,6% et 62,7%) (tableau 3).

Parmi les personnes ayant été testées positives pour une hépatite C, 9,1% des hommes et 1,3% des femmes présentaient des signes évocateurs d'IST (tableau 4).

Sur l'ensemble des tests réalisés, 603 se sont avérés positifs, soit une proportion de 0,60%, en diminution par rapport à 2018 (0,94%). Parmi les 208 recherches d'ARN VHC, 73 étaient positifs. Le taux de positivité des Ac était de 0,59% en métropole hors Île-de-France, 0,64% en Île-de-France et 0,54% dans les DOM. Ce taux était plus élevé chez les personnes trans (1,0% sur 286 testées) et chez les hommes (0,66% vs 0,46% chez

Tableau 3

Proportion de consultants testés et taux de positivité du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes selon le sexe des partenaires et le lieu de naissance des consultants, SurCeGIDD, France, 2020

	HSH		Hommes hétérosexuels		Femmes hétérosexuelles		FSF	
	Taux de dépistage	Taux de positivité	Taux de dépistage	Taux de positivité	Taux de dépistage	Taux de positivité	Taux de dépistage	Taux de positivité
	%	%	%	%	%	%	%	%
Consultants nés en France	n=12 181		n=37 465		n=32 028		n=1 546	
Infection à VIH	85,6	0,50	77,3	0,13	82,3	0,07	92,3	0,07
Hépatite B (Ag HBs)	53,5	0,37	46,7	0,13	49,7	0,13	66,4	0,19
Hépatite C (Ac VHC)	60,2	0,29	42,6	0,21	38,6	0,21	56,6	0,57
Syphilis	68,6	2,4	51,0	0,51	47,4	0,32	66,6	0,00
Gonococcie	84,5	6,0	69,5	1,8	74,1	1,1	84,9	1,4
Infection à CT	85,2	7,5	71,5	6,7	76,6	8,7	87,6	6,6
Infection à MG	8,0	10,7	4,7	3,7	4,9	7,9	9,4	8,2
Consultants nés à l'étranger	n=2 174		n=7 031		n=5 009		n=177	
Infection à VIH	83,1	1,2	76,3	0,32	80,5	0,47	89,3	0,63
Hépatite B (Ag HBs)	55,3	2,3	51,6	3,4	54,5	1,3	67,2	0,84
Hépatite C (Ac VHC)	64,6	0,78	50,8	0,70	45,9	0,30	62,7	0,00
Syphilis	70,3	2,4	58,5	0,36	55,3	0,18	63,3	0,89
Gonococcie	84,1	8,2	67,6	1,4	71,2	1,1	76,8	1,5
Infection à CT	84,7	8,4	68,7	8,2	72,3	8,3	79,7	4,3
Infection à MG	6,4	7,9	3,7	3,4	3,6	11,0	3,4	16,7

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; FSF : femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ; NG : *Neisseria gonorrhoeae* ; CT : *Chlamydia trachomatis* ; MG : *Mycoplasma genitalium*.

Tableau 4

Nombre et proportion de personnes symptomatiques, parmi les personnes dépistées positives pour le VIH, les hépatites B et C et les autres IST bactériennes, selon le genre des consultants, SurCeGIDD, France, 2020

Pathologie	Nombre de tests positifs	Présence de signes évocateurs d'IST					
		Hommes		Femmes		Personnes trans	
		N	%	N	%	N	%
Infection à VIH	670	41	7,8%	8	5,9%	0	0,0%
Hépatite B (Ag HBs)	960	32	4,3%	12	5,6%	0	0,0%
Hépatite C (Ac VHC)	603	40	9,1%	<5*	-	0	0,0%
Syphilis	985	244	27,9%	27	27,3%	<5	-
Gonococcie	5 851	1 254	24,4%	117	17,3%	<5	-
Infection à CT	10 517	1 171	18,9%	528	12,5%	<5	-
Infection à MG	806	147	27,7%	53	19,6%	0	0,0%

* Pour des raisons de confidentialité, les nombres de personnes en-deçà de 5, ainsi que les pourcentages correspondants ont été masqués.
CT : *Chlamydia trachomatis* ; MG : *Mycoplasma genitalium*.

les femmes), notamment ceux nés à l'étranger quel que soit le sexe de leurs partenaires (0,78% chez les HSH et 0,70% chez les hommes hétérosexuels) (tableau 3).

Dépistage et taux de positivité de l'infection à CT

Parmi les 149 488 tests CT réalisés par les CeGIDD répondants, 7,0% étaient positifs, proportion stable

par rapport à 2018 (7,2%). Les tests étaient plus fréquents chez les HSH et les FSF, notamment ceux et celles né(e)s en France (respectivement 85,2% et 87,6%) (tableau 3). Parmi les personnes ayant été dépistées positives pour une infection à CT, 18,9% des hommes, 12,5% des femmes et 10,0% des personnes trans présentaient des signes évocateurs d'IST (tableau 4).

Le taux de positivité était plus élevé dans les DOM (8,7%) qu'en Île-de-France (7,2%) et dans le reste de la métropole (6,8%). Il variait peu entre les femmes (7,5%), les personnes trans (6,8% sur 293 personnes testées) et les hommes (6,8%). Les femmes hétérosexuelles nées en France présentaient le taux de positivité le plus élevé (8,7%).

Dépistage et taux de positivité du gonocoque

En 2020, 145 323 tests de recherche du gonocoque ont été effectués par les CeGIDD répondants. Les niveaux de dépistage étaient très proches de ceux pour l'infection à CT et plus fréquents chez les HSH nés en France ou à l'étranger (84,5% et 84,1%) et les FSF nées en France (84,9%) (tableau 3). Parmi les personnes ayant été dépistées positives pour une infection à NG, 24,4% des hommes, 17,3% des femmes et 5,6% des personnes trans présentaient des signes évocateurs d'IST (tableau 4).

Le taux de positivité de l'infection à NG était de 4,0%, en augmentation par rapport à 2018 (2,8%). Ce taux était de 7,3% en Île-de-France, 3,1% en métropole hors Île-de-France et 2,6% dans les DOM. Il était plus élevé chez les personnes trans (6,3%) et chez les hommes (5,8%) que chez les femmes (1,2%). Les taux de positivité étaient particulièrement élevés chez les HSH nés à l'étranger (8,2%) ou en France (6,0%) (tableau 3).

Dépistage et taux de positivité de la syphilis

En 2020, les CeGIDD répondants ont réalisé 118 277 tests syphilitiques. Le dépistage était plus fréquent chez les HSH nés à l'étranger et en France (respectivement 70,3% et 68,6%) et les FSF nées en France et à l'étranger (respectivement 66,6% et 63,3%) (tableau 3). Parmi les personnes ayant été dépistées positives pour une syphilis, 46,8% présentaient une syphilis primaire, 19,2% une syphilis secondaire, 18,1% une syphilis latente précoce <1 an, 13,7% une syphilis latente tardive et 2,2% une syphilis tertiaire. Environ un quart des hommes et des femmes (respectivement 27,9% et 27,3%) et 33,3% des personnes trans présentaient des signes évocateurs d'IST (tableau 4).

Le taux de positivité était de 1,0%, stable par rapport à 2018. Il était plus élevé chez les personnes trans (3,0% sur 300 testées) et les HSH nés en France ou à l'étranger (2,4%) (tableau 3). Ce taux était de 0,55% en Île-de-France, 0,89% en métropole hors Île-de-France et 1,1% dans les DOM.

Dépistage et taux de positivité du MG

En 2020, 11 805 tests d'infection à MG ont été effectués par les CeGIDD répondants. Le dépistage était plus fréquent chez les HSH nés en France et à l'étranger (8,1% et 6,4%) et chez les FSF nées en France (9,4%) (tableau 3). Parmi les personnes ayant été dépistées positives pour une infection à MG, 27,7% des hommes et 19,6% des femmes présentaient des signes évocateurs d'IST (tableau 4).

Le taux de positivité était de 6,8%, en légère augmentation par rapport à 2018 (6,0%). Ce taux était de 9,1% en Île-de-France, 6,8% en métropole hors Île-de-France et de 3,0% dans les DOM.

Discussion

La moitié (50,3%) des structures ont transmis leurs données individuelles pour l'année 2020, en augmentation par rapport à 2018, où la proportion de CeGIDD ayant transmis des données était de 44,6%. Compte tenu de ce taux de participation, par ailleurs très hétérogène selon les régions, les données présentées ne reflètent pas la totalité de l'activité des CeGIDD et ne permettent pas de faire de comparaisons régionales. De plus, la complétude des données reste problématique pour certaines variables, par exemple celles renseignant sur le sexe des partenaires des consultants (64,7% de données manquantes). Ce problème est notamment le fait des CeGIDD n'ayant pas utilisé le *Web service* en 2020 (31% des CeGIDD répondants), le codage de certaines variables n'étant alors pas contrôlé, ce qui a rendu ces données inexploitable. Une autre limite de la surveillance est celle de l'absence d'un identifiant unique pour chaque consultant, ce qui ne permet pas de chaîner les consultations répétées d'une même personne.

Malgré ces difficultés, les données issues de la surveillance SurCeGIDD permettent de décrire au niveau national l'activité de dépistage et de diagnostic en CeGIDD, selon les caractéristiques des consultants.

L'année 2020 a été fortement bouleversée et l'activité de consultation des CeGIDD a été impactée, avec une forte diminution du nombre de consultations au second trimestre et une diminution plus modérée au dernier trimestre, contemporaines des deux périodes de confinement liées au Covid-19. Cette baisse de l'activité de dépistage en 2020 est également retrouvée de façon plus globale au travers de l'activité de dépistage du VIH et des IST bactériennes réalisée par les laboratoires de biologie médicale⁶.

