



HAL
open science

Connaissances des patients du CDAG de Saint-Denis de la Réunion à propos de l'hépatite B, de la syphilis et des chlamydioses uro-génitales

Julien Cuziat

► To cite this version:

Julien Cuziat. Connaissances des patients du CDAG de Saint-Denis de la Réunion à propos de l'hépatite B, de la syphilis et des chlamydioses uro-génitales. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01781835

HAL Id: dumas-01781835

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01781835>

Submitted on 30 Apr 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Année 2014

N°:

UNIVERSITÉ BORDEAUX
U.F.R DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Julien Cuziat
né le 17 mars 1986 à Saint-Nazaire

le 31/10/2014

**CONNAISSANCES DES PATIENTS
DU CDAG DE SAINT-DENIS DE LA RÉUNION
À PROPOS DE L'HÉPATITE B, DE LA SYPHILIS ET DES
CHLAMYDIOSSES URO-GÉNITALES**

Directeur de thèse : Madame le Docteur Catherine Gaud

Rapporteur de thèse et membre du jury : Monsieur le Docteur Charles Cazanave

Président du jury : Monsieur le Professeur Didier Neau

Membre du jury : Monsieur le Professeur Gérard Ducos

Membre du jury : Monsieur le Docteur Roland Rodet

REMERCIEMENTS

- À Madame le Docteur Catherine Gaud, chef du service d'Immunologie clinique et du CDAG-CIDDIST du CHU de Saint-Denis de La Réunion pour avoir accepté de diriger cette thèse et d'être membre du jury.
- À Monsieur le Professeur Didier Neau, chef de l'aile une du service de Maladies infectieuses et tropicales du CHU Pellegrin à Bordeaux, pour avoir accepté d'être président du jury de cette thèse et pour son enseignement.
- À Monsieur le Docteur Charles Cazanave, MCU-PH dans le service de Maladies infectieuses et tropicales du CHU Pellegrin à Bordeaux, pour avoir accepté d'être mon rapporteur de thèse, membre du jury et pour son enseignement.
- À Monsieur le Professeur Gérard Ducos, médecin généraliste libéral à Cestas et enseignant de Médecine générale à l'Université Bordeaux Segalen pour avoir accepté d'être membre du jury.
- À Monsieur le Docteur Roland Rodet, médecin au CDAG-CIDDIST et dans le service d'immunologie clinique du CHU de Saint-Denis pour avoir accepté d'être membre du jury.
- Au personnel du CDAG-CIDDIST de Saint-Denis pour m'avoir permis de recueillir les données de cette thèse, ainsi qu'aux médecins de cette structure pour avoir relu mon questionnaire.
- Aux patients du CDAG ayant répondu au questionnaire.
- À Monsieur Jean-Paul Maalouf pour son aide dans l'analyse statistique des données du tableur.
- À Madame le docteur Delphine Jouanet, médecin dans le service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier de Mamoudzou pour la relecture et la mise en page.
- À Monsieur Jérémy Le Thiec pour son aide dans le domaine informatique.
- À Madame Marion Jesu-Plu pour son aide dans la confection du tableur Excel.
- À mes amis, ma famille.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES	p.7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	p.9
INTRODUCTION	p.11
1. L'HÉPATITE B	p.12
1.1 Agent pathogène	
1.2 Épidémiologie	
1.2.1 Au niveau mondial	p.15
1.2.2 Au niveau de la France métropolitaine	p.16
1.2.3 Au niveau de La Réunion	p.17
1.3 Histoire naturelle	p.18
1.3.1 Hépatite B aiguë	
1.3.2 Hépatite chronique B	
1.3.2.1 Phase de tolérance immunitaire	
1.3.2.2 Phase d'activité immunitaire	p.19
1.3.2.3 Phase du portage inactif du VHB	
1.3.2.4 Phase d'hépatite chronique	
1.3.2.5 Phase de réactivation	
1.4 Diagnostic	p.20
1.5 Traitement	p.21
1.5.1 Indications de traitement	
1.5.2 Modalités de traitement	
1.5.2.1 Interferon pégylé	
1.5.2.2 Les inhibiteurs nucléo(s)tidiques	
1.6 Stratégies de dépistage	p.22
1.7 Vaccination	

2. LES CHLAMYDIOSSES URO-GÉNITALES	p.23
2.1 Agent pathogène	
2.2 Epidémiologie	
2.2.1 Au niveau mondial	
2.2.2 Au niveau européen	p.24
2.2.3 Au niveau français	
2.2.3.1 L'enquête NatChla	
2.2.3.2 Le réseau Rénachla en 2012	p.25
2.2.3.3 Autres études	p.27
2.2.4 A La Réunion	p.28
2.3 Clinique	
2.3.1 Chez l'homme	
2.3.2 Chez la femme	p.29
2.4 Diagnostic biologique	
2.5 Politique de dépistage	
2.6 Traitement	p.30
2.6.1 Traitements médicamenteux	
2.6.2 Autres mesures – prévention	
2.6.3 Consultation de suivi en cas d'urétrite	p.31
3. LA SYPHILIS	p.31
3.1 Agent pathogène	
3.2 Epidémiologie	
3.2.1 La syphilis récente	
3.2.1.1 Au niveau mondial	
3.2.1.2 Au niveau de la France	p.32
3.2.1.3 A La Réunion	
3.2.2 La syphilis congénitale	
3.2.2.1 Au niveau mondial	
3.2.2.2 Au niveau de La France	p.33
3.2.2.3 A La Réunion	
3.3 Classification, histoire naturelle et clinique	
3.3.1 Syphilis primaire	
3.3.2 Syphilis secondaire	p.34
3.3.3 Syphilis latente	
3.3.4 Syphilis tertiaire	
3.3.5 Neurosyphilis	p.35
3.3.6 Syphilis congénitale	
3.4 Diagnostic	
3.4.1 Examen direct	
3.4.2 Sérodiagnostics	p.36
3.4.2.1 Tests non tréponémiques ou anticardiolipidiques	
3.4.2.2 Tests tréponémiques	
3.4.2.2.1 TPHA	
3.4.2.2.2 TPPA	

3.4.2.2.3 FTA simple/ FTA-abs	p.37
3.4.2.2.4 Test de Nelson ou test d'immobilisation du tréponème	
3.4.2.3 Enzyme immuno-assay (EIA)	
3.4.2.4 Tests rapides	
3.4.2.5 Western Blot	
3.4.3 Réaction d'amplification génomique	
3.5 Politique de dépistage / plan national de lutte VIH IST 2010/2014	
3.6 Traitement et suivi	p.38

4. INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DES IST **p.39**

4.1 Interventions universelles	
4.1.1 Programmes réalisés en milieu scolaire	
4.1.2 Campagnes de communication multimédia	p.40
4.2 Interventions individuelles	p.41
4.2.1 Interventions individuelles réalisées par des professionnels de santé (counseling)	
4.2.2 Interventions individuelles via les nouvelles technologies	
4.2.3 Autres interventions délivrées sur ordinateur	
4.2.4 Interventions individuelles proposant un dépistage par courrier	
4.2.5 Interventions individuelles aux urgences	p.42
4.3 Interventions ciblées	
4.3.1 Prévention auprès des prostituées	
4.3.2 Interventions auprès des personnes isolées socialement	
4.3.3 Interventions de groupe auprès de femmes issues de minorités culturelles	
4.3.4 Interventions individuelles auprès des personnes infectées et de leurs partenaires	p.43
4.4 Interventions visant les professionnels de santé	
4.5 Interventions multimodales	

5. LES CDAG ET LES CIDDIST **p.44**

5.1 Missions des CDAG	
5.2 Missions des CIDDIST	
5.3 Activités des CDAG et des CIDDIST	p.45
5.4 Financement des CDAG et des CIDDIST	p.46
5.5 Profil des consultants des CDAG en 2004	
5.6 Avenir des CDAG et des CIDDIST	p.47
5.7 Anonymat	p.48

6. PRÉSENTATION ET ACTIVITÉS DU CDAG/CIDDIST DE SAINT DENIS DE LA REUNION p.49

- 6.1 Action de prévention /éducation pour la santé
- 6.2 Formations
- 6.3 Affiches et plaquettes
- 6.4 Activité de dépistage
- 6.5 Création du centre de santé sexuelle p.50
- 6.6 Consultations avancées
- 6.7 Prise en charge de patients de la zone Océan Indien
- 6.8 Les actions du COREVIH prévues pour 2014

7. CONNAISSANCES DES PATIENTS DU CDAG/CIDDSIT DE SAINT-DENIS DE LA RÉUNION À PROPOS DE L'HÉPATITE B, DES CHLAMYDIOSSES URO-GÉNITALES ET DE LA SYPHILIS p.51

- 7.1 Matériels et méthodes
- 7.2 Résultats p.52
- 7.3 Discussion p.61

8. CONCLUSION p.67

9. RÉFÉRENCES p.68

10. ANNEXES p.76

11. RÉSUMÉ p.86

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : virus de l'hépatite B.

Figure 2 : cycle de réplication du VHB.

Figure 3 : cycle de réplication du VHB et sites d'action de l'interferon (IFN) α et des analogues nucléos(t)idiques.

Figure 4 : répartition mondiale du portage chronique de l'Ag HBs.

Figure 5 : répartition régionale du portage chronique de l'Ag HBs en France métropolitaine.

Figure 6 : histoire naturelle de l'infection par le VHB à partir d'une population de 100 000 sujets infectés.

Figure 7 : évolution du nombre moyen d'infections actives à Chlamydia diagnostiquées par laboratoire selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012.

Figure 8 : évolution du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia selon la présence ou non de symptômes et selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012.

Figure 9 : évolution du taux de positivité (nombre d'infections à Chlamydia/ nombre de recherches) selon le sexe, réseau Rénachla , France, 2000-2012.

Figure 10 : distribution des infections à Chlamydia par classes d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2012.

Figure 11 : chancre syphilitique.

Figure 12 : roséole syphilitique.

Figure 13 : syphilides palmaires.

Figure 14 : *Treponema pallidum* vus au microscope à fond noir.

Figure 15 : affiche d'une campagne de prévention de la syphilis à La Réunion.

Figure 16 : campagne de dépistage de *Chlamydia trachomatis* sur internet.

Figure 17 : professions des patients.

Figure 18 : lieu d'habitation des patients.

Figure 19 : "Avez-vous entendu parler de cette maladie ? Si oui, où ?"

Figure 20 : "Quelle est la cause de la maladie ? "

Figure 21 : modes de transmission du VHB.

Figure 22 : modes de transmission des chlamydioses.

Figure 23 : modes de transmission de la syphilis.

Figure 24 : moyens de prévention contre l'hépatite B.

Figure 25 : moyens de prévention contre les chlamydioses uro-génitales.

Figure 26 : moyens de prévention contre la syphilis.

Figure 27 : conséquences possibles de l'hépatite B.

Figure 28 : conséquences possibles des chlamydioses.

Figure 29 : conséquences possibles de la syphilis.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Ac : Anticorps
ADN : acide désoxyribonucléique
ADNccc : ADN circulaire fermé de façon covalente
ADNrc : ADN relachée circulaire
AES : Accident d'Exposition au Sang
Ag : Antigène
ALAT : Alanine aminotransférase
ARN : Acide ribonucléique
ARNm : ARN messenger
ARS : Agence Régionale de Santé
ASAT : Aspartate aminotransférase
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
Bac : Baccalauréat
BPG : benzathine pénicilline G
CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues
CDC : Centers for Diseases Controls
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
COREVIH : Coordination Régionale de lutte contre le Virus de l'Immunodéficiência Humaine
CPEF : Centres de Planification et d'Éducation Familiale
CHC : Carcinome Hépato-Cellulaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST
CMU c : Couverture Médicale Universelle complémentaire
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNS : Conseil National du Sida
CPAM : Caisse Primaire d'Assurances Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSAPA : Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire
CT : *Chlamydia trachomatis*
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
EIA : Enzyme immuno-assay
HAS : Haute autorité de Santé
HPV : Human Papilloma Virus
HSH : Hommes qui ont des relations Sexuelles avec des Hommes
IC95% : Intervalle de Confiance à 95 %
INF : Interferon
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS : Institut national de Veille Sanitaire
IST : Infection Sexuellement Transmissible
IV : Intra Veineux

LBT : Lesbienne Bisexuelle Transsexuel
LCR : Liquide Céphalo-Rachidien
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PCR : Polymerase Chain Reaction
PVVIH : Personne Vivant avec le VIH
SMS : Short Message Service
SNC : Système Nerveux Central
TPE : Traitement Post Exposition
TME : Transmission de la Mère à l'Enfant
TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostic
UDI : Usager de drogues intra-veineuse
UI : Unité Internationale
UNG : Urétrite non gonococcique
VHB : Virus de l'Hépatite B
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), maladies contagieuses, constituent un problème de santé publique à l'échelon mondial.

En France durant ces dernières années il a été constaté une augmentation du nombre de personnes atteintes d'IST, toutes étiologies confondues, avec une prévalence accrue des chlamydioses uro-génitales tant en métropole qu'à La Réunion (1, 2) alors même que l'hépatite B, depuis une vingtaine d'années, se trouve en régression avec toutefois, une très forte prévalence chez les personnes nées en zones de forte endémie.

Malgré leur efficacité reconnue, les médicaments actuels ne suffisent pas pour enrayer ces fléaux ; plus que jamais il apparaît donc tout à fait indispensable que des efforts soient fournis en matière d'éducation de la population : ces mesures préventives incluent de faire connaître au plus grand nombre les risques liés aux divers comportements sexuels, mais aussi d'optimiser les procédures de dépistage chez les patients asymptomatiques.

Le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 et celui en direction des populations d'outre-mer ont parmi leur objectifs la réduction de l'incidence de la syphilis et de la prévalence des chlamydioses. Pour les atteindre ils préconisent plusieurs mesures :

- en direction de la population générale et encore plus en direction des populations à risques, notamment la population réunionnaise, une priorité est accordée à l'information, la communication, l'éducation, les actions préventives diverses ;
- l'amélioration des connaissances épidémiologiques et socio-comportementales relatives aux VIH et IST pour la population ;
- Le renforcement de la perception du risque pour le VIH et les autres IST. Cette perception est en effet plutôt en recul, ainsi que la dégradation des connaissances sur le VIH des 18-29 ans avec comme conséquence la reprise de comportements à risque.

Les individus sont informés à propos des IST par divers moyens (campagnes de prévention, au cours de la scolarité ...). Le médecin doit éduquer ses patients dans un objectif de santé individuel ou -comme ici- également dans un objectif de santé publique. Il est important pour lui de connaître le niveau de connaissances de sa patientèle pour adapter son discours.

Après une mise au point actualisée sur les chlamydioses uro-génitales, de la syphilis et de l'hépatite B, nous parlerons des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuits (CDAG) et des Centres d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST (CIDDIST) puis des interventions d'information et de prévention des IST.

Enfin, nous présenterons cette étude, menée par autoquestionnaire, dont l'objectif principal était d'évaluer les connaissances des patients du CDAG-CIDDIST de Saint-Denis à La Réunion à propos de ces trois IST ; nous verrons les connaissances et croyances de la totalité des patients et selon leur appartenance à une catégorie socio-démographique.

Cette étude devrait permettre de mieux connaître et de mieux appréhender cette population.

1- L'HÉPATITE B

1-1 AGENT PATHOGÈNE (3)

Le virus de l'hépatite B (VHB) appartient à la famille des Hepadnaviridae. Il a une haute spécificité d'espèce (l'homme et le chimpanzé) et de type cellulaire (l'hépatocyte).

Le VHB est le plus petit virus animal à acide désoxyribonucléique (ADN). Le virion complet infectant (particule de Dane) mesure 42 nm et est composé d'une nucléocapside entourée d'une enveloppe.

Il peut s'intégrer au génome des hépatocytes et le déréguler, favorisant ainsi la survenue du carcinome hépato-cellulaire (CHC).

La nucléocapside est composée d'ADN viral circulaire, ouvert, partiellement double brin, associé aux protéines du core du VHB.

L'ADN polymérase virale est une enzyme capsidique. Elle permet la réplication grâce à une activité transcriptase inverse. Le manque de fiabilité de la polymérase du VHB permet l'incorporation de mutations nucléotidiques au cours de la réplication virale et favorise l'émergence de dix génotypes VHB différents (A–J). Chaque génotype viral peut être classé en sous-génotypes, qui présentent des caractéristiques virologiques et une distribution géographique différentes. Le génotype viral peut avoir un impact sur la progression de la maladie et la réponse aux traitements antiviraux.

La protéine HBc est constitutive de la capsid virale. L'antigène (Ag) HBc est très immunogène, et l'apparition d'anticorps anti-HBc est le premier marqueur de l'infection virale B aiguë.

La protéine pré-C/C, précurseur de l'antigène HBe est capsidique. L'antigénicité HBe est distincte de l'antigénicité HBc. L'Ag HBe n'est pas essentiel pour le cycle répliatif du VHB, néanmoins, sa présence dans le sérum est un marqueur de réplication active du virus. La séroconversion vers un état anti-HBe marque en général la fin de la réplication virale active et le début de la résolution de l'hépatite.

L'enveloppe est constituée d'une bicouche lipidique dans laquelle sont insérées les protéines de surface du VHB. La Protéine HBs est le constituant majeur de l'enveloppe du VHB. Les anticorps (Ac) anti-HBs sont neutralisants. L'Ag HBs est à la base des vaccins existants.

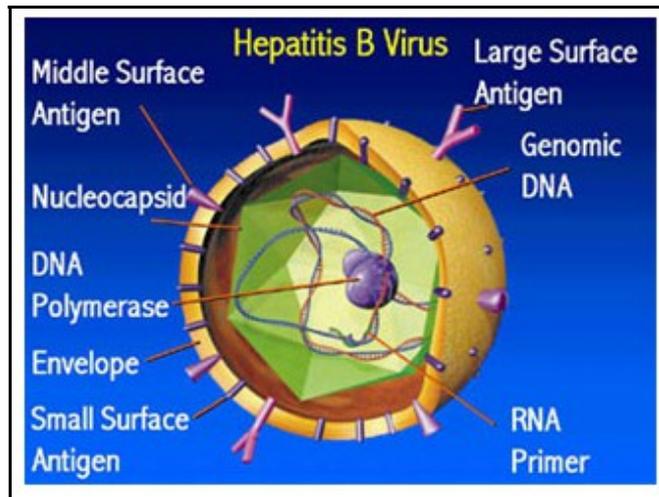


Figure 1 : Virus de l'Hépatite B

Réplication et infection

L'étape initiale du cycle de réplication consiste en l'attachement, suivie par une fixation du virion. L'entrée du virus est médiée par les protéines d'enveloppe du VHB. Une fois dans le cytosol, la nucléocapside libère l'ADN relaxé circulaire (ADNrc) présent dans le virion, qui est transporté vers le noyau. Dans le noyau, l'ADNrc est converti en ADN circulaire fermé de façon covalente (ADNccc). Cette forme ADNccc du génome viral sert de matrice pour la transcription des acides ribonucléiques (ARN) viraux ; elle n'est pas intégrée dans le génome cellulaire.

Le pool d'ADNccc est stable en l'absence de division cellulaire (hépatocytes différenciés). Après transport des ARN viraux vers le cytosol, différentes protéines virales sont synthétisées. La molécule de l'ARN messager (ARNm) est ensuite encapsidée pour former la nucléocapside de structure icosaédrique portant l'antigénicité HBc. S'ensuit la transcription inverse de l'ARN en ADN brin négatif.

Les particules de Core nouvellement formées contenant l'ADNrc vont s'associer avec les protéines d'enveloppe au niveau du réticulum endoplasmique pour ensuite être sécrétées sous forme de virions complets afin d'infecter de nouveaux hépatocytes. Un autre devenir des nucléocapsides néoformées est de retourner au noyau pour maintenir un état stable et/ou assurer l'amplification du pool d'ADNccc.

