

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

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

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

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

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

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

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

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

6 / Centre hospitalier universitaire Beaujon, Clichy, France

### Résumé / Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Mots clés / Key words

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

## Introduction

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

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

## Matériel et méthodes

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

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

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

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

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

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

### Encadré

#### Décès associés

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

#### Décès imputables

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

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

## Résultats

### Participation à l'enquête

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

### Décès associés et imputables au VHC

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

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

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

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

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

\* Taux pour 100 000 habitants.

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

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

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

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

### Décès associés et imputables au VHB

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

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

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

### Discussion

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

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

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

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

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

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

\* Taux pour 100 000 habitants.



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

## Conclusion

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

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

## Remerciements

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

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

## Références

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

---

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

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

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

---

## Résumé / Abstract

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## Mots clés / Key words

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

---