Les CeGIDD jouent leur rôle en accueillant particulièrement les populations ciblées par le dispositif, notamment les HSH, les personnes nées à l'étranger, les personnes trans, les usagers de drogues, même si le fort taux de données manquantes ne permet pas d'en dresser une image précise. Les consultants des CeGIDD en 2020 sont toujours en majorité des hommes et des jeunes de moins de 30 ans. Environ un quart des consultants sont nés à l'étranger. On note une augmentation de la proportion d'hommes, en lien avec celle des HSH, ainsi qu'une augmentation du nombre et de la part de personnes trans. Ces augmentations sont à rapprocher de la forte progression du nombre et de la part des consultations PrEP en CeGIDD, qui ont bénéficié dans une moindre mesure aux hommes et femmes hétérosexuel(le)s, alors que, dans le même temps, une baisse globale d'initiations de PrEP a été constatée en 2020, en raison de la pandémie de Covid-19⁷.

En termes de dépistage et diagnostic, une augmentation du taux de positivité entre 2018 et 2020 est observée pour le VIH (de 0,37% à 0,41%), mais surtout pour le NG (de 2,8% à 4,0%), sans doute

en lien avec une modification des caractéristiques des consultants accueillis. Parallèlement, les taux ont diminué pour le VHB (de 1,3% à 0,93%) et le VHC (de 0,94% à 0,60%). Cette baisse constatée du taux de positivité pour l'hépatite C pourrait être liée à l'efficacité des traitements antiviraux à action directe recommandés à l'ensemble des personnes infectées depuis 2016⁸. Concernant l'hépatite B, la baisse constatée est probablement liée à la diminution de la proportion de consultants nés en Afrique subsaharienne. Néanmoins le taux demeure élevé chez les consultants nés à l'étranger et le dépistage doit sans doute être encore intensifié, notamment auprès des personnes originaires de zones d'endémie.

Les données analysées dans cet article montrent que le taux de positivité du CT est élevé chez les consultants en CeGIDD, quels que soient leurs partenaires sexuels, leur lieu de naissance et la région, autour de 8%. Concernant les autres agents pathogènes, les données confirment des taux de positivité particulièrement élevés chez les personnes trans (VIH, NG, VHC, syphilis), les HSH (VIH, NG, syphilis, ainsi que VHB et VHC chez ceux nés à l'étranger), les hommes et femmes hétérosexuels nés à l'étranger (VHB), les consultants dans les DOM (VIH, VHB, syphilis) et en Île-de-France (VIH, VHB, VHC, NG, MG)⁴. Les taux de positivité importants présentés par certaines des populations (HSH, personnes trans) pour les différentes IST indiquent la nécessité de poursuivre et renforcer les actions de prévention ciblées entreprises. Les taux observés chez les FSF sont à considérer avec prudence, compte tenu des faibles effectifs.

Ces résultats ne reflètent qu'une partie des dépistages et diagnostics réalisés en 2020 puisqu'ils n'incluent pas ceux réalisés en médecine de ville ou en consultation hospitalière hors-CeGIDD. Des différences d'accès aux CeGIDD, de pratiques de dépistage, de pratiques sexuelles et l'hétérogénéité de la participation entre régions à SurCeGIDD peuvent également contribuer à ces disparités.

La proportion de consultants asymptomatiques chez lesquels MG a été isolé interrogé, dans la mesure où la recherche de MG par PCR doit être réservée aux personnes symptomatiques consultant pour une IST, et à leurs partenaires en cas de positivité pour MG⁹. Dans ces cas de figure, un traitement antibiotique adapté est à prescrire, après recherche de mutations responsables de la résistance aux macrolides, en raison d'une augmentation importante de la résistance de MG à l'azithromycine, traitement de première intention. Cibler les indications de dépistage et de traitement est indispensable, compte tenu du risque de voir apparaître des souches de MG multirésistantes pour lesquelles plus aucun traitement antibiotique ne serait efficace.

Face au constat de participation perfectible et au fort taux de données manquantes, une réflexion sera conduite dans le cadre du groupe de suivi de la surveillance SurCeGIDD, afin d'envisager des solutions

d'amélioration. En raison de la pandémie de Covid-19, ce travail, initialement programmé en 2020, sera mené en 2022.

Conclusion

L'année 2020 a été marquée par deux périodes de diminution des consultations en CeGIDD, contemporaines des restrictions de mouvement mises en place dans le cadre de la gestion de la crise de la Covid-19. Malgré cela, les CeGIDD ont continué à assurer leurs missions dans une approche globale de santé sexuelle comparativement à 2018. Elles ont notamment assuré plus d'initiations de PrEP, auprès de populations plus diversifiées. La surveillance SurCeGIDD apporte des éléments de suivi de la stratégie nationale de santé sexuelle, il est donc primordial d'améliorer l'exhaustivité et la complétude des données recueillies. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Ministère des Solidarités et de la Santé. Décret n° 2015-796 du 1^{er} juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Paris: ministère des Solidarités et de la Santé; 2015. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030824374/#:~:text=Dans%20les%20r%C3%A9sum%C3%A9s-,D%C3%A9cret%20n%C2%B0202015%2D796%20du%201er%20juillet%202015%20relatif,et%20des%20infections%20sexuellement%20transmissibles>

[2] Ndeikoundam Ngangro N, Pioche C, Delmas G, Cazein F, Brouard C, Bruyand M, *et al.* Dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes en CeGIDD en 2018 : données individuelles de la surveillance SurCeGIDD. *Bull. Epidémiol. Hebd.* 2020;(33-34):673-85. http://beh.sante publiquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_4.html

[3] Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 23 novembre 2016 fixant le modèle de rapport d'activité et de performance devant être fourni au directeur général de l'agence régionale de santé et à l'Agence nationale de santé publique par les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD). Paris: ministère des Solidarités et de la Santé, 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000033507480>

[4] Santé publique France. Format du fichier de transmission des données individuelles des CeGIDD vers Santé publique France. Saint Maurice: Santé publique France; 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/56297/file/2019-architecture-base-cegidd.pdf>

[5] Santé publique France. Centralisateur CeGIDD: Webservice Spécifications techniques (Mise à jour mai 2019). Saint Maurice: Santé publique France; 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/hepatites-virales/hepatite-c/articles/surveillance-epidemiologique-au-sein-des-cegidd/blocs/centralisateur-cegidd-webservice>

[6] Viriot D, Lucas E, Lot F, Ndeikoundam N. Impact de la Covid-19 sur le dépistage du VIH et des IST bactériennes et du VIH. *Journées de Santé publique France*, 25 et 26 mai 2021. 15 p. <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2021/05/3-CAZEIN-VIRIOT.pdf>

[7] Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales. Que sait-on aujourd'hui de la situation du VIH en France ? La crise sanitaire a-t-elle fragilisé la prévention, le dépistage et la prise en charge des PVVIH ? Paris: ANRS; 2021. 36 p. https://www.anrs.fr/sites/default/files/2021-09/Rapport_situationVIH_sept21_def.pdf

[8] Haute Autorité de santé. Prise en charge de l'hépatite C par les médicaments anti-viraux à action directe (AAD). Élargissement du périmètre de remboursement. Saint-Denis: HAS; 2016. 14 p. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-12/recommandation_college_hepatite_c.pdf

[9] Société française de dermatologie. Infections sexuellement transmissibles : augmentation importante de la résistance du mycoplasme aux antibiotiques (macrolides). Communiqué Grifis et SFD. Paris: SFD. <http://www.sfdermato.org/actualites/communiqué-commun-gridist-et-sfd.html>

Citer cet article

Delmas G, Ndeikoundam Ngangro N, Brouard C, Bruyand M, Cazein F, Pillonel J, *et al.* Surveillance SurCeGIDD : dépistage et diagnostic du VIH, des hépatites B et C et des IST bactériennes en CeGIDD en 2020. Bull Epidemiol Hebd. 2021;(20-21):401-12. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_4.html

ARTICLE // Article

ANALYSE SOCIOLOGIQUE DES EXPÉRIENCES DE LA SÉROPOSITIVITÉ AU VIH À PARTIR D'UNE ENQUÊTE LONGITUDINALE QUALITATIVE AUPRÈS D'HOMMES HOMOSEXUELS // SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF HIV EXPERIENCES: GAY MEN QUALITATIVE LONGITUDINAL SURVEY

Mélanie Perez (melanie.perez@ined.fr)

Le Mans Université, Le Mans, Centre de recherche en éducation de Nantes, Nantes

Soumis le 17.09.2021 // Date of submission: 09.17.2021

Résumé // Abstract

Introduction – La fin des années 2000 est marquée par un tournant important dans la gestion du VIH : les personnes séropositives sous traitement antirétroviral efficace dont la charge virale est biologiquement indétectable ne transmettent plus le virus. Ces avancées sont à l'origine du questionnement de départ de la recherche : que reste-t-il du stigmata social associé au VIH ? Pour des personnes récemment infectées, l'atteinte, ou la perspective de l'atteinte d'une charge virale indétectable permet-elle la disparition des expériences subjectives de honte et/ou de stigmatisation décrites jusqu'alors dans les travaux de sociologie, et plus largement dans les données de santé publique ?

Matériel et méthodes – Cet article présente les principaux résultats d'une recherche sociologique sur les expériences de la séropositivité au VIH d'hommes homosexuels. Une enquête longitudinale qualitative conduite durant les deux premières années suivant le diagnostic médical, mêle des entretiens biographiques (n=35) répétés avec ces hommes et des observations multi-situées au sein des différents espaces qu'ils fréquentent et traversent (SMIT, associations liées au VIH-sida et/ou LGBT, espaces de sociabilités, sphères privées amicale, familiale et liée au couple).

Résultats – La séropositivité au VIH fait l'objet d'une socialisation spécifique, marquée par un processus de disqualification et de déclasserement de l'homosexualité et des modes de vie associés. La mise en indétectabilité biologique du virus du VIH dans les corps ne produit pas la disparition des expériences subjectives de honte et/ou de stigmatisation.