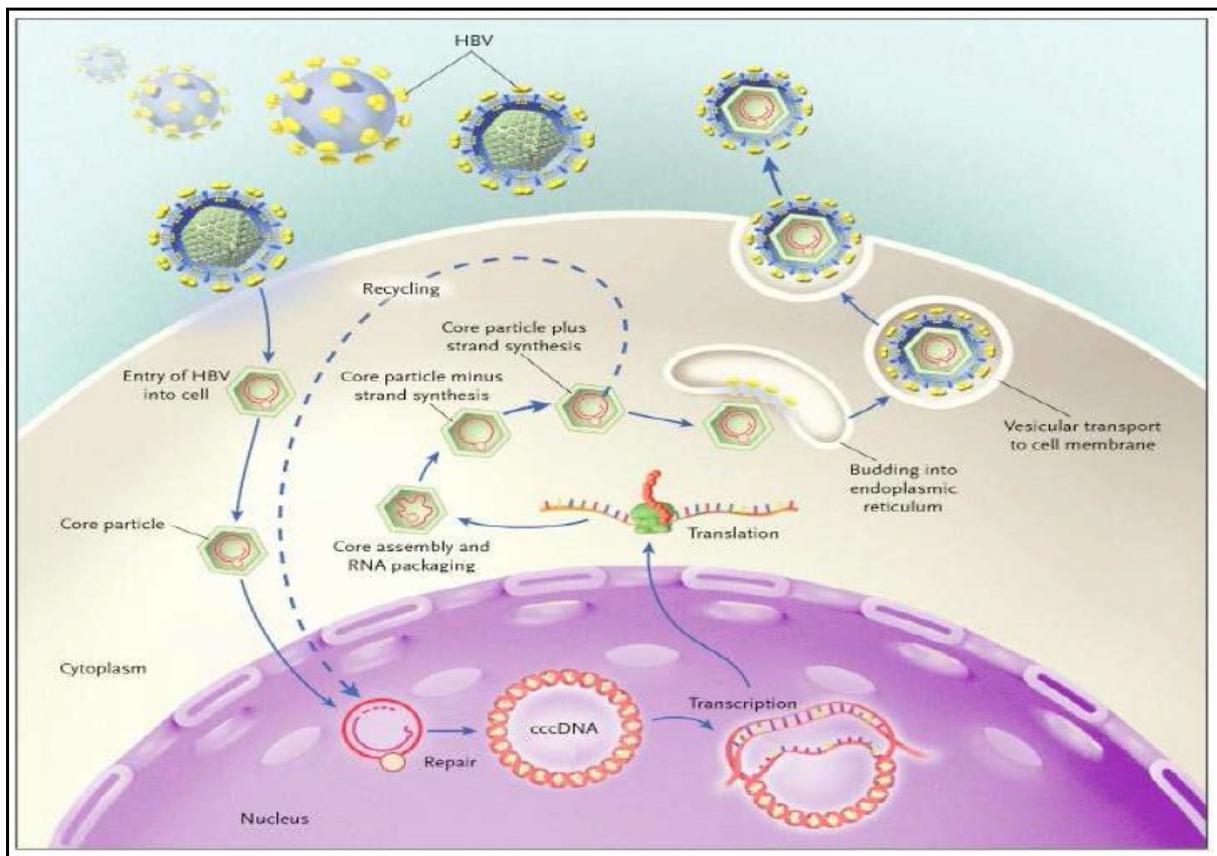


Figure 2 : Cycle de réplication du VHB

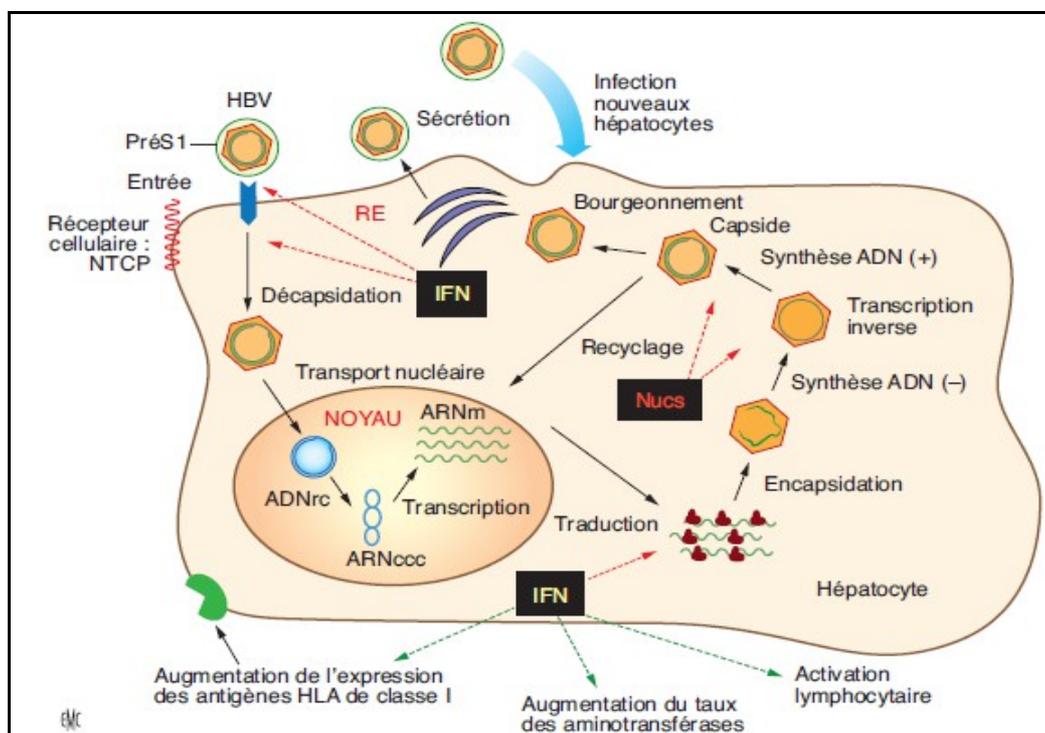


Figure 3 : cycle de réplication du VHB et sites d'action de l'interferon (IFN) α et des analogues nucléos(t)idiques (5)

1-2 ÉPIDÉMIOLOGIE

1.2.1 Au niveau mondial (4-6)

L'infection par le VHB est présente partout dans le monde. On estime que plus de deux milliards de personnes ont été infectées à un moment de leur vie. Parmi elles, environ 350 millions ont une infection chronique à l'origine de 1 200 000 décès par an.

On distingue schématiquement trois zones :

Une zone de haute endémie :

Chine, Asie du Sud-Est, Afrique sub-saharienne. Soixante dix à 95 % des sujets ont des Ac anti-HBs ; 8 à 15 % sont porteurs chroniques de l'Ag HBs. L'infection se fait souvent dans la période néonatale (transmission verticale) et dans l'enfance.

Une zone de moyenne endémie :

Bassin méditerranéen, Moyen-Orient, Amérique du Sud, Europe de l'Est. Vingt à 50 % des sujets ont des Ac anti-HBs, 2 à 7% sont porteurs chroniques d'Ag HBs.

Une zone de basse endémie :

Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie. Trois à 5 % des sujets ont des Ac anti-HBs ; moins de 1 % sont porteurs d'Ag HBs. La transmission se fait généralement à l'âge adulte par voie sexuelle ou sanguine.

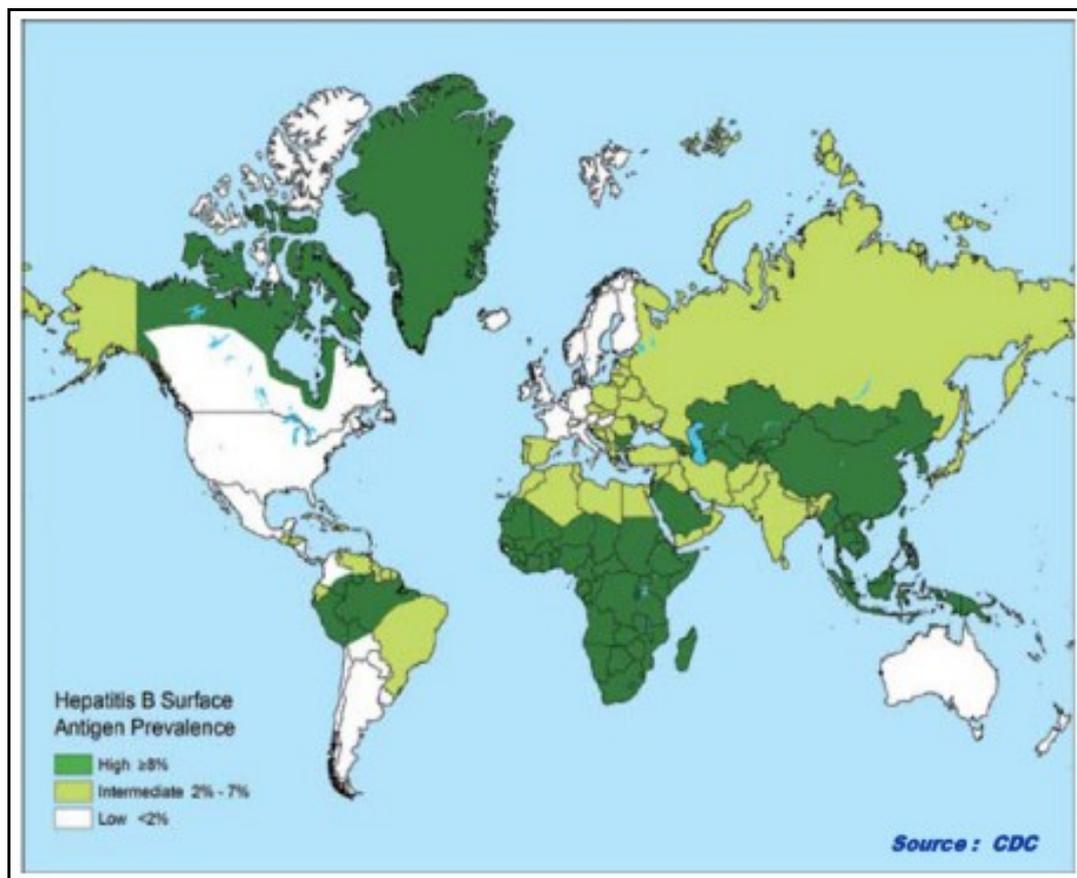


Figure 4 : répartition mondiale du portage chronique de l'Ag HBs

1.2.2 Au niveau de la France métropolitaine (6-8)

En 2004, la prévalence des Ac anti HBc a été estimée à 7,3% chez les 18-80 ans, soit 3,2 millions de personnes ayant été infectées au cours de leur vie. La prévalence de l'Ag HBs chez les 18-80 ans a été estimée à 0,65 %, soit 280 000 personnes. Au cours de ces deux dernières décennies, l'incidence des nouvelles infections liées au VHB a fortement diminué. Actuellement les principales situations à risque de transmission sont les relations sexuelles.

Prévalence de l'Ag HBs selon le sexe

Elle est de 0,21 % chez les femmes et de 1,1 % chez les hommes.

Prévalence de l'Ag HBs selon le lieu de naissance

Elle est de 0,55 % pour les personnes nées en France métropolitaine, de 0,92 % pour celles nées en l'Asie, 2,45 % pour les natifs du Moyen-Orient et 5,25 % pour les natifs d'Afrique subsaharienne.

Prévalence de l'Ag HBs selon la région d'habitation en France métropolitaine

Elle varie beaucoup, comme en atteste le schéma ci dessous :

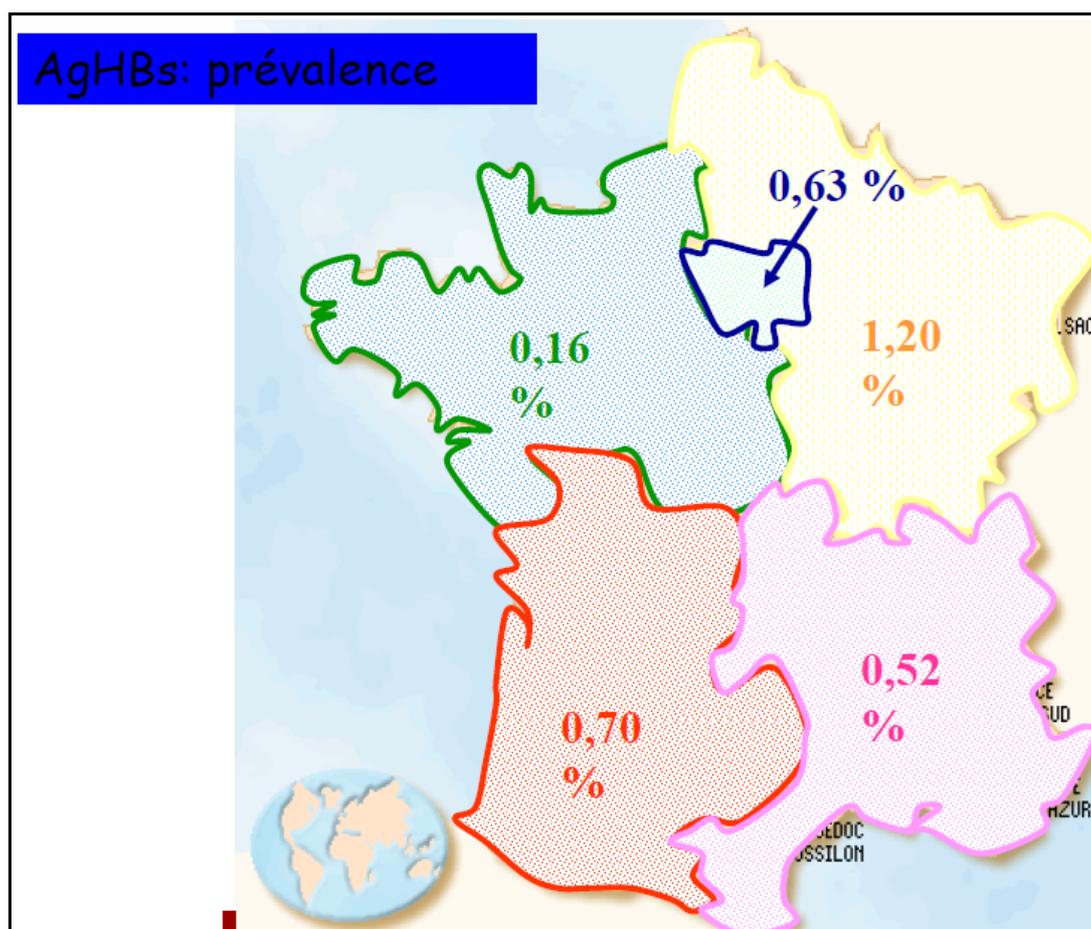


Figure 5 : répartition régionale du portage chronique de l'Ag HBs en France métropolitaine

Incidence dans la population générale

En 2010, le nombre total de nouvelles infections aiguës (symptomatiques et asymptomatiques) a été estimé à 2324 cas. Le nombre annuel de cas passant à la chronicité a été estimé à 180.

Prévalence de l'Ag HBs chez les personnes dépistées en CDAG

Elle est de 0,69 % entre 2010 et 2012.

Prévalence chez les nouveaux donneurs de sang

En 2012, la positivité de l'Ag HBs ou de l'ADN VHB sérique était de 0,07 % (contre le double en 2002).

Prévalence du diagnostic d'infection chronique à VHB chez les personnes hospitalisées

Elle est de 0,08 % en 2011.

Prévalence de l'Ag HBs chez les usagers de drogues

En 2004, elle était estimée à 1,9 % chez les usagers de drogues intraveineuse (UDI) et de 1,1 % chez les personnes ayant déjà consommé de la drogue par voie nasale.

Prévalence de l'Ag HBs chez les Hommes qui ont des relations Sexuelles avec des Hommes (HSH)

En 2009, elle était estimée à 1,39 % chez les HSH fréquentant les lieux de convivialité à Paris.

Prévalence de l'Ag HBs chez les bénéficiaires de la Couverture Médicale Universelle complémentaire (CMUc)

Elle est de 1,80 %.

1.2.3 Au niveau de La Réunion (8,10)

Prévalence de l'Ag HBs chez les personnes dépistées en CDAG

Elle est de 1,95% pour la période 2010-2012, soit 108 résultats positifs sur 5549 demandes (résultat sur un seul CDAG). Sur le CDAG de Saint-Denis, en 2012 : 3 résultats positifs sur 2004 tests (0,15%)

Prévalence de l'AgHBs chez les nouveaux donneurs de sang

Elle est est supérieure à 0,1% en 2012.

Prévalence du diagnostic d'infection chronique à VHB chez les personnes hospitalisées

Elle est estimée à 0,07% en 2011.

1.3 HISTOIRE NATURELLE (11)

Le devenir de l'infection est déterminé par les interactions entre la réplication du virus et la réponse immunitaire de l'hôte.

1.3.1 Hépatite B aiguë

L'infection aiguë par le VHB est habituellement asymptomatique lorsque la contamination a lieu dans la petite enfance. En revanche, elle est ictérique chez 30 à 50 % des personnes contaminées à l'âge adulte. On estime que 1 % des hépatites aiguës B symptomatiques vont évoluer vers une hépatite fulminante. Une autre complication de l'hépatite aiguë B est la possibilité d'un passage à la chronicité. Le diagnostic est fait devant la persistance de l'Ag HBs, de l'Ag HBe et d'un taux élevé d'ADN du VHB, six mois après l'infection aiguë. En cas de guérison de l'hépatite aiguë, l'Ag HBs qui est détecté environ trois semaines avant le début de l'ictère disparaît généralement dans le mois suivant. L'âge au moment de la contamination est le principal facteur lié au passage à la chronicité qui est de l'ordre de 90 %, chez des nouveau-nés dont la mère est infectée par le VHB en l'absence de sérovaccination néonatale à 5 %, chez les adultes immunocompétents de moins de 50 ans. Il peut atteindre 50 % chez les personnes âgées de plus de 50 ans ou chez les immunodéprimés.

En France, les hépatites aiguës B symptomatiques déclarées entre 2004 et 2007 touchent l'homme le plus fréquemment (70 %), et les facteurs de risque de contamination les plus fréquemment rapportés sont le risque sexuel (35,7 %), les voyages en pays d'endémie (21,9 %), les soins invasifs (9,6 %), l'usage de drogues (2,3 %). Aucun facteur de risque n'est retrouvé chez environ un tiers des malades. L'incidence dépend de la couverture vaccinale.

1.3.2 Hépatite chronique B

L'évolution vers l'hépatite chronique B est un processus dynamique qui peut être divisé en cinq phases pas nécessairement séquentielles. Ces phases ont été définies sur la base de données biochimiques (Aspartate aminotransférase (ASAT) et Alanine aminotransférase (ALAT)) , sérologiques et virologiques (AgHBs, AgHBe/Ac anti-HBe et ADN viral).

1.3.2.1 Phase de tolérance immunitaire

Elle est caractérisée par la positivité de l'Ag HBe, un taux élevé d'ADN du VHB supérieur à 10^9 Unités Internationales (UI) par mL dans le sérum, un taux normal ou peu augmenté d'ALAT et des lésions histologiques d'activité nécrotico-inflammatoire et de fibroses absentes ou minimales. Cette phase est plus fréquente et plus longue (parfois supérieure à 30 ans) lorsque la contamination par le VHB est périnatale. À ce stade, il n'y a pas lieu de réaliser une biopsie hépatique ni d'instaurer un traitement antiviral, cependant, le suivi régulier est nécessaire pour diagnostiquer l'entrée du malade dans la phase d'activité immunitaire.

1.3.2.2 Phase d'activité immunitaire

Elle correspond à la mise en place d'une réponse immune qui entraîne une lyse des hépatocytes infectés. En effet, le VHB n'est pas cytopathogène, et les lésions hépatiques sont induites par la réponse immune.

Cette phase est associée à une positivité de l'Ag HBs, à une réplication modérée du VHB (ADN du VHB > 2 000 UI/ml), une augmentation ou des valeurs fluctuantes d'ALAT et par la présence de lésions nécro-inflammatoires hépatiques modérées à sévères et une fibrose hépatique qui peut évoluer vers la cirrhose (dans 10 à 20 % des cas).

Cette phase peut durer de quelques mois à plusieurs années.

L'arrêt de la réplication virale et une séroconversion HBe chez les malades infectés par le VHB sauvage peuvent être observés. L'incidence de la clairance de l'Ag HBe est d'environ 10 % par an. L'instauration d'un traitement antiviral est particulièrement indiquée à ce stade.

1.3.2.3 Phase du portage inactif du VHB

Elle est caractérisée par une négativation de l'Ag HBe et la présence de l'anticorps anti-HBe associées à un taux sérique d'ADN du VHB indétectable ou faible (ADN du VHB < 2 000 UI/mL) et à des valeurs de l'ALAT normales.

À ce stade, les lésions histologiques sont inactives. Cette phase correspond à un contrôle de la maladie par la réponse immune. Le pronostic est habituellement favorable, associé à un risque très faible de développer une cirrhose ou un CHC.

Un traitement n'est pas recommandé en l'absence de lésion hépatique. L'élimination spontanée de l'Ag HBs se fait dans 0,5 à 1 % des cas par an, le suivi restant nécessaire du fait de la possibilité de développer un CHC malgré la clearance de l'Ag HBs (effet oncogène du VHB intégré dans les hépatocytes).

1.3.2.4 Phase d'hépatite chronique

Elle est définie par la persistance de l'Ag HBs pendant plus de six mois, associée à une élévation des transaminases et une positivité de l'ADN sérique du VHB. Le patient est le plus souvent asymptomatique.

Une phase d'hépatite chronique à Ag HBe négatif peut suivre la phase d'activité immunitaire en cas de séroconversion HBe. Elle est caractérisée par une réplication virale et des valeurs d'ALAT fluctuantes. Les malades sont Ag HBe négatifs et sont infectés par des virus mutants qui portent des substitutions nucléotidiques dans la région précore et dans la région promotrice du core empêchant la synthèse de la protéine précurseur de la protéine HBe.

1.3.2.5 Phase de réactivation

En l'absence de clairance de l'Ag HBs, une phase de réactivation avec les mêmes caractéristiques sériques (Ag HBe ou Ac anti-HBe) associée à des taux fluctuants d'ADN du VHB et d'ALAT, et un risque d'aggravation de la fibrose peut être observée. Ces épisodes de réactivation virale peuvent être spontanés ou favorisés par un état d'immunosuppression. Cette phase est observée chez 20 à 30 % des malades.

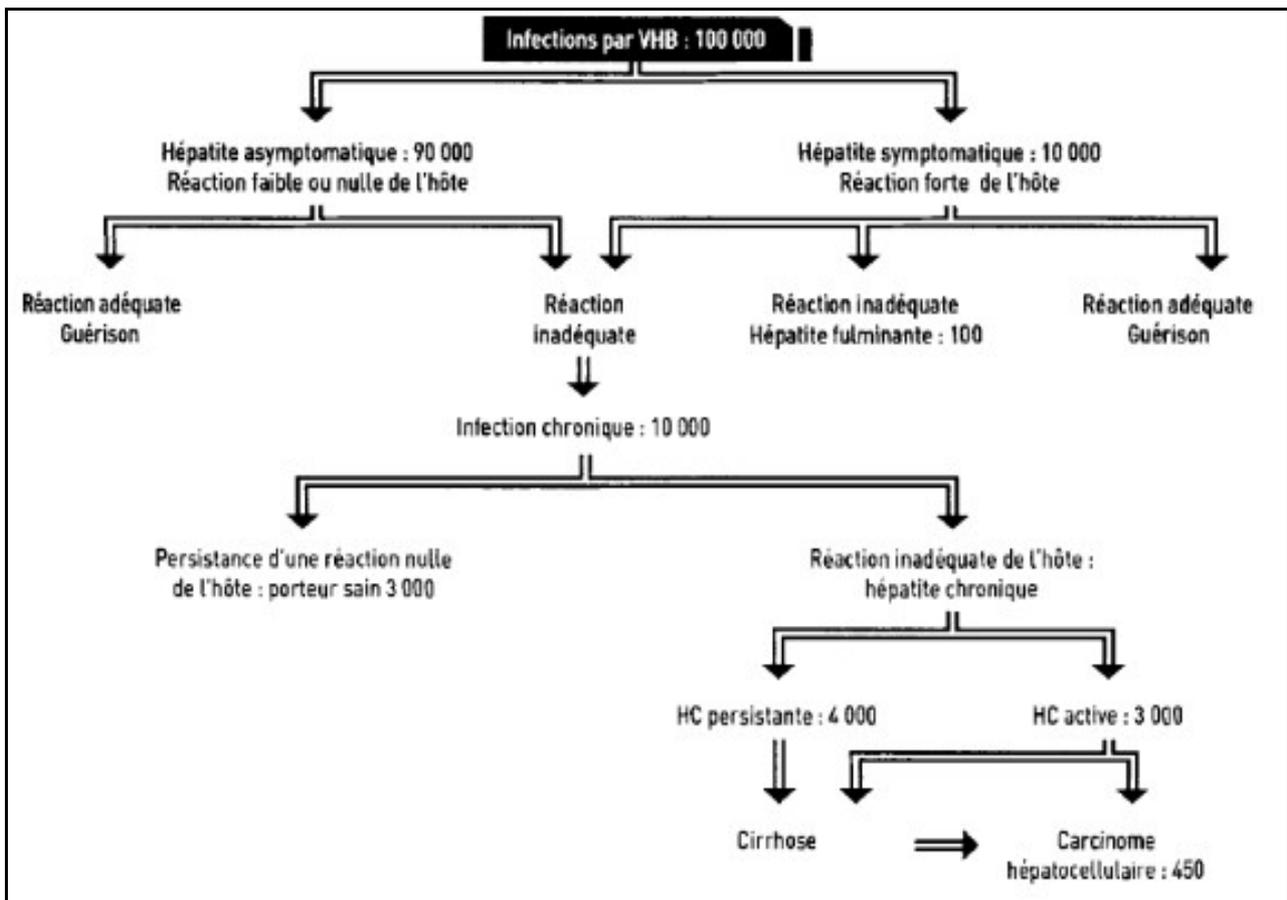


Figure 6 : Histoire naturelle de l'infection par le VHB à partir d'une population de 100 000 sujets infectés

1.4 DIAGNOSTIC

Les marqueurs sérologiques d'une infection par le VHB, leur interprétation clinique et leur évolution au cours des différentes phases d'une hépatite B chronique sont :

- Ag HBs : infection en cours ou portage chronique. Sa positivité pendant une durée supérieure à six mois marque la chronicité.
- Ag HBe : multiplication virale importante. Il est absent en cas de mutant pré-Core.
- Ac anti-HBs > 10 UI /ml : guérison-protection (spontanée ou vaccinale).
- Ac anti-HBc (IgG+) : IgM+ : infection récente ou réactivation.
IgM- et Ag HBs- : infection ancienne.
IgM- et Ag HBs+ : infection chronique.
- ADN sérique VHB : permet de quantifier la réplication virale.

- Tests rapides d'orientations diagnostics (TROD) : Ils permettent de détecter l'Ag HBs avec une sensibilité variant de 90,5 % à 96,5% et une spécificité comprise entre 99,7% et 100% (7). Il existe également des TROD détectant les Ac anti HBs. Un avis de la HAS sur la place de ces tests dans la stratégie de dépistage des hépatites B sera rendu prochainement en vue d'un arrêté fixant les conditions de réalisation de ces tests.

1.5 TRAITEMENT (7)

1.5.1 Indication de traitement

La décision d'initier un traitement est prise chez tous les malades ayant une charge virale $>2\ 000\ \text{UI/ml}$, une augmentation des transaminases et une évaluation de la sévérité de la maladie hépatique montrant une activité et /ou une fibrose (METAVIR A ≥ 2 et/ou F ≥ 2) . Le traitement antiviral doit être considéré chez tous les patients ayant une activité nécrotico-inflammatoire et/ou une fibrose modérée à sévère à l'examen histologique du foie, même si le niveau de répllication virale est faible. Si les patients remplissent ces critères pour le taux d'ADN du VHB et pour la sévérité des lésions histologiques, le traitement pourra être débuté même si le taux d'ALAT est normal.

1.5.2 Modalités de traitement

Deux stratégies thérapeutiques sont disponibles. L'une repose sur un traitement par interféron (INF) α pégylé pour une durée déterminée, l'autre sur un analogue nucléo(s)tidique pour une durée longue, probablement à vie dans la plupart des cas. Le choix du traitement dépend de son efficacité et sa tolérance, du choix du patient et d'un éventuel désir de grossesse.

1.5.2.1 Interféron pégylé

Il n'expose pas au risque de résistance et offre la possibilité d'un contrôle immunologique de la maladie, qui peut se traduire par une séroconversion HBe, une réponse durable et une perte de l'Ag HBs. Ses inconvénients sont : son mode d'administration par voie sous-cutané, ses effets indésirables, et une efficacité limitée dans un nombre limité de cas. L'interféron est contre-indiqué lorsque il existe une cirrhose décompensée et au cours de la grossesse. La posologie est de 180 $\mu\text{g/semaine}$ pendant 48 semaines, cette durée pouvant être modulée en fonction de la réponse virologique et du suivi.

1.5.2.2 Les inhibiteurs nucléo(s)tidiques

L'entécavir ou le ténofovir sont de puissants antiviraux. Ils ont tous les deux une forte barrière génétique qui fait que l'apparition de mutations de résistance est exceptionnelle. Le mode d'action des analogues nucléot(s)idiques est l'inhibition de la polymérase (ou reverse transcriptase) du VHB, qui permet une virosuppression complète dans l'immense majorité des cas. Cependant, l'absence d'action directe sur l'ADNccc ne permet pas l'éradication virale. Ainsi la rechute à l'arrêt du traitement est quasi constante tant que l'Ag HBs reste présent dans le sérum.

1.6 STRATÉGIES DE DÉPISTAGE (7)

En France, 55% des personnes porteuses de l'Ag HBs l'ignorent. Le dépistage est obligatoire pour les femmes enceintes au sixième mois de grossesse et recommandé chez les personnes à risque, soit :

- les personnes nées, ayant résidé ou étant amené à résider dans les régions de forte et moyenne endémicité ;
- l'entourage proche et les partenaires sexuels d'une personne porteuse du VHB ;
- les personnes séropositives pour le VIH, le VHC ou ayant une IST en cours ou récente ;
- les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires différents ;
- les personnes ayant un risque d'exposition au cours d'une activité professionnelle ou bénévole.
- les usagers de drogues par voie intraveineuse ou intranasale ;
- les patients susceptibles de recevoir des transfusions massives ou itératives ;
- les patients accueillis dans les institutions psychiatriques ou en milieu carcéral ;
- les personnes ayant un tatouage ou un piercing ;
- les personnes candidates à une greffe d'organe, de tissu ou de cellules.

1.7 VACCINATION (12,13)

Les vaccins recombinants contre l'hépatite B actuellement utilisés sont hautement immunogènes. Ils présentent peu d'effets indésirables et ceux-ci sont habituellement bénins.

Le schéma habituel est constitué d'une injection à M0, M1 et M6-12. En cas de nécessité d'obtenir une protection rapide on peut utiliser un schéma accéléré avec une injection à J0, J7-10, J21 et à 1an.

La politique de vaccination contre l'hépatite B en France repose sur deux stratégies :

- l'identification et la vaccination des personnes à risque élevé d'exposition (cf stratégie de dépistage)
- la vaccination des nourrissons et le rattrapage des enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 15 ans révolus.

2. LES CHLAMYDIOSSES URO-GÉNITALES

Les infections humaines à *Chlamydia* sont spécifiques d'espèces et de serovars. Trois espèces sont rencontrées chez l'homme : deux sont responsables d'infections respiratoires : *C. pneumoniae* et *C. psittaci*.

Chlamydia trachomatis (CT) est responsable :

- du trachome (serovars A à C) : prévalence égale à 41 millions de cas dans le monde.
- d'infections uro-génitales : urétrite et épидидymite chez l'homme ; cervicite, endométrite, salpingite et syndrome de Fitz-Hugh-Curtis chez la femme (serovars D à K).
- d'infections néonatales par contamination lors du passage de la filière génitale, responsable de conjonctivites et de pneumopathies néonatales (serovars D à K).
- de conjonctivites à inclusion de l'adulte - par autoinoculation à partir d'un foyer génital-éventuellement inclus dans le cadre du syndrome de Fieissinger-Leroy-Reiter (serovars D à K).
- de lymphogranulomatose vénérienne (LGV) (dû au serovar L). Aucun cas recensé à La Réunion entre 2007 et 2010.

Ici, nous évoquerons uniquement les chlamydioses uro-génitales.

2.1 AGENT PATHOGÈNE

Les *Chlamydia* sont des bactéries qui - du fait de leur déficience énergétique - sont à parasitisme intracellulaire obligatoire. Elles sont capables d'inhiber la fusion phagosome-lysosome. Elles appartiennent à l'ordre des chlamydiales, famille des Chlamydiaceae, genre *Chlamydia*. Il existe neuf espèces. L'espèce *C. trachomatis* possède deux biovars : trachoma et LGV. Le biovar trachoma comprend quinze serovars connus (14) (mis en évidence par micro-immunofluorescence). Le biovar LGV en comprend quatre. Les chlamydia sont délimitées par une enveloppe proche de la paroi des bactéries à Gram négatif mais ne contenant pas de peptidoglycane.

2.2 ÉPIDÉMIOLOGIE

C. trachomatis a un réservoir strictement humain. Sa dissémination est favorisée par le caractère pauci-symptomatique de l'infection.

2.2.1 Au niveau mondial

Elle est largement répandue. Une infection génitale haute symptomatique apparaît chez 10 à 40% des femmes ayant une chlamydiose non traitée. Les lésions des trompes de Fallope à la suite de ces infections sont à l'origine de 30 à 40% des cas de stérilité féminine (15).

2.2.2 Au niveau européen

Il s'agit de l'IST bactérienne la plus fréquente. En 2010, 344 491 cas ont été notifiés dans 24 pays appartenant à l'Union Européenne, dont 95% dans six pays (Royaume Uni, Suède, Danemark, Norvège, Finlande et Pays-Bas) soit un ratio de 186 pour 100 000 habitants. L'incidence est probablement plus élevée du fait du caractère souvent pauci-symptomatique ou asymptomatique de l'infection et de l'absence fréquente de notification.

Quarante deux pourcents des cas sont retrouvés chez des personnes âgées de 20 à 24 ans, 33% chez les 15-19 ans. Le ratio homme / femme est de 0,69, mais les femmes sont plus souvent dépistées. Cinq pourcents des cas notifiés concernent des HSH. (16)

Des prévalences de l'ordre de 2 à 4 % sont rapportées chez les femmes de 18-24 ans dans des enquêtes nationales européennes menées en population générale. (17)

2.2.3 Au niveau français

2.2.3.1 L'enquête NatChla (18)

En 2006, l'enquête NatChla a été menée par téléphone auprès d'un échantillon aléatoire, l'enquêteur proposait de participer à une enquête de dépistage de CT à un échantillon de participants sexuellement actifs âgés de 18 à 44 ans. Un kit d'autoprélèvement (urinaire pour les hommes, vaginal pour les femmes) était envoyé à ceux qui avaient donné leur accord. Sur les 4 959 sujets sollicités, 2 580 personnes (52%) ont envoyé un prélèvement au laboratoire.

La prévalence globale de l'infection à CT chez les personnes de 18-44 ans a été estimée à 1,4% chez les hommes, et à 1,6% chez les femmes.

Chez les femmes, la prévalence est maximale entre 18 et 24 ans (3,6% ;IC95%:1,9-6,8) puis diminue un peu entre 25 et 29 ans (2,7% [IC95%:1,2-6,1]) et très nettement à partir de 30 ans (0,5% [IC95%:0,2-1,1]).

Chez les hommes, la prévalence est relativement stable pour les 18-24 ans (2,4% [IC95%:1,0- 5,7]) et les 25-29 ans (2,7% [IC95%:0,8-8,0]) puis diminue à 1,1%.

Les facteurs associés avec un test positif à CT étaient pour les hommes le fait d'avoir eu plusieurs partenaires pendant les 12 derniers mois ou d'avoir eu comme dernier partenaire un partenaire occasionnel ou nouveau, ou le fait de ne pas être Français de naissance. Pour les femmes, on retrouvait ces mêmes facteurs exceptée la nationalité, avec en plus le jeune âge (18-29 ans), le faible niveau d'étude et le fait d'avoir eu dans les 12 derniers mois un partenaire sexuel de sexe féminin. D'autres facteurs comme le type de couverture sociale, le fait de vivre en zone urbaine ou rurale, d'avoir fait un test de dépistage du VIH ou d'avoir mis un préservatif lors du dernier rapport sexuel n'étaient pas associés avec un résultat positif à CT.

2.2.3.2 Le réseau Rénachla en 2012 (19)

Les données épidémiologiques concernant les infections à CT en France proviennent essentiellement du réseau Renachla, mis en place en 1989. Ce réseau représente environ 3 % des laboratoires susceptibles de diagnostiquer les infections à *Chlamydia*.

Alors que le nombre de laboratoires participant au réseau diminue, le nombre moyen de recherches et d'infections uro-génitales à *Chlamydia* par laboratoire continue d'augmenter en 2012, chez l'homme comme chez la femme. (figure 7)

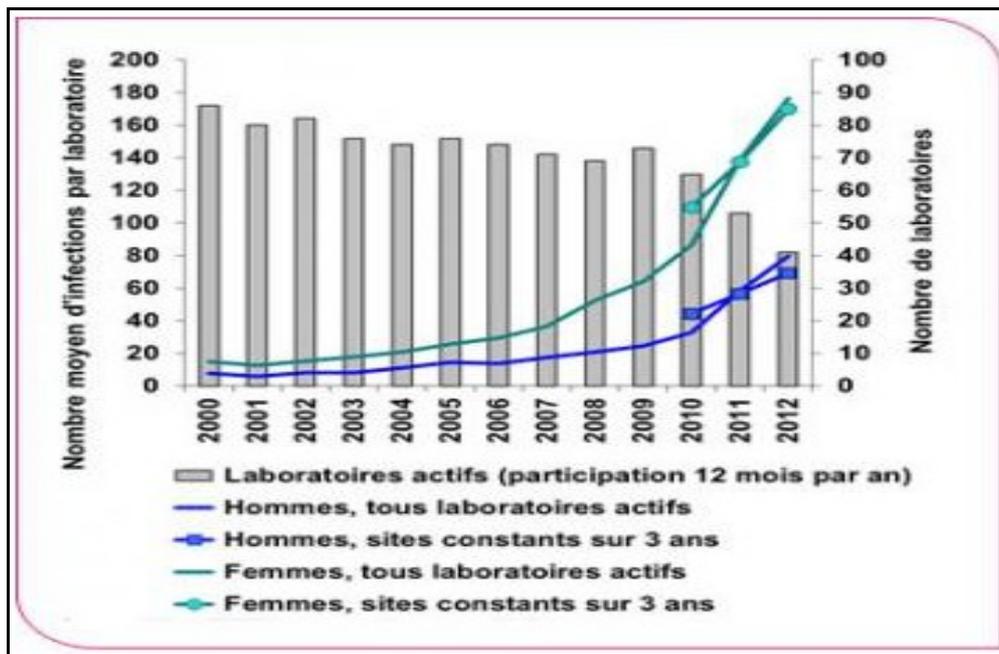


Figure 7 : évolution du nombre moyen d'infections à Chlamydia diagnostiquées par laboratoire actif selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012

Les patients du réseau Rénachla consultent majoritairement des structures spécialisées : CDAG, CIDDIST ou centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), respectivement dans 31 %, 12 et 14 % des cas en 2012.