Discussion-conclusion – Si les traitements et les outils de mesure permettent de rendre le VIH indétectable au niveau biologique, le diagnostic toutefois, réactualise, réactive, ou fait émerger un questionnement moral sur l'homosexualité. Le stigmata du VIH semble d'autant plus lourd à porter dans un contexte de responsabilisation et de culpabilisation des hommes homosexuels largement avertis des risques d'infection, et soumis à l'injonction d'un devoir de précaution, et *in fine* de santé. Les trajectoires biographiques plurielles des hommes homosexuels sont affectées par la séropositivité. Pour les hommes les moins dotés en ressources (économiques, culturelles, sociales), l'expérience de la séropositivité a tendance à accroître l'isolement et à générer une réactivation de dispositions homophobes.

Introduction – *The end of the 2000s was marked by an important turning point in HIV management: HIV-positive people on effective antiretroviral treatment whose viral load is biologically undetectable no longer transmit the virus. These advances are at the origin of the research's initial question: what remains of the social stigma associated with HIV? Does the achievement or the prospect of achieving an undetectable viral load allow for the disappearance of the subjective experiences of shame and/or stigmatization described up to now in sociological studies and more broadly in public health data?*

Materials and methods – This article presents the main results of a thesis on the sociological analysis of gay men's experiences of being HIV-positive. A qualitative longitudinal study conducted during the first two years following the medical diagnosis combines repeated biographical interviews (n=35) with these men and multi-sited observations within the different spaces they frequent and cross (department of infectious and tropical diseases, associations related to HIV-AIDS and/or LGBT, spaces of sociability, private spheres of friendship, family and couple).

Results – HIV seropositivity is the object of a specific socialization, marked by a process of disqualification and downgrading of homosexuality and associated lifestyles. The biological undetectability of the HIV virus in the body does not lead to the disappearance of subjective experiences of shame and/or stigmatization.

Discussion-conclusion – Although treatments and technological measurement tools make it possible to render HIV undetectable at the biological level, nonetheless, the diagnosis updates, reactivates, or brings to the forefront a moral questioning about homosexuality. The stigma of HIV seems all the more difficult to bear in a context where gay men are widely aware of the risks of infection and are subject to the injunction of a duty of precaution, and ultimately of health. The multiple biographical trajectories of gay men are affected by HIV positivity. For men with the least resources (economic, cultural, social), HIV positivity experience tends to increase their isolation and generate a reactivation of homophobic dispositions.

Mots-clés : Homosexualité, VIH, trajectoire biographique, genre, stigmaté

// **Keywords** : Homosexuality, HIV, biographical trajectory, gender, stigma

Introduction

Le 30 janvier 2008, un groupement de médecins suisses publie un article intitulé « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle »¹. Après avoir fait l'objet de controverses et de débats en France, cet article est finalement approuvé par le Conseil national du sida en avril 2009².

À la fin des années 2000, les orientations stratégiques des politiques de santé publique relatives à la gestion du VIH prennent alors un nouveau tournant, d'une part au niveau du soin des personnes diagnostiquées séropositives au VIH, et d'autre part au niveau de la prévention de la transmission des personnes séronégatives. En effet, il est avéré que les personnes séropositives au VIH sous traitement et dont la charge virale est indétectable ne transmettent pas le virus lors des relations sexuelles sans préservatif. Soins et prévention sont de plus en plus liés : le traitement devient prévention (TasP : *Treatment as Prevention*) et la prévention est bientôt (également) traitement (PrEP : Prophylaxie Pré-Exposition). En effet, la mise en place de la PrEP en France à partir de 2016 fait suite à un essai clinique franco-canadien réalisé au début des années 2010, nommé « Intervention préventive de l'exposition aux risques avec et pour les gays » (Ipergay), mené conjointement par l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) et l'association AIDES, en charge du recrutement et du suivi « communautaire ».

La prise d'un traitement antirétroviral par les personnes diagnostiquées séropositives ne permet plus uniquement de vivre avec le VIH, mais est également devenue un moyen de prévention de la transmission du virus. Les avancées thérapeutiques permettent de contrôler l'évolution de l'infection du virus au niveau individuel et les transmissions au niveau collectif. Le traitement devenu un moyen de prévention du VIH, les recommandations de santé publique préconisent alors une mise sous traitement rapprochée du moment

du diagnostic dans l'objectif d'atteindre cette charge virale dite indétectable. Au niveau national, différentes études, rapports et plans nationaux sont élaborés et organisés autour de quatre piliers : classer, dépister, traiter et rendre indétectable. En 2013, le Rapport Morlat recommande l'« initiation précoce du traitement ARV quel que soit le nombre de CD4 »³. Les dispositifs de santé publique déployés entendent ainsi « banaliser » le dépistage chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) pour « une prise en charge précoce, et la plus précoce possible » étant donné « d'une part, un bénéfice individuel pour les personnes diagnostiquées, qui peuvent alors être prises en charge sur le plan médical et, d'autre part, un bénéfice collectif, le traitement antirétroviral constituant une forme de prévention (concept international du TasP "*Treatment as Prevention*") »⁴.

Ces avancées sont à l'origine du questionnement de départ de cette recherche dont les principaux résultats sont présentés dans cet article : que reste-t-il du stigmaté social associé au VIH (encadré 1) ? La mise en indétectabilité de la charge virale au niveau biologique, si elle permet de ne plus transmettre le VIH, règle-t-elle pour autant les problématiques liées à la peur de contaminer pour les personnes récemment diagnostiquées séropositives ? Est-ce que l'atteinte ou la perspective de l'atteinte d'une charge virale indétectable permet la disparition des expériences subjectives de honte et/ou de stigmatisation décrites jusqu'alors dans les travaux de sociologie, et plus largement dans les données de santé publique ? La potentielle identité homosexuelle associée au VIH-sida a fait l'objet dans le passé de discordes et de controverses structurées autour d'une (a)moralité des sexualités entre hommes et d'une (ir)responsabilité hypothétiquement liée à une « bonne » ou à une « mauvaise » identité gay⁵. À partir de l'étude des trajectoires de ces hommes et de leurs reconfigurations durant les deux premières années qui suivent le diagnostic, la recherche interroge *in fine* la charge morale des expériences de la séropositivité pour des hommes homosexuels.

Stigmate

Depuis la découverte de l'infection, au début des années 1980, soit depuis plus de trente ans, l'ensemble des travaux en sciences sociales sur le VIH s'accordent sur le fait que la séropositivité constitue un attribut disqualifiant pour les individus qui en sont porteurs. Les travaux en sociologie, en anthropologie ou encore en psychologie, reprennent le concept de stigmate théorisé par Goffman⁶ afin de rendre compte des expériences de la séropositivité⁷⁻¹². Dans le cadre de l'interactionnisme symbolique, cet auteur fait de la notion de stigmate un concept sociologique renvoyant « autant à une identité illégitime ou disruptive qu'aux réactions sociales qu'elle suscite et aux efforts des stigmatisés pour y échapper ou pour dissimuler qu'ils y appartiennent »¹³. Il étend alors un concept qui « étymologiquement [renvoie à] une marque durable sur la peau (...) à tout attribut social dévalorisant, qu'il soit corporel ou non – être handicapé, homosexuel, juif, etc. Le stigmate n'est pas un attribut en soi : il se définit dans le regard d'autrui »¹⁴.

Matériel et méthodes

Nous proposons de présenter dans cet article les principaux résultats d'une recherche portant sur l'analyse sociologique des expériences de la séropositivité au VIH d'hommes homosexuels¹⁵. Cette recherche explicite en quoi les trajectoires biographiques de ces hommes, aussi hétérogènes soient-elles, vont être affectées par la socialisation à et par la séropositivité durant les deux premières années qui suivent le diagnostic, et comment celle-ci s'emboîte aux socialisations antérieures, aux dispositions, et à la façon dont l'homosexualité s'est construite.

L'arrivée du VIH-sida a permis le développement des travaux sociologiques sur les homosexualités, jusqu'alors peu explorées¹⁶. Ceux s'intéressant aux mobilités sociales et géographiques des homosexuels rompent alors avec des perspectives en termes de déviance et permettent de considérer les homosexualités masculines comme des « modes de vie »^{7,17,18}. Ces recherches permettent aussi d'apprécier les effets sociaux du VIH-sida sur les liens entre les modes de vie gay, pluriels et socialement situés, et la gestion des risques du VIH-sida¹⁹⁻²². Cette recherche s'inscrit dans la lignée de ces travaux. L'homosexualité n'est pas abordée en termes de déviance. Ce sont davantage les effets de l'étiquetage qui retiennent notre attention, ainsi que la réorganisation et la reconfiguration des modes de vies gays jusqu'alors établis. Notre travail interroge plus précisément la façon dont la question morale liée à la responsabilité homosexuelle vis-à-vis de l'infection au VIH modèle les modes de gestion de la séropositivité au VIH et les trajectoires sociales d'hommes homosexuels durant les deux années qui suivent le diagnostic.

Dans le cadre d'une enquête longitudinale qualitative conduite durant les deux premières années suivant le diagnostic médical et réalisée entre janvier 2013 et décembre 2014, dix-sept hommes ont été interrogés d'une à trois fois, lors d'entretiens d'une heure trente à cinq heures réalisés la majeure partie du temps à leur domicile, et rencontrés à plusieurs reprises dans les différents espaces de sociabilités fréquentés (tableau). Dans l'objectif de suivre le parcours de ces acteurs et une socialisation par la séropositivité en train de se faire, trois entretiens ont été effectués avec huit d'entre eux. Le premier a été réalisé moins de six mois après l'annonce, puis les deux suivants ont été espacés de huit mois environ. Ces données ont été enrichies par de nombreuses observations multi-situées au sein des différents espaces qu'ils fréquentent et traversent : les services des maladies infectieuses et tropicales des hôpitaux (SMIT) ; des associations liées au VIH-sida et/ou personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et trans (LGBT) ; des espaces de sociabilités homosexuelles ; la sphère privée (amicale, familiale et liée au couple).

Ces hommes ont été recrutés par l'intermédiaire des files actives de plusieurs SMIT, et d'associations de soutien et d'accompagnement en Île-de-France et dans le sud de la France, à la suite de la proposition orale du médecin ou de l'acteur ou actrice associatif(ve), ou bien de la visualisation dans la salle d'attente de l'affiche d'appel à participation à l'étude.

Résultats**L'expérience de la séropositivité au VIH des hommes homosexuels : une carrière morale**

La socialisation spécifique dont fait l'objet la séropositivité est marquée par un processus de disqualification et de déclassement de l'homosexualité et des modes de vie associés. L'analyse des entretiens biographiques montre en effet que les expériences de la séropositivité au VIH des enquêtés ne se réduit pas à la découverte diagnostique puis à la prise en charge médicale de l'infection. Durant les deux premières années qui suivent le diagnostic, les hommes enquêtés, quelles que soient leurs ressources, leurs milieux, leurs propriétés sociales, traversent un même itinéraire, une même carrière morale (encadré 2). Cependant, si tous les hommes enquêtés traversent les étapes de cette même carrière, la réorganisation des modes de vie et du rapport à l'homosexualité va dépendre de leurs ressources et de leurs dispositions sociales. En d'autres termes, les devenir séropositifs sont pluriels et à situer dans l'espace social. La reconstruction²³ des hommes se fait alors aux dépens de dispositions incorporées au cours de leurs socialisations antérieures, en particulier celle à et par l'homosexualité, imbriquée à leurs propriétés sociales. Cet article présente les principaux résultats liés aux étapes de cette carrière, et particulièrement ceux liés aux processus de disqualification sociale et au déclassement de l'homosexualité.

Caractéristiques sociales des enquêtés

ÉTUDE LONGITUDINALE						
(entretiens répétés durant les deux années qui suivent le diagnostic)						
Pseudo ¹	Âge	Ancienneté du diagnostic	Profession ou situation vis-à-vis de l'emploi et niveau d'études	Situation familiale lors du diagnostic	CS des parents ²	Situation géographique
Clément	23 ans	5 mois	Étudiant (Bac +5)	Relation stable depuis 4 mois Vit seul (locataire)	Mère : employée Père : artisan commerçant, chef d'entreprise	Allemagne/Île-de-France/Sud de la France
Romain	31 ans	6 mois	Infirmier (Bac +3)	En couple depuis 8 ans avec Jérémy (séronégatif) Cohabitant (location)	Mère : sans emploi Père : artisan, commerçant, chef d'entreprise	Sud de la France
Asmir	31 ans	4 mois	Vendeur/maquilleur à mi-temps chez une grande marque de cosmétique (BEP)	Célibataire Chambre dans un foyer	Mère : au foyer/jamais travaillé Père : employé	Île-de-France
Fouad	31 ans	2 mois	Sans emploi (recherche en service et restauration) (BEP + Licence)	Célibataire Vit seul (propriétaire)	Mère : au foyer Père : ouvrier	Sud de la France
Bastien	36 ans	4 mois	DJ et organisateur de soirées gay (Bac +3)	En couple depuis 2 ans avec Alex (séropositif au VIH depuis 4 ans) Non cohabitant Vit seul (location)	Mère : employée Père : cadre, profession intellectuelle supérieure	Sud de la France
Elie	42 ans	5 mois	Sans emploi (recherche un emploi de maître d'hôtel, serveur) (CAP+BEP)	Célibataire. [Marié, « mariage blanc » avec une américaine] Vit sous le même toit que ses parents (au rez-de-chaussée, parents à l'étage)	Mère : employée Père : profession intermédiaire	Sud de la France (<5000 habitants)
Daniel	45 ans	4 mois	Sans emploi (en arrêt maladie/dépression, puis sans emploi. Ne recherche pas d'emploi) (Bac +2)	Célibataire Vit seul (propriétaire)	Mère : au foyer/jamais travaillé Père : ouvrier	Sud de la France
Stéphane	46 ans	6 mois	Rentier, organisateur de soirées, coach sportif et modèle photo (Bac +3)	Célibataire divorcé (était marié avec une femme il y a plus de vingt ans) Vit seul (propriétaire)	Mère : employée Père : cadre, profession intellectuelle supérieure	Sud de la France

¹ Les prénoms des enquêtés ont été modifiés.

² Nous avons repris ici les catégories socioprofessionnelles utilisées par Rault (2016) : « Agriculteurs exploitants » ; « Artisans, commerçants, chefs d'entreprise » ; « Cadres, professions intellectuelles supérieures » ; « Professions intermédiaires » ; « Employés » ; « Ouvriers » ; « Jamais travaillé ». Nous avons toutefois ajouté lorsque cela était nécessaire : « Au foyer » et/ou « Sans emploi ». Une partie des parents des enquêtés est actuellement à la retraite. Nous avons ici privilégié l'emploi mentionné par les enquêtés lors des entretiens.

Tableau (suite)

ENTRETIEN UNIQUE						
Pseudo	Âge	Ancienneté du diagnostic lors du premier entretien	Profession ou situation vis-à-vis de l'emploi	Situation familiale lors du diagnostic	CS des parents	Situation géographique
Antonio	26 ans	12 mois	Sans emploi (à la recherche d'un emploi dans le service et la restauration) (Bac +2)	Célibataire Vit seul (locataire)	Profession des parents inconnue	Île-de-France
Ludovic	27 ans	12 mois	Sans emploi (recherche un emploi dans les métiers du bâtiment) (BEP + CAP)	Célibataire Vit seul (locataire)	Mère : employée Père : ouvrier	Sud de la France
Alban	31 ans	8 mois	Chef d'entreprise dans le conseil (Bac)	Célibataire Vit en colocation avec un ami (locataire)	Mère : profession intermédiaire Père : cadre, profession intellectuelle supérieure	Île-de-France
Valentin	33 ans	24 mois	Chargé de communication pour une campagne de prévention dans une association de lutte contre le VIH et les hépatites (BTS)	En couple avec Grégoire (séronégatif) depuis 11 ans Cohabitation (locataire)	Profession des parents inconnue	Île-de-France
Christophe	39 ans	11 mois	Gestionnaire dans un service de ressources humaines d'une grande entreprise (BTS)	Célibataire Vit seul (locataire)	Mère : employée Père : ouvrier	Île-de-France
Frédéric	43 ans	21 mois	Coiffeur, propriétaire de son salon (CAP + BP)	En couple depuis 4 mois avec Nicolas (séropositif) Vit sous le même toit que deux membres de sa famille (chacun son étage) (propriété familiale)	Mère : au foyer Père : profession inconnue	Sud de la France
Emmanuel	45 ans	20 mois	Logisticien (Bac +3)	En couple depuis 3 ans avec Albert (séropositif, diagnostiqué après Emmanuel) Non cohabitant Vit seul (locataire)	Profession des parents inconnue	Sud de la France
Philippe	46 ans	19 mois	Commercial (BTS)	En couple depuis 2 mois avec Michel Non cohabitant Vit seul	Mère : employée Père : profession intermédiaire	Ile-de-France
Pascal	49 ans	18 mois	Jardinier paysagiste à son compte (Bac +4)	En couple depuis 13 ans avec Stan (séronégatif). Cohabitant (propriétaires)	Profession des parents inconnue	Sud de la France (<5000 habitants)

CS : Catégorie socioprofessionnelle.

Un stigmatte indétectable

Disqualifications corporelles et métaphores du sida

Quels que soient le niveau de connaissances et les propriétés sociales des acteurs, que des symptômes soient présents ou absents, et quel que soit le niveau de leur charge virale, lorsque les interviewés apprennent leur séroconversion, durant les premières semaines, voire les premiers mois, l'expérience de la séropositivité

renvoie à l'angoisse de la mort, à une potentielle dégradation du corps et aux peurs de contaminer son entourage, non seulement dans le cadre de la sexualité mais aussi dans les actes de la vie quotidienne (cuisiner, boire dans le même verre, partager une brosse à dents ou un rasoir, etc.). Les peurs de contaminer sont accentuées au contact de personnes jugées « vulnérables » du point de vue de la santé, comme les enfants, les personnes âgées et/ou les personnes malades.

La notion de carrière, initialement conceptualisée par Hughes²⁴ avec une entrée par les professions, est ensuite transposée par Becker²⁵ aux carrières déviantes, par Goffman² aux carrières morales des reclus, puis par Darmon à la carrière anorexique²⁶.

Ce concept permet de rendre compte du trajet effectué lors de la socialisation à et par la séropositivité des hommes enquêtés. Ce trajet est à la fois celui des déplacements, des mobilités au sein des différents espaces sociaux et des acteurs qui les composent, mais également celui de l'itinéraire moral associé. En d'autres termes, parallèlement à cette première dimension objective de la carrière rendant compte des étapes, une seconde dimension subjective consiste en une « mise en cohérence par l'acteur de la succession des positions durant son cheminement »²⁷ : « Dans sa dimension subjective, une carrière est faite de changements dans la perspective selon laquelle la personne perçoit son existence comme une totalité et interprète la signification de ses diverses caractéristiques et actions, ainsi que tout ce qui lui arrive »²⁵.

Une analyse de la séropositivité en termes de carrière permet de suivre le cheminement effectif de ces hommes, en pratique, à la lumière de l'arrière-scène, des coulisses. Elle permet d'analyser la façon dont les histoires individuelles de ces hommes homosexuels récemment diagnostiqués, s'articulent à l'expérience de la séropositivité au VIH et à ses dispositifs, à la fois dans et hors les murs de l'hôpital. Ce faisant, la carrière donne à voir les usages sociaux de la séropositivité et les devenir de ces hommes diagnostiqués séropositifs¹⁵.