En 2012, la proportion de sujets asymptomatiques représente 60 % des cas rapportés alors que cette proportion représentait 23 % des cas au début de la décennie 2000. Cette évolution s'explique par une augmentation des pratiques de dépistage. (figure 8)

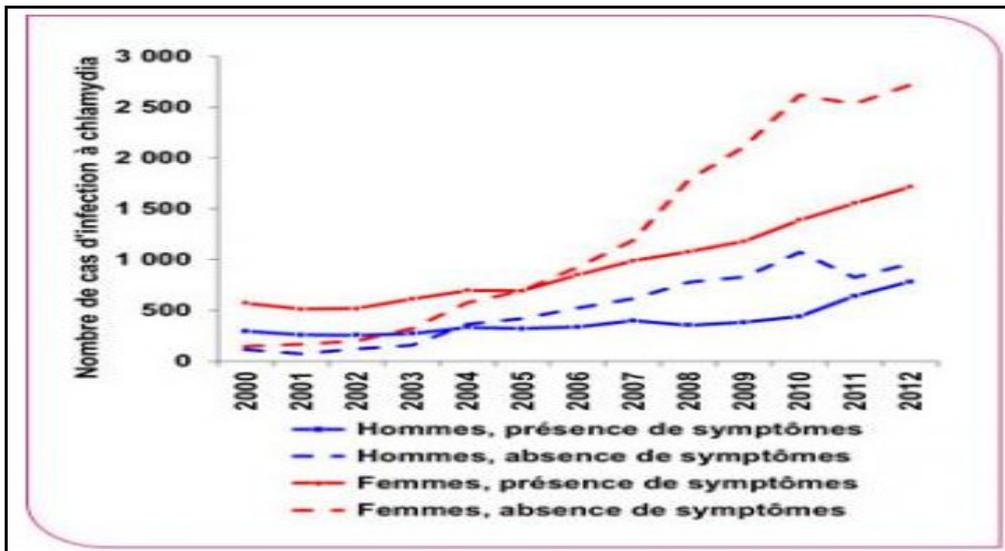


Figure 8 : évolution du nombre d'infections uro-génitales à Chlamydia selon la présence ou non de symptômes et selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012

Les structures qui pratiquent principalement le dépistage sont les CDAG, les CIDDIST et les CPEF ; 82 % des personnes infectées y sont asymptomatiques en 2012. Au contraire, les gynécologues libéraux ou hospitaliers, les généralistes et les autres médecins libéraux ont recours à des tests à visée diagnostique chez des personnes symptomatiques dans 64 % des cas .

En 2012, le taux de positivité est d'environ 7 % chez les hommes et les femmes (figure C7), ce qui est supérieur à la prévalence dans la population générale, estimée en 2006 par l'enquête Natchla . Cela témoigne d'un dépistage ciblé sur des personnes plus à risque. (figure 9)

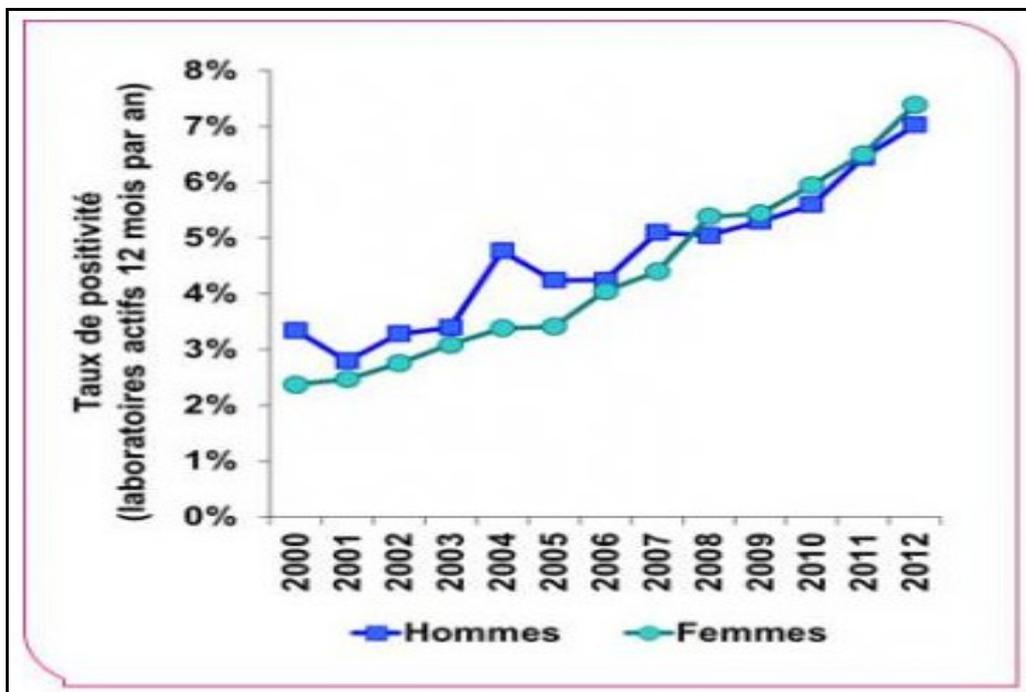


Figure 9 : Évolution du taux de positivité (nombre d'infections à Chlamydia / nombre de recherches) selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2000-2012

En 2012, les femmes ayant une infection uro-génitale à *Chlamydia* restent plus jeunes que les hommes : âge médian de 22 ans contre 25 ans. Les tranches d'âge les plus touchées sont les 15-24 ans chez les femmes et les 20-29 ans chez les hommes (figure 10).

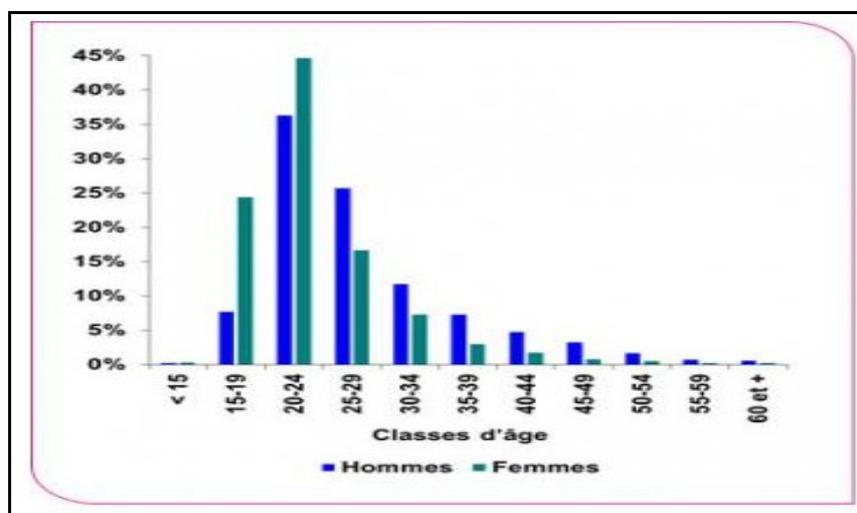


Figure 10 : Distribution des infections à Chlamydia par classe d'âge selon le sexe, réseau Rénachla, France, 2012.

2.2.3.3 Autres études

En 2006, les prévalences rapportées dans la littérature varient de 1 à 5 % dans les populations asymptomatiques et de 8 à 15 % dans les populations symptomatiques. Elles sont maximales chez les femmes de 18-24 ans et les hommes de 25-30 ans, et varient avec le lieu de recrutement de la population concernée. Contrairement à la syphilis et à la gonococcie, souvent concentrées dans des populations résidant en zones urbaines surpeuplées et pauvres, CT est ubiquitaire avec une diffusion en population générale plus importante. Alors qu'il existe une prédominance masculine nette pour la gonococcie et la syphilis, le sex-ratio est inversé et plus équilibré pour les chlamydioses qui sont également moins liées à une activité sexuelle récente à risque.

Entre 2003 et 2005, cinq enquêtes de dépistage systématique par PCR sur urines ou par auto-prélèvement vaginal ont été réalisées dans des services de médecine préventive universitaire, des CPEF et un centre d'orthogénie (19). Les prévalences de CT observées dans les CPEF ou centre d'orthogénie (Bordeaux, Val-de-Marne et Seine-Saint-Denis) varient de 6 à 11 %. La prévalence chez les étudiantes sexuellement actives convoquées pour leur visite médicale obligatoire des universités Paris 5, Nanterre et Bordeaux varie de 1 à 3 %.

Dans une étude réalisée au CIDDIST de Nantes en 2011 (20), 1599 prélèvements ont été réalisés de façon systématique. Le taux de positivité était de 7 % chez les femmes et de 7,8% chez les hommes ; 87 % des femmes étaient asymptomatiques contre 79 % chez les hommes. Les patients les plus touchés étaient les jeunes.

Au CDAG de Bordeaux (21), depuis 2011 les personnes bénéficiant d'un dépistage pour le VIH et ayant moins de 25ans pour les femmes et moins de 30 ans pour les hommes bénéficient de la recherche du CT . En 2011, 63,9 % des patients ayant été dépistés pour le VIH l'ont également été pour CT. La prévalence de CT était à 8,0 % en 2010, 7,4 % en 2011, et 9,9 % en 2012. Les femmes étaient plus souvent porteuses de l'infection que les hommes (11,4 % versus 8,9 %, $p = 0,03$) (21)

2.2.4 A La Réunion (22,23)

Le nombre de personnes porteuses de CT chez les femmes et les hommes jeunes ayant eu des rapports sexuels, est de 8 à 10% à La Réunion. Cette fréquence est en augmentation ces dernières années.

Pour le centre de Dépistage, de Prévention et de traitement des IST (DEPIST) du Nord Est : en 2009 sur 242 tests ,6,2 % sont positifs ; en 2010 : sur 1202 tests, 13 % sont positifs. ; au premier trimestre 2011 : sur 508 tests, 12,2 % sont positifs. En 2012 (23) sur 594 tests 7,4% sont positifs. Pour les CDAG/CIDDIST de l'ensemble de l'île, il a été fait 2056 tests en 2012 dont 6,46% étaient positifs.

Une étude portant sur 478 femmes pratiquant une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) à l'hôpital de St Pierre a été réalisée en 2008 sous la direction du Dr Marc Gabriele. Elle retrouve une prévalence de CT égale à 17,9 % chez les moins de 19 ans, 12,1 % chez les 20-24 ans, 6,5 % chez les 25-29 ans, 7,3 % chez les 30-34 ans, 2,8 % chez les 35-39 ans, 0 % chez les 40-44 ans.

2.3 CLINIQUE (14)

2.3.1 Chez l'homme

Les formes asymptomatiques représentent 10 à 25 % des cas. La période d'incubation peut aller de 48 heures à plus de 2 mois (12 à 16 jours en moyenne). L'infection à CT représente la cause principale des urétrites non gonococciques (UNG).

Dans la majorité des cas, le tableau est celui d'une urétrite subaiguë avec un écoulement peu abondant, séreux, spontané ou provoqué à la pression du canal urétral, se limitant parfois à une simple goutte matinale. Dans 15 à 20 % des cas, l'urétrite à CT se présente comme une urétrite aiguë avec un écoulement abondant, purulent accompagné de vives brûlures mictionnelles et quelquefois d'hémorragies.

L'évolution peut se faire spontanément vers la guérison.

Les épидидymites peuvent compliquer 3 % des cas d'UNG et CT est retrouvé dans 30 à 40 % des cas d'épididymites survenant chez les hommes âgés de moins de 35 ans.

Le rôle de CT a été évoqué dans l'infertilité masculine, les prostatites, les balanites et le rétrécissement urétral.

2.3.2 Chez la femme

L'infection réalise le plus souvent une cervicite érythémateuse avec une muqueuse friable plus rarement mucopurulente, volontiers latente et persistante. L'infection est souvent de découverte fortuite lors d'un bilan gynécologique systématique ou à l'occasion d'une consultation motivée par l'apparition d'une urétrite chez le partenaire.

Les salpingites constituent la complication majeure de la cervicite à CT. Elles peuvent être aiguës, subaiguës ou chroniques infracliniques. Ces dernières ne sont révélées que par leurs conséquences : stérilité, grossesse extra utérine, douleurs pelviennes aiguës et chroniques.

À partir de l'infection utéro-tubaire, CT peut gagner la région périhépatique et provoquer un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis. La périhépatite est souvent de découverte fortuite au cours d'une coelioscopie effectuée lors d'une salpingite. La symptomatologie est celle d'une cholécystite aiguë chez une femme jeune.

2.4 DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

La biologie moléculaire avec amplification génique est préconisée comme premier examen à réaliser pour le diagnostic biologique d'une infection par CT, quelle que soit la situation clinique. C'est la méthode de référence pour tout site de prélèvement, tout type d'échantillon, et pour toute forme clinique d'infection à CT.

Des échantillons sont prélevés pour la détection directe en fonction du tableau clinique. Pour les infections uro-génitales, ce sont des prélèvements d'endocol, d'urètre, du vagin, du premier jet urinaire, du matériel de biopsie des trompes ou de l'endomètre. D'autres prélèvements sont possibles comme celui de conjonctive, ou bien encore la ponction de liquide articulaire (24).

La recherche des anticorps sériques contre CT par micro-immuno-fluorescence ou ELISA est préconisée principalement en cas de suspicion d'une infection génitale haute, en cas d'impossibilité de réaliser un prélèvement pour la détection directe (25).

2.5 POLITIQUE DE DÉPISTAGE (26,27)

Le dépistage doit se faire par PCR sur auto-prélèvements : premier jet d'urine chez les hommes et auto-prélèvement vaginal chez les femmes.

Il doit se faire préférentiellement dans les lieux visités par les personnes ayant des comportements sexuels à risque (CDAG, CIDDIST, Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)...) et être proposé aux:

- femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 30 ans ;
- femmes de plus de 25 ans et hommes de plus de 30 ans multipartenaires ou ayant un nouveau partenaire.

L'essai POPI (28) incluant 2529 étudiantes londoniennes sexuellement actives a montré qu'un test de dépistage est efficace pour la prévention des atteintes inflammatoires pelviennes mais que sa périodicité annuelle chez une femme à risque (nouveau partenaire sexuel ou infection à CT dans les 3 derniers mois) est très insuffisante.

Le dépistage de CT ne doit se faire que dans le cadre d'une information complète sur les IST et de la mise en oeuvre des mesures indispensables de prévention, notamment l'utilisation du préservatif.

2.6 TRAITEMENT

2.6.1 Traitement médicamenteux

Tout patient présentant des symptômes d'urétrite doit recevoir un traitement antibiotique probabiliste après prélèvement bactériologique (29). La stratégie antibiotique doit être dirigée en tout premier lieu contre *Neisseria gonorrhoeae* et CT puisque ce sont les deux bactéries le plus fréquemment en cause.

Le schéma suivant est recommandé :

> traitement anti-gonococcique :

- ceftriaxone : 500 mg en une seule injection ;
- en cas de contre-indication aux bêta-lactamines : spectinomycine, 2 g en une seule injection intra-musculaire ;
- en cas de refus ou d'impossibilité d'administrer un traitement par voie parentérale : céfixime, 400 mg en une prise orale unique.

> traitement anti-CT (16-29)

- azithromycine : 1 g en monodose (à préférer)
- ou doxycycline : 200 mg/jour en deux prises par voie orale pendant 7 jours.

En l'absence de symptômes, et si seul CT est retrouvé dans les prélèvements, on ne traitera que le CT.

Les infections génitales compliquées se traitent pendant 14 à 21 j. Une association d'antibiotiques est systématiquement prescrite dans les salpingites de façon à couvrir les infections polymicrobiennes. Plusieurs schémas sont possibles : métronidazole 500 mg *2 à 3 /j en association avec ofloxacine 200 mg *2 /j ou une association amoxicilline/acide-clavulanique et cyclines ou ofloxacine. (15)

Dans les épидидymites, les mêmes molécules : doxycycline ou minocycline (200 mg/j), érythromycine (2 g/j) ou ofloxacine (400 mg/j) sont recommandées pendant une durée de 10 à 20 jours, selon le Centers for Disease Control and prevention (CDC).

2.6.2 Autres mesures – prévention

Il faut inciter au dépistage du partenaire. La recherche d'autres IST doit être systématique, en tenant compte du délai de séroconversion : sérologies syphilis, VIH, hépatites B et C.

La vaccination contre l'hépatite B doit être proposée à toute personne non immunisée.

L'utilisation de préservatifs doit se faire pendant 7 jours après un traitement minute ou jusqu'à la fin d'un traitement en plusieurs prises et jusqu'à disparition des symptômes.

2.6.3 Consultation de suivi en cas d'urétrite

Elle doit avoir lieu à J3 si les symptômes persistent et à J7 de façon systématique pour :

- vérifier la guérison clinique ;
- donner les résultats de sérologies ;
- donner des conseils de prévention ;

La persistance de l'infection après traitement, observée dans 10 à 15 % des cas, et la possibilité de sélection in vitro de mutants résistants doivent inciter à la vigilance. Deux types de contrôles sont préconisés, en post-traitement, à cinq semaines de la fin de celui-ci, et à trois ou six mois pour rechercher une éventuelle recontamination. À défaut de pouvoir retester les personnes infectées dans ce délai court, il est recommandé de les suivre dans les 12 mois suivant le traitement initial, afin de dépister et traiter les recontaminations éventuelles (30)

3. LA SYPHILIS

3.1 AGENT PATHOGÈNE (31)

Les tréponèmes sont des bactéries mobiles et spiralées (spirochètes) du genre *Treponema* appartenant à l'ordre des *Spirochaetales* et à la famille des *Spirochaetaceae*.

La syphilis est une tréponématose à transmission vénérienne causée par *Treponema pallidum* subsp. *pallidum*. *Treponema pallidum* est un germe de forme allongée, mesurant de 0,10 à 0,18 µm de large sur 6 à 18 µm de long. Au microscope standard on ne peut le voir que sur un fond noir (figure 14), les colorations étant difficiles.

Il existe de nombreuses espèces de tréponèmes, classées en deux groupes en fonction de leur pathogénicité :

1- les tréponèmes non pathogènes, présents au niveau de la flore normale de l'intestin et des cavités orale et génitale.

2- les tréponèmes pathogènes pour l'homme, responsables des tréponématoses non vénériennes : le bejel, le pian et la pinta et de la tréponématose vénérienne : la syphilis.

3.2 ÉPIDEMIOLOGIE

3.2.1 La syphilis récente

3.2.1.1 Au niveau mondial

L'incidence annuelle mondiale est estimée à 12 millions de cas (32), dont 17 884 cas notifiés en 2010 en Union Européenne (33).