Si durant les premiers mois qui suivent l'annonce de la séropositivité, le traitement et la perspective de l'indétectabilité constituent un argument rassurant du côté des médecins et des agents associatifs – « Dans le mot VIH, il y a le mot vie » ; « On ne meurt plus du VIH » ; « Vous vivrez aussi longtemps qu'un séro-négatif » –, ils ne suffisent cependant pas à rassurer les enquêtés. On retrouve un décalage entre ces propos s'appuyant sur une rationalité médicale, et le choc et l'angoisse relatifs à l'expérience de l'annonce telle qu'elle est relatée par les hommes en entretien. Durant les six premiers mois, la peur de la mort est très présente. Fouad évoque ainsi ses angoisses juste après le diagnostic : « J'étais choqué. Sur le chemin je pleurais, je me suis dit : « qu'est-ce qui va se passer ? ». Moi avant j'avais l'image de : « oh, il a le sida ! Il va mourir ! » » (Fouad, 31 ans, célibataire, sans emploi, Sud de la France, 2 mois d'ancienneté de diagnostic). Cette peur est à la fois liée à la présence du virus dans l'organisme, mais également aux éventuels effets secondaires que peuvent générer les traitements, comme en témoigne Asmir et Stéphane :

« L'annonce c'était un choc et c'est toujours un peu un choc. Moins que l'annonce, mais il n'y a pas de jour, il n'y a pas de nuit où je ne pense pas à ça, et c'est vraiment préoccupant. L'avenir, comment ça va se passer ? Maintenant le traitement, comment tu vas le supporter ? Est-ce que tout va bien se passer ? J'sais pas, par rapport à tous les stéréotypes et les clichés qu'on peut avoir sur cette maladie, j'ai l'impression que je suis en train de... comment dire ça... d'être dégradé, comme si ma santé se dégradait, que ça va de pire en pire chaque jour... » (Asmir, 31 ans, célibataire, vendeur/maquilleur à mi-temps chez une grande marque de cosmétique, Île-de-France, quatre mois d'ancienneté de diagnostic).

« Donc voilà, il y a l'entretien, elle (l'infectiologue) m'explique les traitements et tout. Moi mon occupation, enfin ma préoccupation première, c'était, entre

autres, de lui demander, est-ce que, en fait je crois que ça s'appelle le Kaposi, voilà... euh... Chaque fois j'avais vu des trucs, je m'étais dit : « Ohhh putain !! C'est pas possible, quoi, les mecs !!! ». Enfin chaque fois qu'on montrait à la télé des reportages, soit c'est des gens qui sont à moitié mort, tout décharnés, plein de trucs... enfin bon, voilà, et moi ma préoccupation c'était : « est-ce que je vais prendre du poids... euh... je ne vais plus ressembler à rien ?! ». Elle (l'infectiologue) me dit « ah ben, non ! Les traitements, non, non... Enfin bon (dubitatif)... » (Stéphane, 46 ans, célibataire, rentier/organisateur de soirées/coach sportif, Sud de la France, six mois d'ancienneté de diagnostic).

Le discours *a priori* rassurant du médecin au regard de la possibilité d'initier rapidement un traitement, revêt toutefois un caractère inquiétant puisqu'il rend compte de l'évolution possible et imprévisible du virus. S'ajoutant à des représentations des traitements du VIH qui renvoient aux trithérapies plus anciennes, lourdes d'effets secondaires, ce discours ne suffit pas à réprimer la peur de Stéphane, liée à une dégradation de son corps, visible des autres et pouvant générer un discrédit. Avant que le traitement ne soit initié, si des résultats d'analyse « peu rassurants » peuvent amplifier les angoisses liées à l'évolution du virus, des résultats rassurants ne suffisent pas toujours à supprimer ces peurs. Malgré les évolutions thérapeutiques, pour évoquer les premières semaines ou mois qui suivent le diagnostic de l'infection au VIH, les interviewés se réfèrent aux images de corps abîmés de « gens qui sont à moitié mort, tout décharnés », « amaigris » et « souffrants ». Aussi, les enquêtés font souvent référence au film *Philadelphia* sorti en 1996. Pour rappel, Tom Hanks joue le rôle principal : un homme, homosexuel, malade du sida, sous azidothymidine (AZT) et non trithérapie à l'époque. Le personnage, qui va être de plus en plus marqué corporellement à la fois par la perte de poids et les sarcomes de Kaposi, meurt à la fin

du film. Cette référence, tout comme celle à la comédienne Clémentine Célerié, embrassant un homme séropositif au VIH sur un plateau de télévision lors du premier Sidaction en 1994, revient fréquemment dans les discours des enquêtés.

Ces premiers éléments mettent en lumière une persistance des métaphores liées à la mort, au sida²⁸ plutôt qu'au VIH, et à des images qui ont profondément marquées les vies gays, et l'histoire de l'homosexualité. Ces références au sida ne concernent pas seulement les enquêtés les plus âgés. Elle concerne également ceux qui ont entre vingt et trente ans. Plusieurs d'entre eux évoquent le fait qu'ils s'imaginent finir mourant à l'hôpital, des suites « logiques » de leur maladie. À la suite de l'annonce, ces hommes font des recherches sur Internet relatives à l'espérance de vie des personnes séropositives et aux potentiels effets secondaires liés aux traitements. Si tous font l'expérience de ces recherches, les interviewés célibataires, et dont les capitaux économiques et culturels sont les plus faibles, y consacrent davantage de temps. Les sites fréquentés sont alors des sites généralistes où les forums ne font pas l'objet d'une modération par des agents de santé publique pour contrôler les informations qui y circulent – comme c'est le cas pour ceux de Sida Info Service notamment. Ludovic, 27 ans, se rend par exemple sur le site Doctissimo pour réaliser ses recherches :

« C'est sur Doctissimo que j'ai vu ça. Après, c'était un article qui avait déjà six ans, bon... après, il y a des personnes qui disent que les antiviraux, ça te... ça te détruit petit à petit quoi, et les autres personnes qui disent qu'ils ont perdu des proches malgré la trithérapie, ceci, cela et tout... le truc que j'ai pas encore été faire c'est d'aller parler avec des séropos qui sont à l'hôpital. Tu sais, dans les chambres des maladies infectieuses. Mais bon, ça, je n'ai pas encore... faudra que je le fasse un jour, mais j'ai pas encore fait.

Tu veux dire au CHU, au SMIT ?

Ouais.

Il y a des gens qui sont dans les chambres... des séropos ?

Ouais, ben t'as, t'sais les séropos, les vieux séropos qui n'ont pas eu le traitement assez tôt et tout le bordel là, j'pense que ça peut être bien de parler avec ces gens.

Comment tu sais qu'il y a des séropos là-bas ?

Ben, c'est obligé ! C'est un hôpital hein !

Ça, c'est ce que tu te dis, toi, ou on te l'a dit ça ?

Ça c'est ce que je me dis, moi. C'est que si tu vas au Service des Maladies Infectieuses, tu dois avoir des personnes qui ont le palu et tout le bordel, mais tu vas aussi tomber sur des personnes qui auront des MST et qui peuvent plus rester chez eux quoi. Parce que ça commence à faire trop tard ou quoi. »

(Ludovic, 27 ans, célibataire, sans emploi, Sud de la France, 12 mois d'ancienneté de diagnostic).

Bricolage de pratiques de protection et devoir de santé

Si certains nettoient leurs poignées de portes à l'eau de Javel et cachent leur brosse à dents lorsque des invités (notamment des enfants) leur rendent visite, d'autres cessent de « rouler des pelles » durant les premières semaines qui suivent le diagnostic. Ainsi, les stratégies d'évitement mises en place par les acteurs ainsi que l'attention particulière portée à la gestion des liquides corporels durant les premières semaines ou mois qui suivent le diagnostic, concernent à la fois le sang et le sperme, mais également dans certains cas, la salive, pourtant non susceptible de transmettre l'infection. Les enquêtés bricolent ainsi au sein des espaces privés des pratiques rassurantes.

Afin de rester indétectable, biologiquement mais également socialement, les enquêtés vont opérer dans la durée une auto-surveillance et une « hygiénisation » de leurs modes de vie. Ce devoir de santé s'exprime à travers la mise en place de différentes pratiques, discrètes et durables. Celles-ci peuvent concerner la prise du traitement (ils apprennent à prendre le traitement à des heures fixes, en prévoyant d'en avoir toujours un sur eux et/ou dans leur voiture en cas d'imprévu, notamment lors d'un départ en voyage), accorder une attention particulière à leur alimentation, arrêter le tabac ou encore initier ou renforcer la pratique d'activités physiques.

L'atteinte de la charge virale indétectable ne suffit pas à supprimer la peur de contaminer

Même « indétectabilisé » biologiquement, la séropositivité au VIH s'imisce dans les pratiques et les usages du corps. Si dans les actes de la vie quotidienne, cette peur de contaminer, mais aussi, d'être contaminé par d'autres infections et/ou maladies, s'atténue, voire disparaît après quelques semaines ou mois après la prise du traitement et notamment avec l'atteinte de la charge virale indétectable, ce n'est pas aussi marqué dans le cadre du contexte des relations sexuelles, où la peur de transmettre l'infection est toujours présente même avec l'atteinte d'une charge virale indétectable. Le cas échant, elle ne s'accompagne pas automatiquement du retrait du préservatif, ni d'une plus grande aisance à parler de sa séropositivité à son partenaire ou plus largement à son entourage (cette affirmation n'est pas valable au sein des couples où le partenaire est également séropositif). En fait, la charge virale indétectable rassure en partie la personne et va constituer un facilitateur pour réinvestir la sexualité, avec un préservatif, sans parler de son statut sérologique à son partenaire. C'est une raison de plus de ne pas le dire, puisqu'il y a deux protections. Si le préservatif rompt, la charge virale indétectable rassure. L'atteinte d'une charge virale indétectable ne permet donc pas de supprimer la honte ressentie, liée à l'association de son sang et de son sperme à la souillure.

Lors des entretiens, l'intérêt porté aux pratiques corporelles et aux « bricolages » mis en place dans l'univers domestique, dans la salle de bain et dans la cuisine par exemple (sans interroger directement

les rapports sexuels), a permis d'accéder dans un premier temps à des réaménagements et à des arrangements liés aux peurs de contaminer et de rendre compte *in fine*, d'une expérience maintenue secrète parce que sujette à la honte.

Les mises en récit des hommes venant d'apprendre leur séropositivité au VIH permettent de rendre compte que le stigmate n'est plus uniquement celui d'un corps où s'est logé le virus, aujourd'hui contrôlé biologiquement, mais qu'il a toutefois marqué durablement l'histoire de l'homosexualité. Le stigmate est aussi associé à un homosexuel dont les pratiques sexuelles seraient « hors de contrôle »²⁹, en prise avec des dispositifs exigeant désormais la maîtrise de la charge biologique et sociale du VIH, pour « un monde sans sida »³⁰. L'augmentation des rapports sexuels non protégés (par un préservatif) et l'incidence accrue de l'infection chez les homosexuels pointées par les enquêtes d'épidémiologie et la santé publique^{31,32}, s'accompagnent d'une résurgence des discours de culpabilité chez les hommes homosexuels, et en particulier chez ceux séropositifs³³. Race relève à cet égard la « propension des faits médicaux à générer des émotions hautement moralistes, imprégnées de notions de responsabilité et de culpabilité, et ayant la faculté de marquer ou d'identifier des acteurs sociaux particuliers en tant que responsables »³³.

Ainsi, s'entremêlent à la fois responsabilité, culpabilité et honte liées à la contamination, mais également à l'homosexualité. Si les traitements et les outils de mesure permettent de rendre indétectable, invisible, le VIH, toutefois, le diagnostic réactualise, réactive, ou fait émerger, un questionnement moral sur l'homosexualité. En d'autres termes, la séropositivité au VIH représente une nouvelle expérience de la mise au placard d'un attribut discréditable, rappelant alors le placard lié à l'homosexualité.

L'épreuve des disqualifications sociales

La découverte de la séropositivité est avant tout l'attribution d'une étiquette, d'un nouveau statut social disqualifiant. Cette étiquette est celle d'un homme dont le diagnostic atteste qu'il a eu un comportement, ou des pratiques à « risques » ou « irresponsables ». Elle renvoie également à l'appartenance à un ou des groupes (que ce soit le groupe épidémiologique des « hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes », ou « communautaire » gay).

« Donc là, depuis que tu as été diagnostiqué, tu n'as jamais rencontré de personne qui a le VIH ?

Non, mais j'ai envie... mais je sais pas, je sais pas, j'ai peur, j'ai hon... j'ai honte...

T'as honte ?

Oui, j'ai honte parce que, l'autre souci qui m'a vite frappé à moi, c'est que j'avais le VIH parce que j'étais homosexuel... Et alors que non quoi, enfin... À part que... C'est pour ça que je suis persuadé que c'est avec mon copain d'avant, parce que je me dis c'est ça en fait, j'ai peur des fois de le dire à des gens, du style ma famille, parce qu'ils vont pas... ils vont pas comprendre (...) dans la tête, se dire : « (...) c'est

parce que il a fait comme eux, en fait, comment on écoute dans les médias, il a fait n'importe quoi tu vois ! ». Et c'est, je sais pas...

Donc tu as peur qu'on associe VIH à homosexualité ?
VIH à homosexuel, VIH à « il est allé à droite à gauche », VIH de... Oui voilà, c'est normal que j'ai le VIH... parce que je suis homosexuel. Voilà, j'ai peur de ça. Et encore plus avec la famille à mon copain ! Et lui ne veut pas le dire à sa famille aussi, en gros, en partie pour ça, parce que ça te colle à la... c'est une étiquette qui te colle à la peau quoi. J'ai toujours bien vécu mon homosexualité, je me suis toujours bien épanoui, on peut dire, je vis comme un français lambda, mais depuis que j'ai ça, tu vois, ça a altéré mon... Voilà, je me dis, ben ouais... voilà. Au final, peut-être qu'ils ont raison quoi. Les médias ils ont raison, les idées préconçues, c'est pas des idées, c'est la réalité...

Ils ont raison sur quoi ?

Ben, ils ont raison sur que... Alors que je n'en fais pas partie, ben, que les homos ils font n'importe quoi. S'ils ont ça, c'est que c'est bien par... c'est bien fait pour leur gueule... Je sais pas, c'est absurde mais...

(Romain, 31 ans, en couple (avec un homme séro-négatif) depuis 8 ans (cohabitation), infirmier, Sud de la France, 6 mois d'ancienneté de diagnostic)

Tous les enquêtés ne font pas la même expérience de l'épreuve de la disqualification sociale liée à l'étiquette de l'homosexuel séropositif, souvent associé à l'« hypergay », irresponsable, voire « monstrueux ». Déjà, parce qu'ils entretiennent des rapports hétérogènes à l'homosexualité. La pluralité de modes de vie gay rend compte de l'éventail de ces rapports, évoluant au gré de leurs parcours sociaux et économiques et en lien avec leurs mobilités géographiques. En fonction de leurs histoires et des sphères au sein desquelles ils se sont (majoritairement) construits, les enquêtés vont manœuvrer et bricoler leurs propres expériences de la séropositivité pour maintenir une identité acceptable.

Le diagnostic, donc l'entrée dans la carrière séropositive, renvoie également à un éclairage public, devant le médecin, ou de l'acteur ou actrice associatif(ve), de l'intime, du privé, d'une sexualité homosexuelle. Un élément important ici, est l'enquête sur la contamination réalisée par les hommes interviewés durant les premiers jours, premières semaines qui suivent l'annonce de la séropositivité. Lors des premiers rendez-vous avec le médecin à la suite du diagnostic, parallèlement à une série d'analyses biologiques, l'infectiologue va poser une série de questions sur le contexte de la contamination, à la fois pour identifier l'ancienneté de l'infection, mais aussi pour renseigner la fiche de déclaration obligatoire du VIH liée à des fins de surveillance et de contrôle épidémiologique³⁴. Mais pour les hommes enquêtés, ces questions posées par le médecin sur le contexte de l'infection prennent la forme dans un premier temps d'un devoir de vérité, avec l'aveu de culpabilité auprès du médecin, et ensuite, d'une enquête personnelle durant laquelle eux-mêmes vont mener l'enquête et chercher qui, quand et comment a eu lieu l'infection.

Trouble dans les masculinités et déclassement de l'homosexualité

La culpabilité et/ou la responsabilité ne sont pas seulement liées au fait d'être séropositif, mais également à l'homosexualité elle-même. Pour la majorité des hommes enquêtés, la découverte de la séropositivité au VIH est suivie d'une introspection morale : certains questionnent leur responsabilité vis-à-vis de l'infection et peuvent alors se positionner comme coupable de ne pas avoir mis de préservatif ou victime d'un compagnon dont on découvre qu'il n'a pas été sexuellement exclusif. D'autres questionnent leur mode de vie gay, ou de façon plus générale l'homosexualité elle-même. Les enquêtés les moins dotés en ressources (économiques, culturelles, sociales) requalifient alors négativement l'homosexualité et essentialisent une supposée hypersexualisation des hommes homosexuels.

Les expériences de la séropositivité constituent un trouble dans les masculinités et dans les (homo)sexualités et produisent des effets en termes de reconfigurations identitaires. Déjà disqualifiés en tant que pères potentiels parce qu'homosexuels, la séropositivité renforce une disqualification de genre. Cette dimension genrée de l'expérience de la séropositivité est également présente dans les récits des enquêtés lorsqu'ils évoquent le contexte de l'infection au VIH. Dire que l'infection a eu lieu lors d'une fellation est souvent privilégié par les acteurs au fait de mettre en récit le rôle de pénétré lors du script sexuel lors d'une pénétration anale, parce qu'elle est une pratique davantage stigmatisante au regard de la posture de « passivité » à laquelle elle renvoie. On relève alors l'incompréhension et la colère de certains qui privilégiaient le rôle de pénétrant et concevaient la transmission sur un mode asymétrique reproduisant les polarités de genre masculin/féminin, renvoyant à l'idée que le rôle d'« actif » les protégeait des risques de transmission.

L'emboîtement des hontes

L'expérience de la séropositivité va chez certains réveiller une honte liée à l'homosexualité, particulièrement pour ceux qui la vivaient de la manière la plus clandestine, chez lesquels on relève un « emboîtement des hontes », honte de l'homosexualité et honte de la séropositivité. Les acteurs peuvent alors choisir entre rester invisible et discréditable, ou devenir potentiellement discrédité. Les différentes stratégies de gestion de l'information mise en place par les acteurs, c'est-à-dire le fait de dire ou taire sa séropositivité, sont pensées et réfléchies en fonction des ressources mobilisables. Les acteurs vont mobiliser quelques rares personnes considérées comme membres de la sphère privée et/ou ne risquant pas de dévoiler leur séropositivité, avec lesquelles l'information au sujet du statut sérologique va être partagée. Le contrôle de l'information est donc central pour ces personnes qui, après avoir « perdu la face » au moment du diagnostic, tentent de préserver une image d'elles non discréditée par la suite. Les avancées biomédicales n'ont finalement pas permis aux personnes récemment diagnostiquées interrogées de parler de sa séropositivité

à son entourage et particulièrement à des membres de sa famille, comme les parents. Seuls les hommes qui vivent sous le même toit que leurs parents sont amenés à partager avec eux cette information.

Pour la majorité des enquêtés, l'information au sujet de la séropositivité n'est pas partagée avec les partenaires avec lesquels les acteurs ont eu une relation avant le diagnostic, à la fois au regard de l'incertitude sur celui qui a transmis le virus et du sentiment de culpabilité associé, mais également pour se préserver de potentielles accusations pénales. Avec le sérotriage, c'est-à-dire le choix du partenaire à partir de son statut sérologique, on retrouve cette même logique avec les partenaires rencontrés après la découverte de la séropositivité.