3.2.1.2 Au niveau de La France

La maladie n'est plus à déclaration obligatoire depuis 2000. La syphilis précoce avait pratiquement disparu entre 1990 et 1997. Depuis 1998, on assiste à une recrudescence. Entre 2000 et 2010, 4684 cas de syphilis précoces ont été notifiés dans le réseau RésIST, réseau de surveillance et de déclaration volontaires, mis en place sur l'ensemble du territoire par l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS). Soixante neuf pourcent de ces cas étaient diagnostiqués dans des CDAG ou dans des CIDDIST. Le diagnostic est posé au stade de syphilis primaire dans 22 % des cas, de syphilis secondaire dans 40% des cas et de syphilis latente précoce dans 38 % des cas . La syphilis semble bien installée, en plateau depuis 10 ans. Entre 2009 et 2012 , le nombre de cas rapportés de syphilis récentes augmente chez les hommes (passant de 500 à 800 par an) tandis que chez les femmes, ce nombre est relativement stable. Il y a eu peu de modifications épidémiologiques depuis 2000 : surreprésentation massive des hommes (95 %), essentiellement HSH (87 % du total), nés en France dans 86 % des cas, d'âge médian environ 36 ans, séroprévalence VIH à 34 % (dont 2% de découverte concomitante) avec une importance du sexe oral comme source supposée de la contamination (50 %). (34-36)

3.2.1.3 A La Réunion

Une recrudescence du nombre de cas déclarés a été mise en évidence à partir de 2006. En 2010, 33 cas de syphilis récente ont été déclarés. On observe une modification de l'épidémie entre 2009 et 2010 avec, en 2010 : 42% des cas chez des HSH (81% en 2009) et 36% chez des femmes (12% en 2009). L'âge médian était de 24 ans (37 ans en 2009). Quarante deux des 66 cas de syphilis récentes signalés entre 2007 et 2010 avaient au moins un antécédent d'IST. Vingt neuf patients étaient VIH + dont 28 le savaient déjà. Ceux-ci étaient tous des HSH. La personne source de la contamination serait un partenaire stable dans 58% des cas et occasionnel dans 19% des cas. Les 23 pourcents restants préférant ne pas se prononcer. Dans 39% des cas, le rapport oro-génital semble être reconnu comme le seul rapport contaminant. Quelle que soit l'orientation sexuelle, le préservatif est utilisé dans 2% des cas pour la fellation. Les femmes atteintes n'utilisent jamais ou que rarement le préservatif pour les rapports anaux et 14% l'utilisent souvent pour les rapports vaginaux. Quarante et un pourcents des HSH utilisent systématiquement le préservatif pour les pénétrations anales (36).

En 2012, les trois CDAG-CIDDIST de La Réunion ont fait 4655 tests dont 105 (2,25%) étaient positifs. Pour le CDAG-CIDDIST Nord/Est 2573 tests ont été effectués dont 16 (0,62%) étaient positifs (23).

3.2.2 La syphilis congénitale

3.2.2.1 Au niveau mondial

La syphilis congénitale reste en 2011 un problème de santé publique : deux millions de femmes enceintes seraient infectées chaque année, la plupart en Afrique, soit 1,5 % des grossesses. Environ 25 % de ces grossesses se terminent par une mortinaissance ou un avortement spontané et, dans 25 % des cas, l'enfant souffre d'insuffisance pondérale à la naissance ou d'une infection grave (37).

3.2.2.2 Au niveau de La France

La syphilis congénitale reste exceptionnelle en France, avec 6 cas notifiés en 2004 dont deux chez des enfants adoptés issus d'un pays étranger (38).

3.2.2.3 A La Réunion

Sept cas de syphilis congénitale ont été considérés comme probables chez des nourrissons nés en 2008 et 2009. Une prématurité (n=5), une grande prématurité (n=2) ou une insuffisance pondérale à la naissance (n=4) ont été documentées. Trois nourrissons étaient symptomatiques, six ont été traités et la survie à trois mois était de 100%. Toutes les mères étaient VIH négatives (39).

3.3 3.1 CLASSIFICATION , HISTOIRE NATURELLE ET CLINIQUE

La période d'incubation varie de 10 à 90 jours. Il existe plusieurs classifications qui se superposent en partie. La classification clinique distingue différents stades successifs : syphilis primaire, syphilis secondaire, syphilis latente asymptomatique et syphilis tertiaire. La classification thérapeutique distingue la syphilis précoce (ou récente), la syphilis tardive et la neurosyphilis. La syphilis récente (contagieuse) regroupe la syphilis primaire, secondaire et la syphilis latente de moins d'un an pour le Centers for Diseases Controls (CDC), de moins de deux ans pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La syphilis tardive regroupe la syphilis tertiaire et la syphilis latente de plus d'un an ou deux ans.

La syphilis est une maladie strictement humaine à contamination vénérienne dans 95% des cas, par contact avec les chancres, plaques muqueuses, syphilides érosives, condyloma lata. Elle peut être congénitale par contamination transplacentaire du fœtus dans les deux derniers trimestres de la grossesse.

3.3.1 Syphilis primaire

Elle est marquée par l'apparition d'un chancre en son point d'inoculation et d'une adénopathie satellite. Classiquement, le chancre réalise une exulcération de 5 à 10 mm de diamètre, unique, propre, indolore (figure 11), mais son aspect est en fait variable. Le chancre cicatrise en 3 à 6 semaines en l'absence de traitement, au prix d'une pigmentation résiduelle dans un tiers des cas. L'adénopathie apparaît 4 à 7 jours après le chancre et est le plus souvent unilatérale. Ce sont des adénomégalies multiples, dures, parfois centrés sur un ganglion plus volumineux, "le préfet de l'aine". Leur localisation dépend de celle du chancre. En l'absence de traitement, elles persistent parfois plusieurs mois.



Figure 11 : chancre syphilitique

3.3.2 Syphilis secondaire

Il s'agit de la phase de dissémination septicémique. Le polymorphisme clinique est important. Elle survient environ six semaines après le chancre, et peut coexister avec lui. Elle est marquée par une éruption cutanée polymorphe "la grande simulatrice" dans 90% des cas. L'éruption cutanée évolue en deux phases plus ou moins intriquées : roséoles (première floraison) puis syphilides (deuxième floraison). La roséole est faite de macules érythémateuses de 5 à 15 mm, disséminées sur le tronc et la racine des membres, non prurigineuses (figure 12). Elle passe souvent inaperçue. Les syphilides surviennent du deuxième au quatrième mois et durent de un à six mois avec des récurrences possibles. Les syphilides sont des papules rouges cuivrées, non prurigineuses, indolores, de quelques mm de diamètre, disposées de manière symétrique sur le tronc, les membres et le visage (figure 13).



Figure 12 : roséole syphilitique



Figure 13 : syphilides palmaires

L'atteinte des phanères est rare : alopecie en clairière survenant du troisième au sixième mois. Une atteinte des sourcils, de la barbe et un périonyxis sont possibles. Il peut s'y associer une polyadénopathie et des signes généraux parfois sévères, des atteintes hépatiques, ostéo-articulaires, du système nerveux central (SNC), oculaires...

3.3.3 Syphilis latente

Une phase latente, asymptomatique, de longue durée, fait suite à une syphilis secondaire. Un quart des patients avec une syphilis précoce non traitée présente des récurrences cutanéomuqueuses potentiellement contagieuses, dont 90 % surviennent la première année. Vingt cinq pourcent des syphilis latentes non traitées évoluent vers la syphilis tertiaire.

3.3.4 Syphilis tertiaire

Elle associe à des degrés divers des atteintes cutanéomuqueuses, osseuses, cardiovasculaires et neurologiques. Ces deux dernières faisant toute la gravité de la maladie. Ces

lésions, destructrices, sont la plupart granulomateuses et ne sont pas contagieuses. La syphilis cardiovasculaire -rare depuis l'antibiothérapie- est découverte après au moins 20 ans d'évolution. Il s'agit d'une panartérite aortique qui peut se compliquer d'insuffisance aortique, d'anévrisme calcifié de l'aorte thoracique et de coronarite.

3.3.5 Neurosyphilis

Elle peut exister à tous les stades de la maladie, avec une atteinte du Liquide Céphalo-Rachidien (LCR) qui peut être présente de façon asymptomatique. Historiquement, la neurosyphilis symptomatique compliquait 9,4 % des syphilis non traitées chez les hommes et 5% chez les femmes (40). Il existe plusieurs tableaux : méningite aigüe contemporaine de la phase secondaire avec atteinte du tronc cérébral, méningoencéphalite, syphilis vasculaire cérébrale responsable d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques, d'atteintes médullaires (paraplégie), de démences, de manifestations psychiatriques, de sclérose des cordons postérieurs de la moëlle responsable de tabès ou d'ataxie locomotrice progressive, de gomes présentes dans le SNC responsables de syndrome tumoral...

La paralysie générale survient en général 10 à 15 ans après la syphilis primaire, elle est dominée par des troubles des fonctions supérieures, des manifestations neurologiques et psychiatriques avec une évolution spontanément fatale. Avant l'ère des antibiotiques, la paralysie générale et le tabès étaient les deux manifestations les plus fréquemment observées.

3.3.6 Syphilis congénitale

La contamination se fait par voie transplacentaire. Elle est d'autant plus fréquente que la syphilis est récente chez la mère et que l'on approche de l'accouchement. La mortalité in utero et néonatale peut atteindre 50 %.

3.4 DIAGNOSTIC

La conjonction d'un test tréponémique (TPHA, FTA, TPPA) et d'un test non tréponémique positifs est suffisante dans la majorité des cas. L'examen direct peut être utile au tout début de la maladie car les sérodiagnostics peuvent ne pas être encore positifs. Le diagnostic de neurosyphilis nécessite un sérodiagnostic dans le sang et le LCR.

3.4.1 Examen direct

Il se fait au microscope à fond noir. Il porte sur un prélèvement de sérosité obtenue par raclage du fond du chancre ou de syphilides papuleuses érosives. A ne pas faire dans la bouche du fait de la présence de tréponèmes commensaux.

L'immunofluorescence à l'aide d'anticorps monoclonaux sur la sérosité du chancre est une alternative quand un microscope à fond noir n'est pas disponible.



Figure 14 : *Treponema pallidum* vus au microscope à fond noir

3.4.2 Sérodiagnostics

Le sérodiagnostic tréponémique est une méthode standardisée, simple et fiable. Il repose principalement sur l'utilisation d'un test non tréponémique et d'un test tréponémique.

3.4.2.1 Tests non tréponémiques ou anticardioplipidiques

Ils utilisent un antigène cardioplipidique ubiquitaire retrouvé dans de nombreuses cellules. Les anticorps anticardioplipides sont dirigés contre un phospholipide libéré par l'endothélium vasculaire au cours de vascularites syphilitiques et non syphilitiques. Les tests actuels sont principalement le VDRL et le RPR. Il s'agit d'une réaction d'agglutination. Ils se positivent cinq à dix jours après l'apparition du chancre. On obtient un titre d'anticorps chiffré de 1 à 1024 qui reflète assez fidèlement l'évolution de la maladie et l'ancienneté de la contamination. La décroissance quantitative est le principal critère de surveillance sérologique après traitement, elle est d'autant plus facilement obtenue que le traitement est précoce. Le VDRL peut se négativer spontanément dans 25% des cas de syphilis tertiaire. Du fait de leur manque de spécificité ils sont utilisés pour le dépistage, la positivité étant confirmée par un test tréponémique.

3.4.2.2 Tests tréponémiques

Ils utilisent un antigène tréponémique.

3.4.2.2.1 TPHA

C'est une réaction d'agglutination. Cette technique est simple, peu coûteuse et sensible, sauf les cinq premiers jours du chancre. Elle est utilisée en routine.

3.4.2.2.2 TPPA

Le TPPA (*Treponema pallidum* particle agglutination) utilise l'agglutination des particules inertes recouvertes d'antigènes tréponémiques. Ses performances sont meilleures que celles du TPHA.

3.4.2.2.3 FTA simple/ FTA-abs

C'est un test d'immunofluorescence indirecte. Il nécessite un microscope à ultraviolet, ce qui implique un laboratoire bien équipé. Le FTA-abs, une variante, apporte un gain de spécificité (92%) et se positive de façon quasi contemporaine au chancre.

3.4.2.2.3 Test de Nelson ou test d'immobilisation du tréponème

Il est abandonné.

3.4.2.3 Enzyme immuno-assay (EIA)

Ils utilisent des antigènes tréponémiques. Ils ont une excellente sensibilité et spécificité et sont automatisables, contrairement au TPHA. Ils sont plus coûteux que le TPHA.

3.4.2.4 Tests rapides

Il en existe un grand nombre, mais ont généralement des performances médiocres. Ils peuvent être utiles en cas d'impossibilité à accéder à un plateau technique.

3.4.2.5 Western Blot

La sensibilité est de 93,8% et la spécificité de 100 %. La réactivité des IgM vis à vis d'un antigène spécifique semble utile dans le diagnostic de syphilis congénitale.

3.4.3 Réaction d'amplification génomique

La Polymerase Chain Reaction (PCR) au niveau des frottis des lésions cutanées et muqueuses a une sensibilité supérieure à celle du microscope à fond noir. Elle permet d'identifier des mutations associées à des résistances aux antibiotiques lorsque celles-ci sont connues. Elle permet aussi une surveillance épidémiologique des sous types de *Treponema pallidum*. Les PCR multiplex, qui permettent la détection à la fois de *Treponema pallidum*, d'*Haemophilus ducreyi* et d'*Herpes simplex virus* (HSV) de type 2 sont de plus en plus utilisées.

3.5 POLITIQUE DE DÉPISTAGE / PLAN NATIONAL DE LUTTE VIH-IST 2010-2014

L'INPES et la Haute Autorité de Santé (HAS) proposent un dépistage de la syphilis par un test tréponémique (TPHA, TPPA, Elisa) et par un test non tréponémique (VDRL, RPR) (27+41) :

- aux hommes ayant des rapports sexuels non protégés avec des hommes (fellation comprise) ;
- aux travailleurs du sexe ayant des rapports non protégés (fellation comprise) ;
- aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec des travailleurs du sexe ;
- lors du diagnostic ou en cas d'antécédent de gonococcie, de lymphogranulomatose vénérienne et d'infection à VIH ;
- aux personnes ayant des rapports non protégés (fellation comprise) avec plusieurs partenaires

par an ;

- aux migrants en provenance de pays d'endémie (Afrique, Asie, Europe de l'Est, Amérique du Sud) ;
- lors d'une incarcération ;
- après un viol.
- d'adapter le rythme de répétition du dépistage selon les situations à risque (du dépistage unique en cas de prise de risque ponctuelle au dépistage régulier, au minimum une fois par an, en cas de prises de risques récurrentes).
- le dépistage au cours de la grossesse :
 - lors du premier examen prénatal (au mieux lors du premier trimestre de la grossesse) chez toutes les femmes ;
 - au troisième trimestre, si la femme ou son conjoint ont eu des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire après le premier dépistage, au mieux avant la 28^{ème} semaine de grossesse ;
 - avant ou après l'accouchement en l'absence de sérologie au cours de la grossesse ;
- le dépistage de la syphilis aux femmes ayant des antécédents d'avortement spontané ou d'enfants mort-nés.

3.6 TRAITEMENT ET SUIVI(42-44)

Le traitement de référence reste la pénicilline G. Les formes retardés -benzathine pénicilline G (BPG)- sont indiquées pour les formes non neurologiques ni ophtalmiques. Extencilline® n'est plus disponible depuis début 2014, elle est remplacée par Sigmacillina® 1,2 M d'UI. Le deuxième choix se porte sur la doxycycline. La ceftriaxone est une alternative peu documentée. L'azithromycine est aussi une alternative mais il existe des résistances.

Différents schémas de traitement sont proposés:

> Pour la syphilis récente : BPG 2,4 M d'UI en IM en prise unique. Alternative : doxycycline 100 mg*2/j *14 j ou ceftriaxone 1g*/j *8-10 j ou azithromycine 2 g en prise unique.

> Pour la syphilis tardive : BPG 2,4 M d'UI en IM à J1, J8, J15. Alternative : doxycycline 100 mg*2/j *28 j.

> Pour la neurosyphilis ou en cas d'atteinte ophtalmique : pénicilline G 20 M d'UI/j en IV pendant 10-14 j. Alternative : ceftriaxone 2g/j IV pendant 10-14 .

Comme pour toutes les IST, il faut chercher d'autres IST associées, dépister et éventuellement traiter les partenaires.

Le suivi doit être prolongé. L'efficacité du traitement est jugé sur la régression des signes cliniques et sur la régression des tests non tréponémiques. Les signes physiques doivent régresser en moins de huit jours. Le suivi sérologique s'effectue sur les sérologies cardiolipidiques (VDRL...). Les titres du VDRL doivent diminuer d'un facteur quatre à six mois et se négativer à un an (syphilis primaire), 2 ans (syphilis secondaire) ou 4 ans (syphilis latente précoce). En fait, la décroissance est souvent beaucoup plus lente, sans qu'il s'agisse d'échecs thérapeutiques évidents. Dans la syphilis précoce, l'absence de décroissance du VDRL, sa réascension ou la persistance de signes cliniques doit faire conduire à la recherche d'une réinfection, d'une séropositivité VIH, d'une neurosyphilis (avec une ponction lombaire) et à un nouveau traitement comme une syphilis tardive.

4- INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DES IST

Le plan national de lutte contre le VIH-sida et les IST 2010- 2014 accorde une importance particulière à la prévention des IST et à son adaptation aux différents publics puisqu'il en fait sa première mesure d'action.

Les interventions identifiées comme ayant un impact sur la prévention des IST sont nombreuses et variées (45-47). Elles visent particulièrement des publics adultes à risque et/ou s'adressent aux adolescents ou à la population générale.

Pour la plupart elles sont unimodales, basées sur le développement de compétences (négociation, communication, utilisation des préservatifs), sur une éducation, sur de la transmission d'informations ou la proposition d'un dépistage. D'autres combinent plusieurs modalités et peuvent être mises en place en milieu scolaire, impliquer les proches, les pairs et/ou la communauté. Certaines utilisent les médias auprès des jeunes adultes et s'inscrivent dans le quotidien des adolescents pour capter efficacement leur attention.

Les actions menées en petits groupes obtiennent des résultats aussi efficaces que les interventions individuelles. La qualité de la formation des encadrants est importante. Le comportement principalement visé est l'augmentation de l'utilisation des préservatifs, comportement le plus susceptible d'être modifié, mais les actions de prévention se sont également révélées efficaces pour :

- reporter l'âge du premier rapport ;
- réduire la fréquence du multipartenariat et des relations à haut risque ;
- diminuer la fréquence des rapports ;
- augmenter l'acceptabilité du préservatif ;
- réduire le nombre de rapports non protégés ;
- diminuer l'incidence des IST ;
- capter des publics difficiles à amener aux systèmes de dépistages traditionnels ;
- améliorer les taux de dépistage ;
- augmenter les taux de traitement.

Les interventions présentées ici sont efficaces ou prometteuses dans la prévention des IST. Leur efficacité a été démontrée principalement dans des études anglophones, notamment auprès de populations des États-Unis.

La connaissance de ces modalités d'intervention et de leur efficacité devrait enrichir la réflexion sur les pratiques développées en France.

4.1 INTERVENTIONS UNIVERSELLES

4.1.1 Programmes réalisés en milieu scolaire

Ce sont souvent les programmes les plus efficaces sur la population jeune. Ils sont basés sur l'acquisition de connaissances et compétences en matière de prévention des IST.

Les intervenants sont les enseignants et/ou des professionnels de santé, qui, souvent,

exercer dans l'établissement lui-même. Il existe des interventions scolaires impliquant la communauté, auxquels les parents peuvent être impliqués.

Les IST et leur prévention font partie du programme officiel du collège, du CAP, des classes de premières générales et du bac professionnel (48-51).

D'autres thématiques peuvent être abordées comme la sexualité, la reproduction, la contraception...

4.1.2 Campagnes de communication multimédia

Elles sont basées sur l'utilisation de tous les supports publicitaires existants (presse, radio, télévision, internet....) afin de délivrer des informations de santé sexuelle. Leur cible est le grand public. Les messages délivrés peuvent être ciblés en fonction du sexe des individus. En France, l'INPES exerce un rôle majeur dans la plupart de ces campagnes de communication.



Figure 15 : affiche d'une campagne de prévention de la syphilis à La Réunion

Parmi les sites internet français délivrant des connaissances et un message de prévention à propos des IST, citons : www.info-ist.org , www.preventionsida.org, www.preventionist.org ...