Conclusion-discussion

Si d'un côté le VIH-sida est géré comme une maladie chronique et s'accompagne d'un discours annonçant depuis peu la « fin du sida », de l'autre, la nécessité du secret n'a pas disparu. L'analyse des données d'entretien met ainsi en lumière un décalage entre l'expérience des enquêtés vis-à-vis de l'expérience de la séropositivité et les ambitions et discours de santé publique. Les récits d'expérience rendent compte de la persistance et de l'ancrage du stigmata du VIH, et du lien avec un autre stigmata, celui de l'homosexualité. Plus de trente ans après l'arrivée du sida, et plus de vingt-cinq ans après la publication de l'ouvrage phare de Pollak « Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie », le poids de la stigmatisation de l'homosexualité reste omniprésent dans les expériences de la séropositivité : « Le silence sur l'homosexualité ou son autre forme, la dissimulation, répondent à l'appréhension d'un rejet ou d'un jugement moralisateur malveillant. Devant les faits, l'homosexuel peut toujours riposter ou se soustraire au jugement par un déplacement géographique. La riposte en cas de maladie grave et contagieuse étant particulièrement difficile, le silence devient sa seule arme »⁷.

Ainsi, encore aujourd'hui, malgré l'efficacité scientifiquement avérée du traitement comme prévention, le silence et l'isolement restent pour de nombreux enquêtés la seule arme pour se soustraire au jugement dans la période qui suit le diagnostic. Si la mise en invisibilité biologique du VIH permet le masquage du stigmata, celui-ci reste bien présent dans l'expérience de la séropositivité chez ces hommes récemment diagnostiqués. L'information sociale liée à la séropositivité semble renvoyée à la sphère intime, rendant compte d'une individualisation de la gestion du VIH. La séropositivité est un nouvel indicible qui en rappelle un autre, celui de l'homosexualité. C'est dans ce rappel, dans son rapport à la culpabilité³⁵, mais aussi dans l'emprise du silence et de la honte, qu'homosexualité et VIH sont le plus liés. Il y a ici comme un emboîtement des hontes. L'une fait écho à l'autre. La séropositivité réactive le silence et la honte liées à l'homosexualité. À cet égard, si l'homosexualité est l'objet d'une meilleure acceptation sociale de principe³⁶, les travaux sur les sexualités

continuent à rendre compte des expériences de stigmatisation et de discrimination, et de leurs effets sur le recours à des dispositifs de prévention et de soin, des sexualités minoritaires (homosexualités ou encore les bi-sexualités)^{36,37}. Le silence de la séropositivité est d'autant plus complexe à négocier dans le travail de mise en cohérence initié par les enquêtés, lorsque l'homosexualité est honteuse dans une majorité des sphères, des mondes sociaux passés ou présents qu'ils fréquentent, en particulier pour les hommes les moins dotés en ressources (économiques, culturelles, sociales). ■

Remerciements

L'autrice remercie les hommes enquêtés pour leur confiance ; Laurent Gaissad, pour sa grande expertise et sa générosité sans pareil ; Sylvain Ferez et Anne Marcellini pour leur implication constante dans l'encadrement de la thèse ; ainsi que les relectrices et relecteurs de la revue pour leurs précieux conseils.

Liens d'intérêt

L'autrice ne déclare pas de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Financement

La thèse dont est issu cet article a été réalisée au sein de l'équipe SantÉSiH (Université de Montpellier). Elle a reçu le soutien financier de Sida Info Service (CIFRE, ANRT) et de Sidaction.

Références

[1] Vernazza P, Hirschel B, Bernasconi E, M Flepp. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des médecins suisses*. 2008;89(5):165-9.

[2] Conseil national du sida. Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH, 9 avril 2009. Paris: CNS ; 2009. 17 p. <https://cns.sante.fr/rapports-et-avis/avis-suivi-de-recommandations-sur-linteret-du-traitement-comme-ou-til-novateur-de-la-lutte-contre-lepidemie-dinfections-a-vih-2/>

[3] Morlat P. (dir.). *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts*. Paris: La documentation française; 2013. 478 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf

[4] Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R, et al. Découvertes de séropositivité VIH et sida – France, 2003-2012. *Bull. Épidémiol. Hebd.* 2014;9(10):154-62. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2014/9-10/2014_9-10_1.html

[5] Gaissad L. "Ça ne me dérange pas qu'ils soient homos, mais ils le font salement". *L'espace public de la sexualité entre hommes*. *Bulletin d'Histoire Politique*. 2010;19(1):205-22.

[6] Goffman E. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Éditions de Minuit; 1975.

[7] Pollak M. *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris: Métailié; 1988.

[8] Herzlich C, Pierret J. Une maladie dans l'espace public. Le SIDA dans six quotidiens français. *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*. 1988;43(5):1109-34.

[9] Schiltz MA. Les homosexuels séropositifs : trois années d'enquêtes. Pierret J, Bungener M, Duroussy M, Souteyrand Y. In: *Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale*. Paris: ANRS; 1994. p. 41-52.

[10] Carricaburu D, Pierret J. *Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la séropositivité*. Paris: Cermes-ANRS; 1994. 277 p.

[11] Carricaburu D, Ménoret M. *Sociologie de la santé : institutions, professions et maladie*. Paris: Armand Colin; 2004. 240 p.

[12] Pierret J. *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*. Paris: Presses Universitaires de France; 2006. 234 p.

[12] Gaissad L., Pézeril C. La séropositivité entre santé sexuelle et pénalisation. In: Le Bodic C, Hardy A C. (dir.). *Prescrire, proscrire. Enjeux non médicaux dans le champ de la santé*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2012. p. 103-22.

[13] Chauvin S. Les placards de l'ethnologue. In: Leroux P, Neveu E. (dir.) *En immersion. Approches ethnographiques en journalisme, littérature et sciences sociales*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2017. p. 163-74.

[14] Rostaing C. Stigmate. In: Paugam S. (dir.). *Les 100 mots de la sociologie*. Paris: Presses Universitaires de France; 2010. p. 87.

[15] Perez M. *Devenir séropositif-s. Approche sociologique des expériences de la séropositivité des homosexuels masculins [Thèse de doctorat]*. Université de Montpellier; 2017.

[16] Pollak M, Schiltz MA. Identité sociale et gestion d'un risque de santé : les homosexuels face au SIDA. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. 1987;68:77-102.

[17] Giraud C. *Quartiers gays*. Paris: Presses Universitaires de France; 2014. 342 p.

[18] Rault W. Les mobilités sociales et géographiques des gays et des lesbiennes. *Sociologie*. 2016;4(7):337-60.

[19] Adam P, Schiltz MA. Relapse et cantonnement du risque aux marges de la « communauté » : deux idées reçues à l'épreuve de l'enquête presse gay. In: Calvez M, Schiltz MA, Souteyrand Y. (dir.). *Les homosexuels face au sida. Rationalités et gestions des risques*. Paris : ANRS; 1996. p. 11-24.

[20] Broqua C, Souteyrand Y, Lert F. (dir.). *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris: ANRS; 2003. 293 p.

[21] Adam BD. Constructing the neoliberal sexual actor: Responsibility and care of the self in the discourse of barebackers. *Cult Health Sex*. 2005;7(4):333-46.

[22] Girard, G, Doré, V. Thirty years of research on gay men and HIV prevention in France: A narrative review of the literature. *Arch Sex Behav*. 2018;47(5):1341-9

[23] Darmon M. *La socialisation*. Paris: Armand Colin; 2006. 128 p.

[24] Hughes EC. *Le regard sociologique : essais choisis, textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie*. Paris: Éditions de l'EHESS; 1996. 344 p.

[25] Becker HS. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*. Paris: Métailié; 1985.

[26] Darmon M. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris: La Découverte; 2008. 350 p.

[27] Voeglti M. *Du Jeu dans le Je : ruptures biographiques et travail de mise en cohérence. Lien social et Politiques*. 2004;51:145-58.

[28] Sontag S. *La Maladie comme métaphore. Le Sida et ses métaphores. Œuvres complètes III*. Paris: Christian Bourgeois; 2009.

[29] 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.

[30] Barré-Sinoussi F. Pour un monde sans sida. Un combat partagé. Paris: Albin Michel; 2012. 169 p.

[31] Velter A (Coord). Rapport Enquête Presse Gay 2004. Saint-Maurice: InVS; 2007. 132 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/enquete-presse-gay-2004>

[32] Le Vu S, Velter A, Meyer L, Peytavin G, Guinard J, Pillonel J, et al. Incidence de l'infection par le VIH dans un échantillon d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes à Paris. *Enquête Prévagay 2009 ANRS-InVS. Bull Epidemiol Hebd.* 2012;(46-47):537-40. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ile-de-france/documents/article/2012/incidence-de-l-infection-par-le-vih-dans-un-echantillon-d-hommes-ayant-des-relations-sexuelles-avec-des-hommes-a-paris-enquete-prevagay-2009-anrs>

[33] Race K. The undetectable crisis: Changing technologies of risk. *Sexualities.* 2001;4(2): 167-89.

[34] Perez M. Enquêter sur sa contamination. Des hommes homosexuels récemment diagnostiqués séropositifs au VIH. *Ethnologie française.* 2020;50(2):313-26.

[35] Eribon D. Une morale du minoritaire. Variations sur un thème de Jean Genet. Paris: Fayard; 2001. 360 p.

[36] Bajos N, Beltzer N. Les sexualités homo-bisexuelles : d'une acceptation de principe aux vulnérabilités sociales et préventives. In: Bajos N, Bozon M. (dir.). *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé.* Paris: La Découverte; 2008. p. 243-71.

[37] Velter A, Lydié N. (Coord.). Stigmatisation des minorités sexuelles : un déterminant clef de leur état de santé (Journée internationale de lutte contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie. *Bull Epidemiol Hebd.* 2021;6-7:95-129. <http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/6-7/index.html>

Citer cet article

Perez M. Analyse sociologique des expériences de la séropositivité au VIH à partir d'une enquête longitudinale qualitative auprès d'hommes homosexuels. *Bull Epidemiol Hebd.* 2021;(20-21):412-22. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_5.html

> FOCUS // Focus

LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET LA COVID-19 SUR LES LIGNES DE SIDA INFO SERVICE // PEOPLE LIVING WITH HIV (PLHIV) AND COVID-19 ON THE SIS ASSOCIATION HELPLINES

Myriam Campal, Nathalie Courtial (ncourtial@sis-association.org), Radia Djebbar, Anna Diarra, Arame Reymes-Mbodje

Sida Info Service (SIS) Association, Montreuil

Mots-clés : VIH, Covid-19, Aide à distance, Traitements
// Keywords: HIV, COVID-19, Remote support, Treatments

Introduction

Dans le cadre du numéro vert mis en place par le gouvernement pour répondre aux différents questionnements sur la Covid-19, et devant l'afflux des appels et la diversité des questions, la Direction générale de la santé a sollicité Sida Info Service (SIS-Association) pour venir en renfort du numéro vert et traiter les appels. Le dispositif Écoute Santé Covid (ESC) de SIS-Association a été activé le 8 avril 2020.

Les données ont été recueillies à l'issue des entretiens s'étant déroulés entre le 1^{er} mars 2020 et le 31 mai 2021. Les fiches d'appels renseignées à l'issue de ces entretiens ont permis d'extraire des données qualitatives et quantitatives.

Sur l'ensemble des dispositifs, les écoutant-e-s de SIS-Association ont réalisé, en 2020, 91 203 entretiens dont 5 496 (7,25%) étaient liés à la Covid-19. Sur l'ensemble de ces sollicitations, près d'une personne sur cinq déclarait une pathologie.

Les personnes vivant avec le VIH (PVIH) étaient les plus représentées, avec 12,2% de tous les appelants sur la Covid-19 ayant une pathologie.

Sur la question en lien avec la Covid-19, les PVIH, dans leur quasi-totalité (84,5%), ont sollicité la ligne Sida Info service, tandis que les autres usagers ont majoritairement contacté la ligne dédiée à la Covid-19 (Écoute Santé Covid). Pour les PVIH, la ligne d'écoute Sida Info service s'est présentée comme une interface entre eux et le système de soins monopolisé par la crise. Plus de la moitié (52%) des PVIH avaient déjà contacté ces lignes.

Questionnements divers en lien avec la pandémie

Alors que le thème le plus souvent abordé par les non-PVIH était d'ordre psychologique, dans plus de 50% des cas, les questions des PVIH étaient liées à des craintes face aux éventuels impacts sur

leur santé d'une contamination par la Covid-19, le risque qu'elles soient plus vulnérables en cas de contamination, ainsi que la question de la poursuite des soins et des traitements.

Pendant le confinement, les difficultés d'accès aux soins ont été largement discutées au cours des entretiens sur la ligne Sida Info Service. Sur toute cette période, les PVVIH ont vu leur suivi compromis par le confinement et par la mobilisation du corps médical sur la Covid-19. La fermeture d'un bon nombre de structures de santé a rendu certains professionnels de santé inaccessibles. Cette difficulté de prise en charge a été également rapportée par des personnes nouvellement infectées par le VIH et qui n'ont pas pu avoir accès à une consultation spécialisée, ou par d'autres qui ont été refoulées par les services d'urgence.

La prise en charge thérapeutique des PVVIH s'est vue compromise par les restrictions de déplacements imposées par la période de confinement et par les angoisses que cette période a suscitées. Ainsi, certaines PVVIH nous ont rapporté des ruptures de suivi parce qu'elles n'arrivaient pas à joindre le service référent ; d'autres ne se sont pas rendues à leur consultation et n'ont pas fait le bilan prescrit parce qu'elles avaient peur de sortir de chez elle. Malheureusement, cette rupture de soin perdue à ce jour pour certaines qui, toujours très angoissées par la situation sanitaire, n'ont pas réussi à revenir dans le système de soins.

Les questionnements sur les traitements ont été de plusieurs types : tout d'abord, beaucoup s'interrogeaient sur une possible protection des ARV (anti-rétroviraux) contre la Covid-19, puis est apparue une inquiétude vis-à-vis d'une possible rupture d'approvisionnement des ARV en cas de leur utilisation comme traitement préventif de la Covid-19.

Certaines ne prenaient plus de traitement pour cause d'interruption de suivi ou de médecin injoignable. Elles ont été orientées vers des pharmacies, dans le cadre des décisions gouvernementales, afin de pouvoir renouveler les traitements chroniques en cas d'ordonnance périmée.

D'autres étaient en rupture de traitement pour des raisons plus complexes : des appelants étrangers étaient bloqués en France à cause des restrictions de déplacement et n'avaient plus de traitement. À l'inverse, des Français ou résidents réguliers étaient bloqués à l'étranger, en particulier en Afrique, et n'avaient plus de médicaments.

La rapidité de l'identification du virus SARS-Cov-2, et surtout la rapidité de mise sur le marché d'un vaccin, alors qu'il n'existe pas de vaccin anti-VIH, a provoqué de nombreux questionnements. Témoignant d'un sentiment de défiance vis-à-vis des laboratoires mais également vis-à-vis des chercheurs et des dirigeants politiques, s'est développé un sentiment d'une recherche à deux vitesses où les PVVIH auraient une moindre place.

Concernant la vaccination, les premières questions révélaient l'inquiétude des PVVIH de ne pas avoir été considérées comme prioritaires. La thématique a suscité beaucoup d'interrogations. Puis les questions ont porté sur le vaccin qui pouvait leur être recommandé : s'il y avait absence d'interaction avec leur traitement, si elles pouvaient être vaccinées ou pas (certains médecins traitants déconseillant la vaccination). Les possibles effets secondaires du vaccin, son impact sur les taux des CD4, les possibles contre-indications étaient également au cœur des questions vaccinales.

Pour les tests PCR, les PVVIH se demandaient si les ARV pouvaient fausser les résultats ; leur inquiétude est née du fait de l'utilisation de certains ARV comme traitement possible de la Covid-19.

Les questions juridiques étaient également plus présentes chez les PVVIH. En particulier, sur la prise en charge des ALD, posant la question de la confidentialité vis-à-vis de l'employeur et révélant les craintes d'être victime de sérophobie.

Prise en charge psychologique par SIS

Les entretiens réalisés ont été marqués par une forte demande de soutien. Des craintes de complications plus importantes pour les PVVIH en cas de contamination par le SARS Cov-2 ont été exprimées au cours de ces échanges.

Les relations interpersonnelles ont été modifiées, voire suspendues, pour la plupart pendant le confinement. Si pour les non-PVVIH les questions des relations interpersonnelles sont moins marquées, il a été constaté chez les PVVIH qu'elles ont occupé 35% de leurs échanges. Certaines personnes appartenant au corps soignant étaient complètement démunies face à leurs pratiques professionnelles et à leur pathologie.

Les PVVIH qui devaient être en arrêt de travail selon les recommandations gouvernementales se sont posé deux types de questionnements : elles s'inquiétaient que leurs collègues et/ou employeur comprennent qu'elles étaient infectées par le VIH, ou exprimaient un sentiment de culpabilité, en particulier pour celles travaillant dans les structures de soin : elles avaient l'impression d'abandonner leurs collègues à un moment où on avait besoin de tous.

Les différentes restrictions imposées nous ont obligés à faire face à des difficultés pour continuer le suivi de certaines PVVIH, ne pas interrompre leur traitement et revenir vers le système de soin. Pour d'autres, il s'est agi de gérer l'angoisse de découverte de leur maladie par des collègues et/ou employeurs ou leur angoisse tout court. Les nouveaux contaminés ont vécu des périodes psychologiquement éprouvantes, certains n'ont pas pu accéder à une consultation ou à une prise en charge rapide.

Conclusion

La période de la Covid-19 a réveillé des peurs liées à la similitude des deux épidémies : une maladie arrivée de l'étranger, des symptômes atypiques et non spécifiques, un taux de mortalité élevé, un traitement qui se fait attendre, une communication contradictoire et anxiogène. Ces différents éléments ont parfois engendré un repli sur soi, une peur de l'exclusion et de sérophobie.

Un sentiment d'« injustice » s'est développé suite à la rapidité avec laquelle on a découvert l'agent en cause dans la Covid-19 et la mise au point d'un vaccin, contrairement à ce qui s'est passé pour le VIH. Ceci a favorisé les ressentis et le sentiment d'une recherche à deux vitesses, où les PVVIH auraient une moindre place car souvent issues de populations déjà discriminées. Ce que l'on constate c'est que, si la prise en charge médicale, la qualité et l'espérance de la vie des personnes vivant avec le VIH ont radicalement évolué, leur angoisse par rapport à leur place dans la société reste bien

présente. La sérophobie est au cœur des entretiens et a un retentissement considérable sur l'existence des personnes concernées. L'épidémie de Covid-19 a remis en lumière ces problématiques et renforce l'idée que d'importantes campagnes de communication doivent être menées sur ces questions. ■

Remerciements

À l'ensemble des écoutants de SIS Association qui, par le travail de transcription effectué à l'issue de chaque appel, permettent à l'Observatoire de bénéficier d'une base de données considérable.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Citer cet article

Campal M, Courtial N, Djebbar R, Anna Diarra A, Reymes-Mbodje A. Focus. Les personnes vivant avec le VIH et la Covid-19 sur les lignes de Sida Info Service. Bull Epidémiol Hebd. 2021;(20-21):422-4. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/20-21/2021_20-21_6.html