4.2 INTERVENTIONS INDIVIDUELLES

4.2.1 Interventions individuelles réalisées par des professionnels de santé (counseling)

Elles consistent à orienter, aider, informer, soutenir et traiter avec comme thème

prédominant la croyance en la dignité et en la valeur de l'individu dans la reconnaissance de sa liberté à déterminer ses propres valeurs et objectifs et dans son droit à poursuivre son style de vie (52). Il se fait en face à face auprès de patients qui consultent en centre de santé.

4.2.2 Interventions individuelles via les nouvelles technologies

Il peut s'agir de l'envoi de SMS (Short Messages Service) et de courriels liés à la santé sexuelle, envoyés sur une durée totale d'un an afin de proposer de participer à des discussions anonymes sur les risques et le dépistage des IST. Les messages envoyés sont accrocheurs et contiennent des informations détaillées sur les IST et des liens vers des sites internet référents. Il existe aussi des séances de "chat" animées par un professionnel de santé sexuelle. Ces médias servent de point de captation pour la population cible qui est ensuite dirigée vers des interlocuteurs et des systèmes déjà existants mais qu'ils n'utilisent pas forcément.

4.2.3 Autres interventions délivrées sur ordinateur

Elles sont diverses : ce sont des jeux, des vidéos interactives avec des simulations de prises de décision, des exercices à réaliser... Les tests de connaissances, à partir desquels l'utilisateur reçoit un conseil personnalisé adapté à ses réponses et donc à son niveau de connaissances, sont très représentés.

Ces interventions sont plus efficaces lorsqu'elles sont destinées à un seul sexe, personnalisées au profil ou aux réponses de leurs utilisateurs, et qu'elles sont répétées.

Citons le site www.onsexprime.fr : créé par l'INPES en 2009 et enrichi en 2012, il apporte des réponses fiables et validées scientifiquement aux questions que peuvent se poser les adolescents. Elaboré en collaboration avec des professionnels de santé et des membres d'associations, le site aborde la sexualité de manière globale (plaisir, sentiments, contraception, prévention des IST...) et positive via des vidéos, des témoignages, des conseils de professionnels, une page Facebook® ou encore une chaîne Youtube® sur laquelle les adolescents peuvent par exemple découvrir la websérie PuceauX, racontant l'histoire de deux ados qui préparent leur premier rapport sexuel.

4.2.4 Interventions individuelles proposant un dépistage par courrier

Des kits gratuits d'auto-prélèvement sont commandés par téléphone, courriel ou courrier postal. Les patients font leur prélèvement et l'envoient par courrier à un laboratoire d'analyses. Ce projet améliore les taux de dépistage et de traitement de *Chlamydia trachomatis* et capte un public difficile à amener aux systèmes de dépistages traditionnels.

En France, l'action chlamyweb menée en 2012 par l'INPES proposait aux jeunes de 18 à 24 ans de répondre à un questionnaire sur leur sexualité (www.info-ist.fr). Les patients jugés à risque se voyaient proposer un dépistage de *C.trachomatis* par un kit d'auto-prélèvement envoyé à leur domicile.



Figure 16 : campagne de dépistage de *Chlamydia trachomatis* sur internet

4.2.5 Intervention individuelle aux urgences

Cette méthode est basée sur la proposition directe d'un dépistage de CT aux consultants des services des urgences hospitalières par une infirmière. Il permet une amélioration du dépistage, notamment auprès des personnes difficiles à amener aux systèmes de dépistage habituel.

4.3 LES INTERVENTIONS CIBLEES

Les programmes ciblés visent différentes sous-populations spécifiques :

4.3.1 Prévention auprès des prostituées

Il s'agit la plupart du temps d'interventions multimodales. Notons l'initiative de distribution de bons qui procurent un accès gratuit aux soins et au dépistage.

A noter également : en Australie, le projet Respect consiste en une intervention basée sur le counseling, en centre de santé spécialisé dans le dépistage des IST, menée auprès des travailleuses du sexe. Ce programme aborde la notion de plaisir et comporte des séances individuelles au cours desquelles les patientes apprennent à développer des compétences de négociation et de communication autour de l'utilisation du préservatif.

4.3.2 Interventions auprès des personnes isolées socialement

Elles peuvent passer par l'utilisation de méthodes informelles interactives : travaux pratiques, vidéos, jeux de rôle...

4.3.3 Interventions de groupe auprès de femmes issues de minorités culturelles

Les séances sont menées par une animatrice appariée en culture. Les femmes reçoivent une éducation afin d'identifier les situations à risque, elles s'engagent à se responsabiliser.

4.3.4 Interventions individuelles auprès des personnes infectées et de leurs partenaires

Le principe est de délivrer un traitement aux partenaires, ainsi que des informations qui lui sont personnellement destinées. Il ne semble pas y avoir d'avantage lorsque l'intervention est délivrée par le professionnel de santé par rapport à une simple recommandation faite par le patient source.

4.4 INTERVENTIONS VISANT LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Les professionnels de santé travaillent leurs compétences de communication afin que les patients prennent davantage conscience de l'existence des IST, de leurs séquelles et de l'amélioration attendue en cas de traitement.

4.5 INTERVENTIONS MULTIMODALES

Elles sont focalisées sur l'utilisation du préservatif. Elles se basent sur l'amélioration de l'acceptabilité (lier le préservatif à des articles promotionnels, prospectus sur son utilisation, utilisation de campagnes médias, de campagnes marketing de promotion) et de l'accessibilité des préservatifs via notamment des distributions éventuellement gratuites à grande échelle en milieu scolaire (distributeurs, infirmerie) ou extra scolaires (lieux publics, lieux de sexe...). Elles peuvent être combinées à des messages de prévention et à des interventions de groupe

5- LES CDAG ET LES CIDDIST

5.1 MISSIONS DES CDAG

Ils ont été créés en 1988 dans un but de dépistage du VIH puis des hépatites virales B et C et des autres IST.

Les missions des consultations ont été précisées à la fin des années 1990 (53) :

- rendre le dispositif visible pour tous ;
- faciliter l'accès au dépistage pour les personnes précarisées et les personnes vulnérables aux risques ;
- renforcer la prévention ainsi que le lien entre le dépistage et la prise en charge ;
- permettre une prise en charge précoce après une exposition à un risque ;
- offrir des pratiques de counseling (ensemble des pratiques visant à apporter, de façon individualisée, l'information, l'écoute, l'orientation et le soutien psychologique et social susceptibles de permettre à une personne de se protéger efficacement contre le risque de contracter ou de transmettre le VIH).

Ils reposent sur le volontariat et la responsabilisation individuelle dans la démarche de dépistage, l'anonymat, l'accompagnement, notamment en cas de découverte d'une séropositivité, et la gratuité.

5.2 MISSIONS DES CIDDIST

Ils succèdent aux dispensaires anti-vénériens.

Les actions de prévention concernant les IST sont de la compétence de l'État. Les conseils généraux qui le souhaitent peuvent continuer d'exercer une ou plusieurs de ces actions en signant une convention avec l'État.

Pour les départements dont les conseils généraux n'ont pas voulu conserver ces actions, l'État (via les ARS) a habilité des structures pour les exercer. Ils sont financés par l'État et habilités par les ARS ou ont une convention avec les conseils généraux.

Leurs missions (54) :

- diagnostic et dépistage anonyme de toutes les IST ;
- accueil, écoute, information, conseil ;
- évaluation du risque, examen physique et tests à visée diagnostique ;
- prescription de traitement ;
- orientation pour prise en charge médicale, psychologique, sociale ;
- proposition de dépistage et traitement des partenaires ;

Plusieurs de ces missions recoupent celles des CDAG.

5-3 ACTIVITÉS DES CDAG ET DES CIDDIST

En 2007, il existait 382 sites dont 244 (64%) sont à la fois CDAG et CIDDIST, 108 ne sont que CDAG et 30 ne sont que CIDDIST. Cent quatre vingt dix-huit sont situés en milieu hospitalier, 57 dans des centres de santé, 23 en milieu carcéral, 7 en milieu universitaire et 97 dans d'autres lieux (locaux dédiés pour la plupart). (55)

Beaucoup de structures CIDDIST ont pour l'essentiel une activité de dépistage et non une activité de diagnostic et de traitement.

Parmi ces sites, 235 sont habilités par le préfet et 147 sont gérés par les conseils généraux.

Leur activité augmente régulièrement.

En 2004, les CDAG ont effectué 274 641 tests de dépistage, pour 327 000 personnes vues en consultation. Cela représentait environ 7 % de la totalité des tests de dépistage pratiqués en France. La proportion de sérologie positive était stable et deux fois plus importante que dans le dépistage hors CDAG (2,4 ‰), avec 4,8 ‰ sérologies positives. Cette proportion est plus importante parmi les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne (4,8 %) et les HSH (1,6 %) (56). A La Réunion, ce taux était de 3‰ en 2002.

En 2010, sur les 5 millions de sérologies VIH effectuées en France, 8% ont été réalisées dans le cadre d'un CDAG mais 12% des sérologies confirmées positives ont été effectuées dans un CDAG (57)

5-4 FINANCEMENT DES CDAG ET DES CIDDIST

Au total, il est possible d'estimer à l'échelle nationale à un peu plus de 50 millions d'euros selon les divers financements théoriques des activités de CDAG et CIDDIST (55).

Leur financement dépend de leur institution de rattachement (57) :

-les CDAG hospitalières sont financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation : les Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation. Ces CDAG n'ont pas de budget dédié pour chacune de leur mission d'intérêt général. Leur enveloppe peut donc demeurer stable, même si leurs missions augmentent.

-Les CDAG extrahospitalières sont, de leur côté, prises en charge par les Caisses primaires d'assurances maladie (CPAM) après convention avec la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). Leur financement repose sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie de ville et suit un taux annuel. Il est théoriquement évolutif avec les missions dévolues aux CDAG.

Les montants financiers réellement engagés au profit des CIDDIST ne sont pas connus. Pour les départements qui ont conservé leur compétence, une compensation au titre de la dotation générale de décentralisation leur est attribuée. Pour ceux qui ont abandonné leurs compétences, il est procédé à une réfaction de la dotation globale de fonctionnement qui est transférée sur le budget du ministère de la santé et des sports qui finance les CIDDIST de ces départements à travers des subventions provenant des groupements régionaux de santé publique ou directement des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Cependant, faute de fléchage, il est en réalité impossible à l'administration centrale de connaître les montants des crédits qui sont réellement versés localement aux structures. Et, inversement, en l'absence de système

d'information permettant une remontée fiable de données, la direction générale de la santé, chargée d'en suivre le financement, est incapable d'en assurer toute consolidation. (58)

Les structures étant à la fois CDAG et CIDDIST doivent donc tenir une double comptabilité.

Le double statut CDAG/CIDDIST, le caractère hospitalier ou non, la convention par l'Etat ou l'autorisation par les Agences Régionales de Santé (ARS) posent des difficultés dans le fléchage des financements, ainsi que dans la rédaction des rapports d'activité.

5.5 PROFIL DES CONSULTANTS DES CDAG EN 2004 (59)

Il s'agit d'une population jeune, plus exposée aux risques comparativement d'une part à la population générale et d'autre part au public qui a recours au dépistage dans le cadre d'opérations menées dans des lieux publics.

Les CDAG ont vu augmenter la part des jeunes (en 2004, la moitié a moins de 25 ans), des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne et des HSH.

Parmi les consultants dépistés positifs pour le VIH, 40 % appartiennent à la classe d'âge 30-39 ans, 35 % à celle des 20-29 ans. La fréquentation des CDAG est majoritairement masculine (55 %). Les consultants étaient de nationalité française dans 92 % des cas. Parmi les étrangers, 40 % étaient originaires d'Afrique subsaharienne, 67 % résidaient en France depuis moins de cinq ans et 24 % depuis moins d'un an.

Pour 54% d'entre eux les consultants avaient un niveau d'études supérieur au baccalauréat. S'agissant des moins de 25 ans : 63% poursuivaient des études et 66 % des plus de 25 ans avaient un travail stable.

Les consultants étaient 94 % à bénéficier de la sécurité sociale ou de la CMU .

Une activité sexuelle était déclarée chez 99 % des consultants ; parmi eux 82 % des hommes et 96 % des femmes déclaraient une pratique exclusivement hétérosexuelle. La proportion de consultants déclarant avoir eu plusieurs partenaires sexuels au cours de l'année écoulée était de 55 % pour les femmes et de 63 % chez les hommes, contre 19,8 % chez les femmes de la population générale ayant été dépistées et 42,4 % chez les hommes. Le nombre médian de partenaires au cours de l'année écoulée était de deux pour les hétérosexuels hommes ou femmes, de cinq pour les homosexuels masculins et de deux partenaires de chaque sexe pour les hommes bisexuels. L'utilisation du préservatif de façon systématique était relevé chez 48 % des consultants.

Les motifs de dépistage variaient selon les groupes de consultants. Les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne déclaraient plus souvent un motif lié à un rapport sexuel à risque alors que les Français recouraient plus souvent au dépistage dans le cadre d'une stratégie de prévention (arrêt du port du préservatif).

5.6 AVENIR DES CDAG ET DES CIDDIST

De nombreuses instances préconisent la réorganisation de ces structures : la commission des finances de l'assemblée nationale sur la mission santé pour le projet de loi des finances 2009, le rapport de la HAS sur les stratégies de dépistage du VIH d'octobre 2009, les rapports du groupe d'experts dirigé par le Pr Yéni puis par le Pr Morlat sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH (2010 et 2013), le rapport annuel 2010 de la Cour des Comptes, le rapport de l'inspection générale des affaires sociales évaluant la mise en oeuvre de la recentralisation des IST en 2010.

Le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 préconise notamment (1):

- d'élargir les missions des CDAG-CIDDIST et CPEF à vaccination anti VHB et anti Human Papilloma Virus (HPV) ;
- d'étendre l'utilisation des TROD et organiser leur financement ;
- de mettre en place un dépistage ciblé des chlamydioses ;
- d'améliorer le dépistage de la syphilis et du VHB en CDAG (HSH et Lesbienne Bisexuelle Transsexuel (LBT)) ;
- d'organiser des actions hors les murs pour les migrants et dans les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction de risques pour Usagers de Drogues (CAARUD) et les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie en ambulatoire (CSAPA) ;
- d'engager la prise en charge des personnes infectées ;

Le Conseil National du Sida (CNS) recommande (60) :

- le renforcement des missions traditionnelles des CDAG notamment en termes de plages horaires, d'actions innovantes de dépistage pour toucher les populations les plus vulnérables aux risques de transmission du VIH et des IST ;
- le maintien du principe de gratuité ;
- le partenariat avec des acteurs locaux, notamment associatifs pour atteindre les populations les plus vulnérables aux risques de transmission du VIH et des IST et pour expérimenter le développement de structures de type « centre de santé sexuelle » qui dépassent le seul cadre du dépistage et du diagnostic du VIH et des IST ;
- de permettre aux CDAG de proposer l'accès au traitement post-exposition (TPE) ;
- de financer les CDAG hospitalières et extra hospitalières en fonction des besoins et selon les objectifs fixés localement ; la fusion des CDAG-CIDDIST : ils pourraient devenir des centres gratuits de dépistage et de diagnostic dont les missions seraient de prendre en charge les dépistages, diagnostics et traitements ambulatoires des IST. L'offre de soins à propos des IST pourrait ainsi être plus visible et son financement simplifié.

5.7 ANONYMAT

En 2010, dans la dernière enquête nationale Knowledge, attitudes, beliefs and practices (KABP) (61), 26,4 % des répondants disent que la raison principale du choix du CDAG pour se faire dépister est l'anonymat. Dans l'enquête KABP de l'Île de France de 2010 (62), 10 % des hommes ont choisi le CDAG pour l'anonymat comme raison principale.

La levée facultative de l'anonymat est demandée dans plusieurs rapports et par des praticiens : le CNS recommande la possibilité pour chaque consultant de choisir l'anonymat ou le non-anonymat tout en préservant d'une part la protection des données en conformité avec les principes édictés par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) ainsi que, bien sûr, le secret médical .

Depuis 2009 (63,64), la levée de cet anonymat est possible, avec le consentement libre et éclairé du patient, en cas de nécessité thérapeutique; l'identification du patient est également supposée contribuer à améliorer son accompagnement vers une prise en charge sanitaire dans certaines situations cliniques.

Des actes nominatifs permettraient (1) :

- pour les usagers qui le demandent, de recevoir des résultats porteurs de leurs nom et prénom ;
- de pouvoir contacter une personne avec son accord explicite, pour lui proposer de venir récupérer des résultats, limitant ainsi le nombre de résultats non rendus et ce notamment lorsqu'un ou plusieurs de ces résultats devraient conduire à proposer une consultation ;
- de réaliser un suivi fiable de nombreux usagers qui le justifient pleinement et bénéficient de plusieurs consultations dans l'année ;
- d'assurer une traçabilité des dépistages réalisés, des diagnostics faits et des traitements prescrits et souvent délivrés gratuitement dans le même centre.

La levée d'anonymat donnerait aussi aux CDAG la possibilité de participer à la prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) , de fournir un TPE et d'initier un suivi si la situation s'y prête.

6. PRÉSENTATION ET ACTIVITÉ DU CDAG/CIDDIST DE SAINT-DENIS (23)

Il existe trois CDAG- CIDDIST à La Réunion : celui du Sud basé à Saint-Pierre, celui de l'Ouest basé à Saint-Paul et celui dans lequel s'est déroulé cette étude : il s'occupe des secteurs Nord et Est de l'île. Il est localisé dans les locaux du centre hospitalier universitaire (CHU) de La Réunion site Nord, à Saint-Denis.

Il fait partie du réseau de Coordination Régionale de lutte contre le VIH (COREVIH) La Réunion-Mayotte.

Il accueille les patients sans rendez-vous du lundi au vendredi de 8h à 17h.

Les médecins qui y travaillent font partie du service d'Immunologie clinique, dont l'activité principale est la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Ses missions et ses actions sont multiples ; en voici quelques unes ayant eu lieu en 2012.

6.1 ACTION DE PRÉVENTION / ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

Il participe à des actions d'information sur le thème de la santé sexuelle et des actions de dépistage délocalisées au niveau des établissements scolaires, des universités, de l'UCSA (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires) dans les centres pénitentiaires du Nord et de l'Ouest, dans des événements comme les marchés de nuit ou les marchés forains (1620 dépistages VIH), dans des bus santé (2156 dépistages). Également deux « Testing Day » organisés dans la rue à St Denis : 595 consultations, 591 tests VIH dont 581 TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostic) , 235 tests VHC et 104 tests VHB.

Ces actions peuvent se faire en partenariat avec d'autres structures comme les associations de lutte contre le VIH, le planning familial, le conseil de l'ordre des sages-femmes... Il peut y avoir des binômes d'intervention : associatif/infirmière scolaire, associatif/personnel du CDAG-CIDDIST...

6.2 FORMATIONS

Il a participé à la réalisation de formation théorique et pratique à l'utilisation des TROD VIH auprès du personnel CHU, des CIDDIST-CDAG, des Associatifs, de CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

6.3 AFFICHES ET PLAQUETTES

Elles sont mises à disposition dans toute l'île et ont pour but de faire connaître le CDAG-CIDDIST.

6.4 ACTIVITÉS DE DÉPISTAGE

En 2012 , le CIDDIST de St Denis a réalisé 3502 consultations ; le CDAG a fait 4626 consultations tous sites confondus.

En ce qui concerne le dépistage par pathologie :

- Syphilis : 2573 tests ont été réalisés dont 16 (0,6%) étaient positifs.

- Chlamydiae : 594 tests dont 44 (7,4%) positifs.
- VHB : 2004 tests dont 3 (0,15%) positifs.
- Gonocoque : 79 tests dont 8 (10,1%) positifs.
- VIH : 3680 tests dont 5 (0,14%) positifs.

6.5 CRÉATION DU CENTRE DE SANTÉ SEXUELLE

Il est constitué par le regroupement des CIDDIST-CDAG et du service d'Orthogénie du CH de St Denis.

6.6 CONSULTATIONS AVANCÉES

Elles permettent de ne pas déplacer les patients, d'épauler le médecin référent local qui débute dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'assurer une formation pratique continue. C'est ce médecin local qui sélectionne les patients qui lui posent problème et qu'il souhaite montrer à l'expert. En moyenne, quinze à vingt patients peuvent être vus lors d'une consultation avancée. En 2012, il y en a eu trois à l'île Maurice pour un total de 68 patients.

6.7 PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DU CDAG

En 2012, le CDAG a permis :

- l'accueil de 8 patients de la zone pour soit des examens biologiques soit une prise en charge médicale ;
- la réalisation des charges virales (CV) des Comores, de certains patients de Maurice et de Madagascar : 32 CV ;
- le travail en réseau avec les médecins référents de la zone sur des avis concernant le dossier de patients : 1 à 2 avis/semaine.

6.8 LES ACTIONS DU COREVIH PRÉVUES EN 2014

Plusieurs perspectives d'avenir sont prévues par le COREVIH :

- organisation des activités du centre de santé sexuelle ;
- extension de l'accès au test rapide : poursuite de la généralisation de l'appropriation des tests rapides aux Urgences, dans les maternités, en cas d'AES dans les services et dans l'ensemble des CDAG-CIDDIST ;
- développer un programme de coopération inter associatif sur la zone Océan Indien avec Mayotte.

Le grand enjeu de 2014 sera l'installation et le fonctionnement du COREVIH RÉUNION MAYOTTE avec un effort important qui sera fait vers cette deuxième île.

7. CONNAISSANCES DE 168 PATIENTS DU CDAG/CIDDIST DE SAINT-DENIS DE LA RÉUNION À PROPOS DE L'HÉPATITE B, DES CHLAMYDIOSSES URO-GÉNITALES ET DE LA SYPHILIS

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des patients consultant au CDAG de St Denis à propos de l'hépatite B, des chlamydioses uro-génitales et de la syphilis. L'objectif secondaire était de chercher une différence de réponses entre les patients selon leur appartenance à une catégorie socio-démographique.

7.1 MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, observationnelle.

Le recueil des données a commencé le 22 avril 2014 et s'est terminé le 25 septembre 2014. Il s'est déroulé dans les locaux du CDAG couvrant la partie Nord et Est de La Réunion, au CHU de La Réunion à Saint-Denis.

J'ai élaboré le questionnaire (annexe 1), puis il a été validé par l'ensemble des médecins du CDAG-CIDDIST.

Le questionnaire était anonyme.

Les questions posées étaient :

- Données socio-démographiques : sexe, âge, lieu de naissance, ville d'habitation, profession, diplôme le plus élevé obtenu, situation familiale (marié, célibataire...)
- Avez-vous déjà entendu parler des chlamydioses, de l'hépatite B, de la syphilis ? Si oui, où ?
- Quelle est la cause de la maladie ?
- Comment peut-on attraper la maladie ?
- Quelles sont les moyens de prévention ?
- Quels sont les symptômes possibles ?
- Quelles sont les conséquences possibles ?
- Pour diagnostiquer la maladie, une prise de sang et/ou une analyse d'urine sont-ils indispensables ?
- Pensez-vous avoir eu des rapports à risque concernant ces maladies ?
- Savez-vous où peut-on se procurer des préservatifs à moins de 0,50 € l'unité ?

Le questionnaire se présentait sous forme de tableau avec des réponses suggérées où le répondant était invité à cocher une case en cas de réponse affirmative (questions le plus souvent fermées). Les questions étaient posées pour les trois pathologies étudiées.

A l'arrivée des patients, les secrétaires leur proposaient le questionnaire. Une fois rempli sur place, les patients devaient le glisser dans une urne.

Sur la fin du recueil, nous avons recueilli une quinzaine de questionnaires dans le bus santé.

Les critères d'inclusion étaient donc de consulter au CDAG pendant la période de l'étude et d'avoir rempli ce questionnaire.

Les données ont été saisies sous le logiciel Excel ® 2013.

Les classes socio-démographiques ont été définies ainsi :

- âge \leq 22 ans / compris entre 23 et 30 ans / \geq 31 ans.
- lieu d'habitation : Réunion : Nord : de St Denis à Ste Marie / Est : de Ste Suzanne à Ste Rose / Ouest : Du Port à Etang Salé / Sud : de St Louis à St Phillippe.
- Profession : les catégories définies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) ont été reprises et adaptées pour faire 7 catégories : 1 : artisan/commerçants/chefs d'entreprise ; 2 : cadres, professions intellectuelles supérieures, profession libérale, ingénieurs ; 3 : professions intermédiaires, instituteurs, professions intermédiaires de la santé, techniciens ; 4 : employés ; 5 : ouvriers ; 6 : étudiants ; 7 : inactifs, chômeurs.
- Diplôme le plus haut obtenu : pas le baccalauréat (Bac) / de Bac à Bac +2 / Bac +3 et plus.
- Situation familiale : en couple / célibataire

L'analyse statistique des données a été faite avec l'aide d'un statisticien professionnel : Monsieur Jean-Paul Maalouf. Il a utilisé le logiciel R version 3.1.0. Les données socio-démographiques et les réponses aux questions ont été croisées grâce au test du Khi2. Une différence dans les résultats était considérée statistiquement significative lorsque $p < 0,05$. À chaque fois qu'une p-value associée au test du khi-2 était significative, des tests de comparaisons deux à deux ont été effectués.

Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectif, de pourcentage et d'intervalle de confiance à 95 % (IC95%). Les variables quantitatives seront décrites en termes d'effectif, moyenne, écart-type, intervalle de confiance de la moyenne, médiane, étendue et étendue interquartile.

Une fois le questionnaire rempli, les patients pouvaient consulter une fiche rédigée et qui donnaient des renseignements à propos des IST en général, des trois IST concernées par cette étude et sur le VIH (annexe 2) . Ils pouvaient également consulter le même questionnaire mais avec les bonnes réponses cochées (annexe 3)

7.2 RÉSULTATS

- **population étudiée**

L'étude a porté sur 168 personnes. Pour la suite des résultats, en raison d'effectifs manquants suite à des questionnaires incomplets, la somme des effectifs de chaque catégorie ne fera pas toujours 168.

Pour information, en 2013, le CDAG de St Denis a fait 1606 consultations dans les murs du CHU.

Il y avait 67 femmes (43,5%) et 87 hommes (56,5%).

Quatre vingt huit personnes (59,5%) étaient nés à La Réunion, 48 (32,4%) en Métropole.

Quatre vingt patients (54,8%) étaient célibataires au moment de l'étude, alors que 66 (45,2%) se déclaraient en couple.

Quarante huit (32,65%) n'avaient pas obtenu le Baccalauréat (Bac), 51 (34,7%) avaient obtenu un diplôme équivalent à un niveau compris entre Bac et Bac+2 et 48 (32,65%) avaient au moins Bac + 3.

Les professions se répartissaient comme suit :

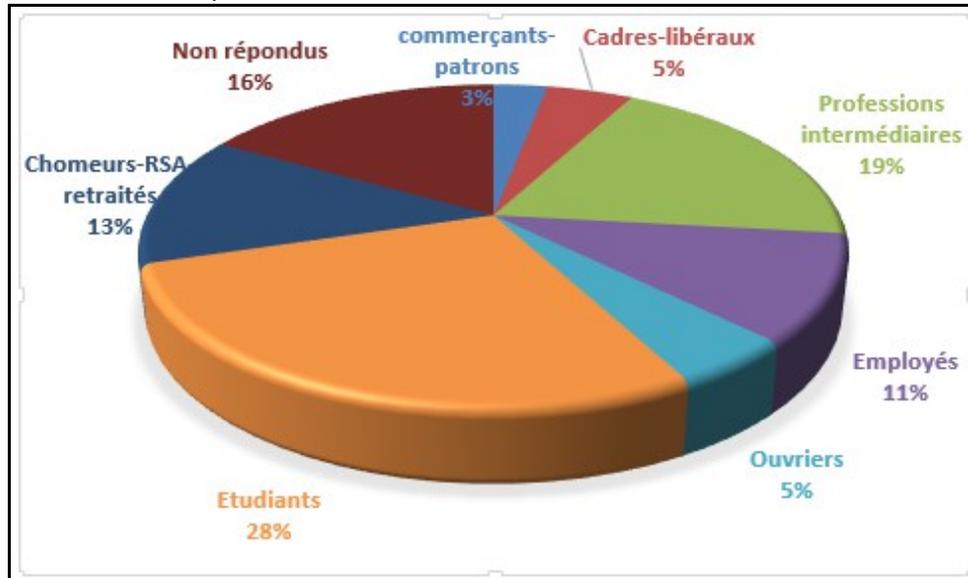


Figure 17 : professions des patients

- Age des patients inclus :

La moyenne d'âge était de 29 ans (IDC95% 27,22-30,75)

La médiane d'âge était de 27 ans avec le premier quartile à 21 ans et le troisième quartile à 30,75 ans. Le patient le plus jeune avait 16 ans, le plus âgé 68 ans.

- Lieu d'habitation

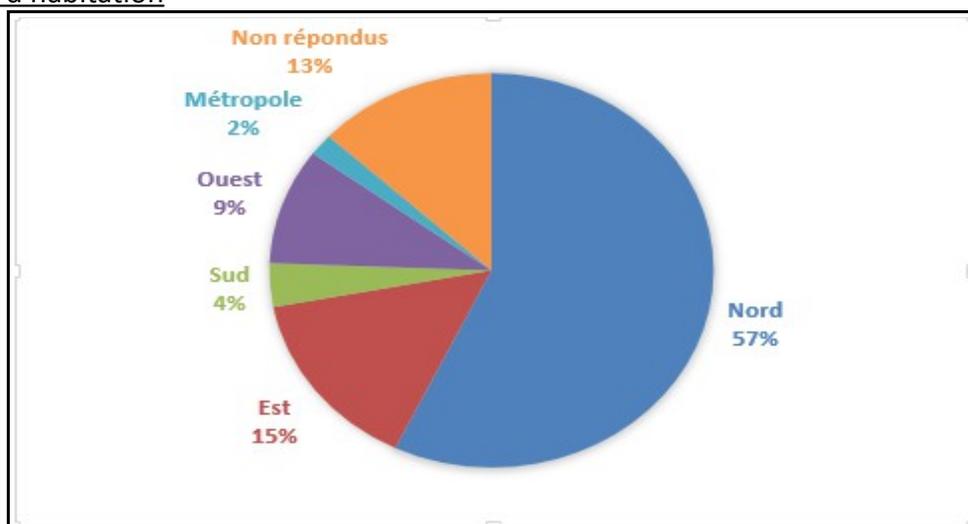


Figure 18 : lieu d'habitation des patients

- **connaissances des patients des pathologies :**

La question posée était : "Avez-vous entendu parler de ces maladies ? Si oui, où ?"

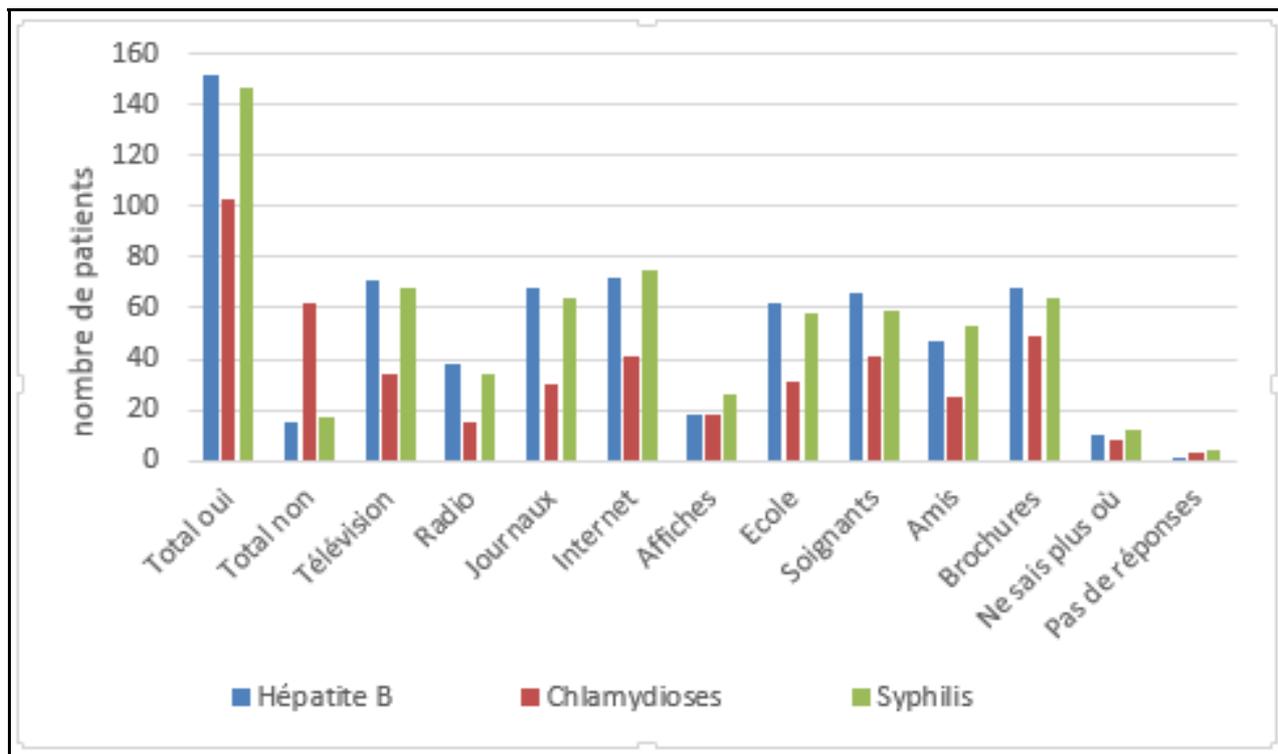


Figure 19 : Avez-vous entendu parler de cette maladie ? Si oui, où ?

- **Connaissances des causes des IST :**

La question posée était : "Quelle est la cause de la maladie ?"

Notons que malgré la formulation de la question qui supposait une réponse unique par maladie, certains patients ont mis plusieurs réponses.

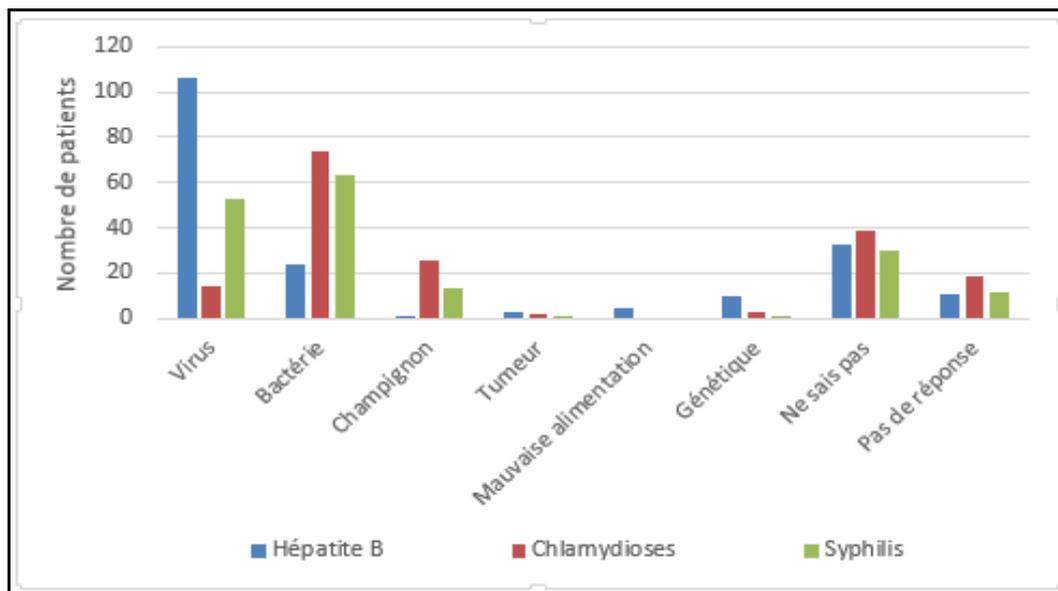


Figure 20 : Quelle est la cause de la maladie ?

- Connaissances des modes de transmissions du VHB :

31 personnes n'ont pas répondu à la question du mode de transmission du VHB.

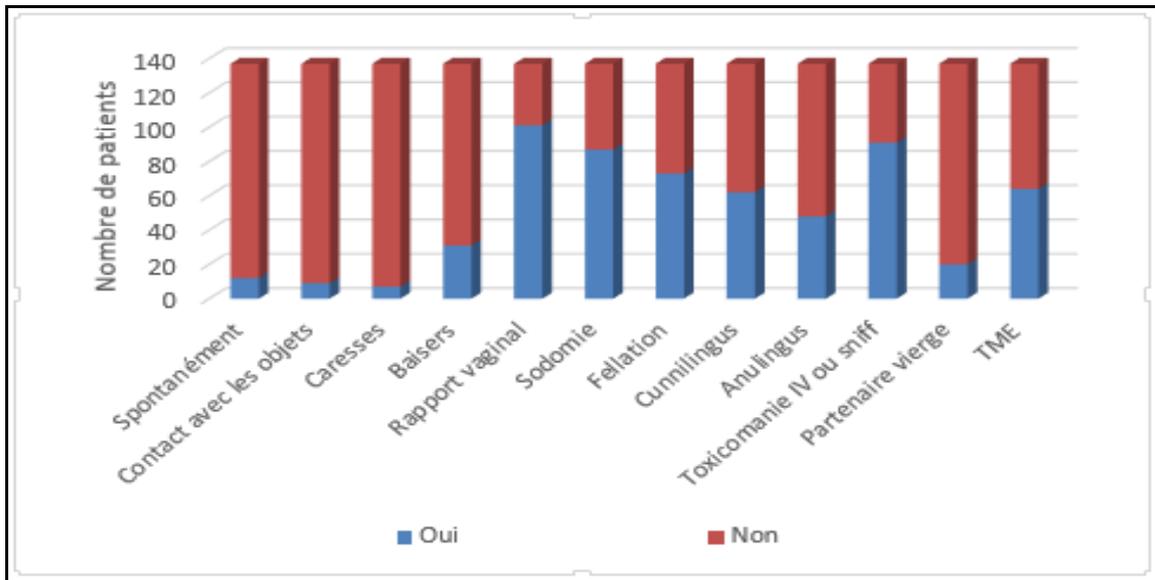


Figure 21 : modes de transmission du VHB

- connaissance des modes de transmission des chlamydioses :

50 personnes n'ont pas répondu à cette question.

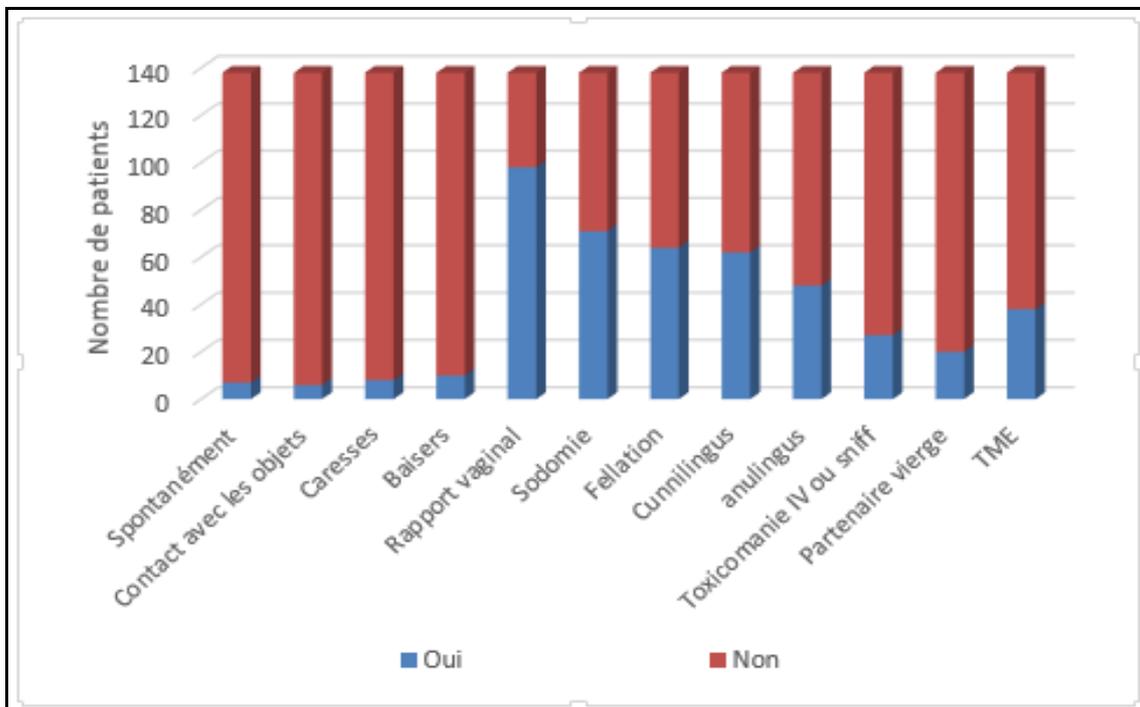


Figure 22 : modes de transmissions des chlamydioses

- connaissances des modes de transmission de la syphilis :

25 personnes n'ont pas répondu au mode de transmission de la syphilis.

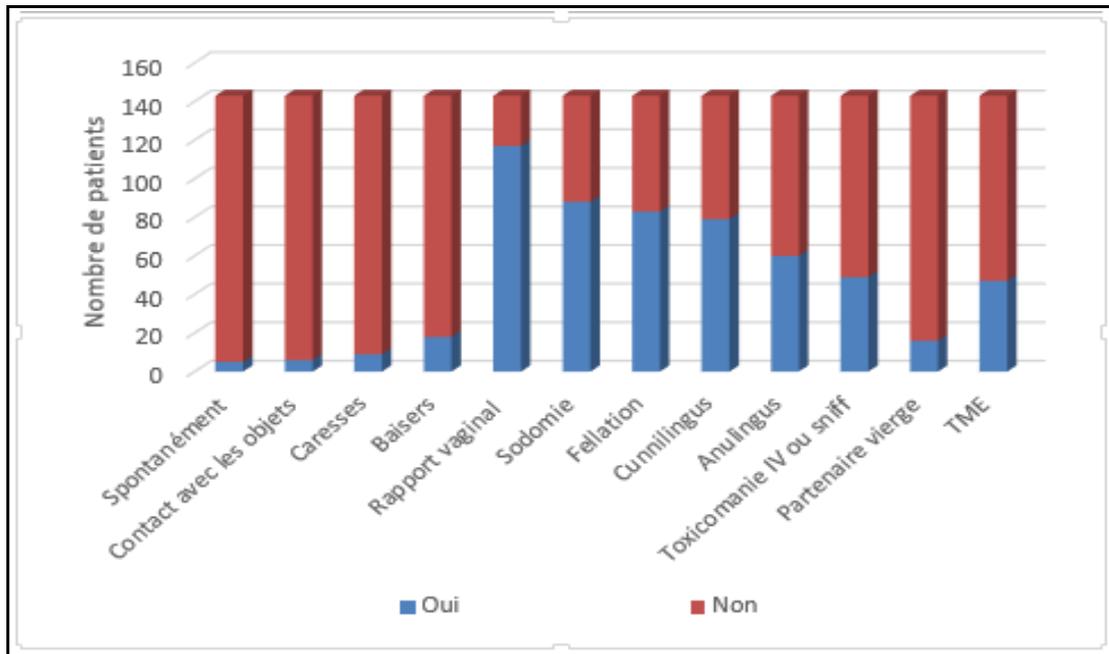


Figure 23 : modes de transmission de la syphilis

- connaissances des moyens de prévention contre l'hépatite B :

28 personnes n'ont pas répondu à cette question.

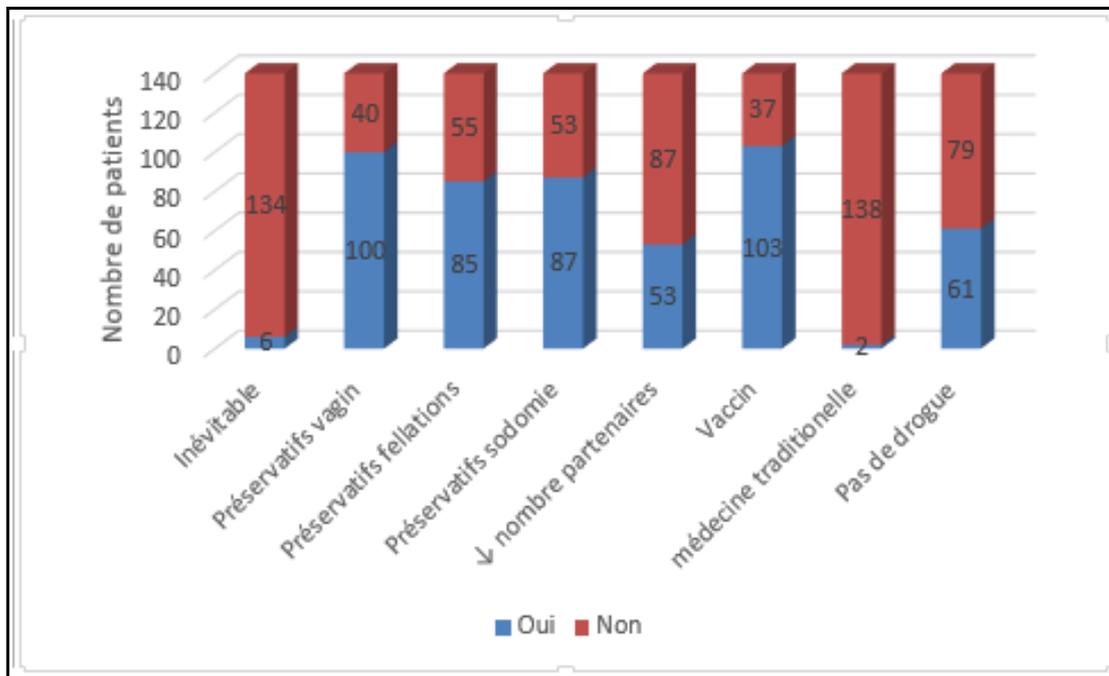


Figure 24 : moyens de prévention contre l'hépatite B

- connaissances des moyens de prévention des chlamydioses :

47 personnes n'ont pas répondu au moyen de prévention des chlamydioses.

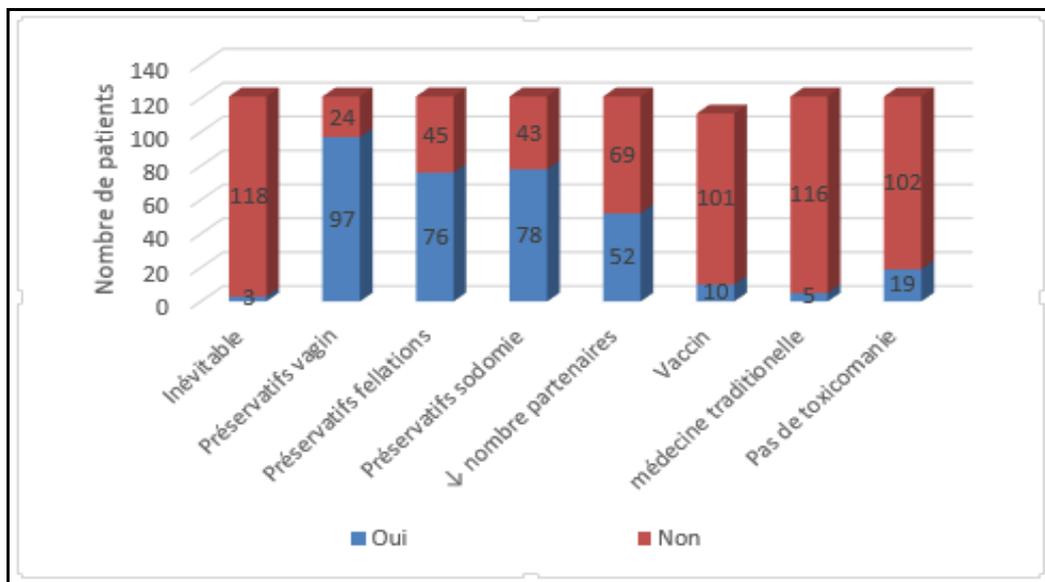


Figure 25 : moyens de prévention contre les chlamydioses uro-génitales

- connaissances des moyens de prévention de la syphilis :

23 personnes n'ont pas répondu à cette question.

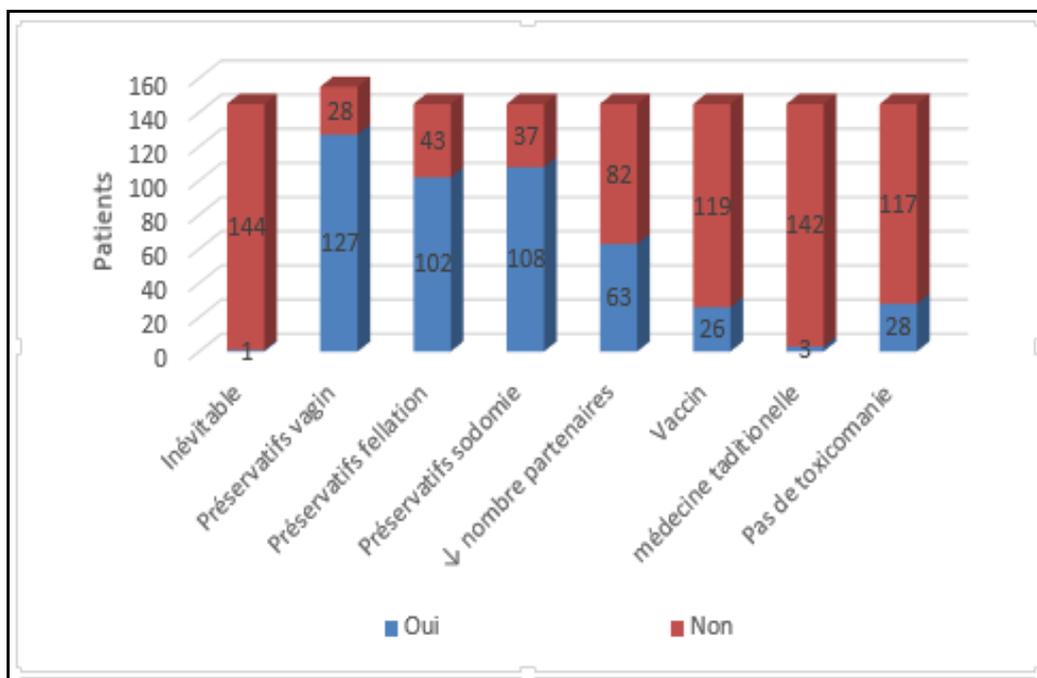


Figure 26 : moyens de prévention contre la syphilis

- **connaissances des symptômes de ces IST :**

La question posée était : "Quels sont les symptômes possibles ?"

> Pour l'hépatite B :

- 71 patients (54,6%) pensent que l'infection peut être asymptomatique, au contraire, 59 (45,4%) croient qu'elle est nécessairement symptomatique.
- 32 patients (24,6%) pensent que l'infection peut se manifester au niveau des organes génitaux (écoulement, douleur, démangeaison...), alors que 98 (75,4%) pensent qu'elle ne se manifeste jamais ainsi.
- Huit patients ont décrit des symptômes possibles ("jaunisse, douleur hépatique"...)

Trente sept personnes se sont abstenues de répondre.

> Pour les chlamydioses :

- 58 patients pensent qu'elles peuvent être asymptomatique et ils sont également 58 à penser qu'elles sont toujours symptomatiques.
- 85 personnes (73,3%) déclarent qu'elles peuvent entraîner des symptômes au niveau génital, tandis que 31 (26,7%) pensent le contraire.
- 3 patients ont décrit des symptômes possibles ("boutons"...)

Cinquante deux patients se sont abstenus.

> Concernant la syphilis :

- 40 patients (30,8%) pensent qu'elle peut être asymptomatique, 93 (69,2%) pensent le contraire.
- 100 personnes (75,2%) disent qu'elle peut se manifester cliniquement au niveau génital, 33 (24,8%) ne le pensent pas.
- Cinq patients ont décrit des symptômes possibles ("chancre,boutons"...)

Tente cinq patients n'ont pas répondu.

- **Connaissances des conséquences possibles de ces maladies :**

> Hépatite B :

37 personnes n'ont pas répondu.

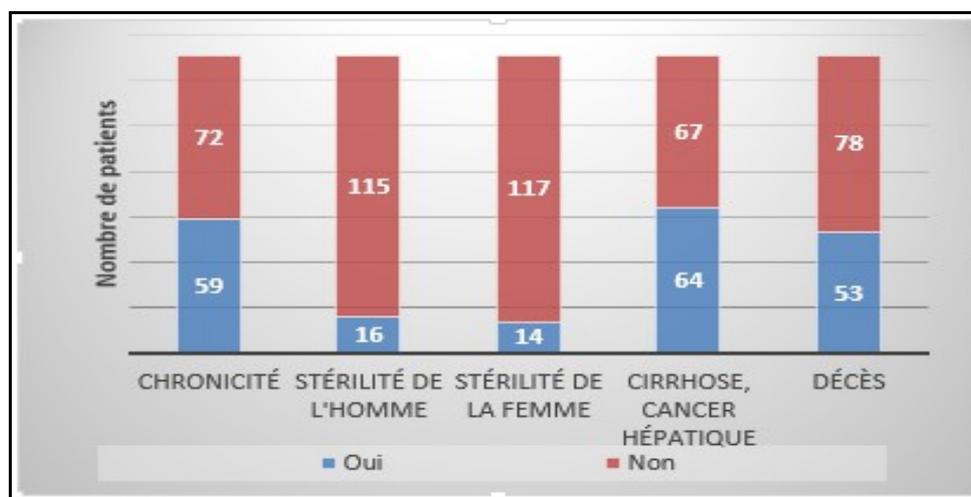


Figure 27 : conséquences possibles de l'hépatite B

> Chlamydioses :

50 personnes n'ont pas répondu.

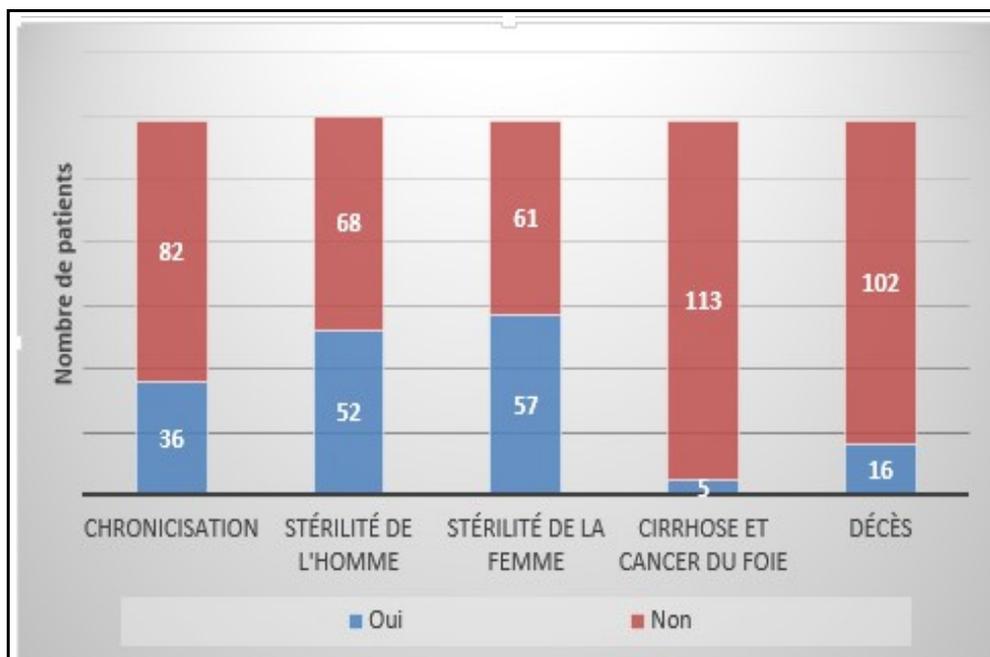


Figure 28 : Conséquences possibles des chlamydioses

> Syphilis :

35 personnes n'ont pas répondu

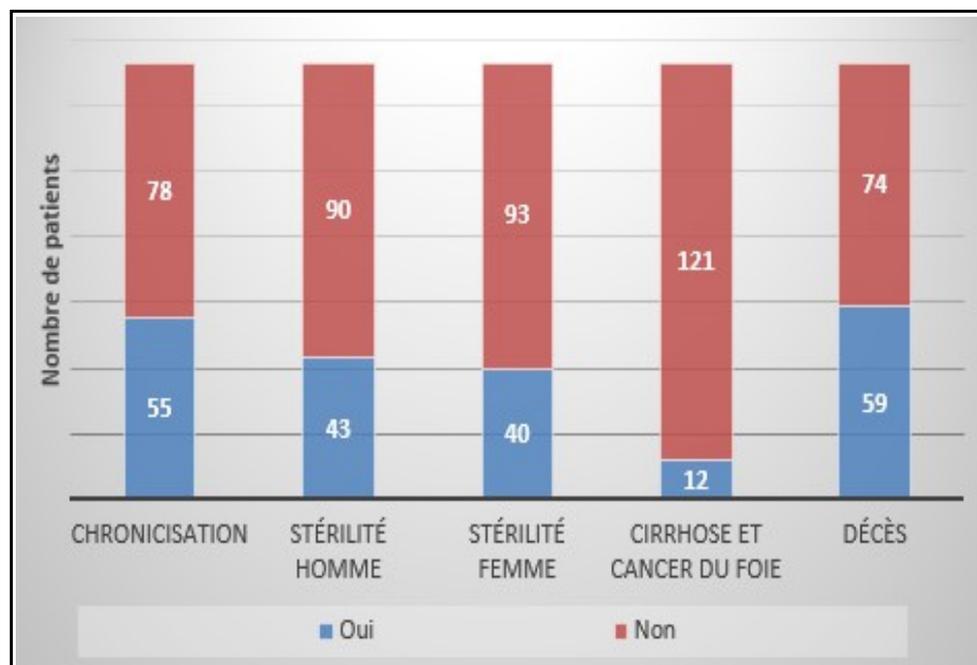


Figure 29 : Conséquences possibles de la syphilis

- **Résultats à la question : "Ces prélèvements sont-ils indispensables pour diagnostiquer la maladie ? "**

Concernant l'hépatite B : 122 répondants (91%) pense qu'une prise de sang est indispensable et 17 (12,7%) pensent qu'une analyse d'urine est indispensable. 33 patients n'ont pas répondu.

Concernant les chlamydioses : 60 répondants (50,85%) croient qu'une prise de sang est indispensable au diagnostic et 58 (49,15%) disent qu'une analyse d'urine est indispensable. 47 patients n'ont pas répondu.

Concernant la syphilis : 92 répondants (67,15%) déclarent la prise de sang comme indispensable au diagnostic, et ils sont 56 (40,9%) à croire qu'une analyse d'urine est nécessaire. 28 patients n'ont pas répondu.

- **Résultats à la question : "Pensez-vous avoir eu des rapports à risque concernant ces maladies ? "**

Il manque 37 réponses pour l'hépatite B, 50 pour les chlamydioses et 35 pour la syphilis.

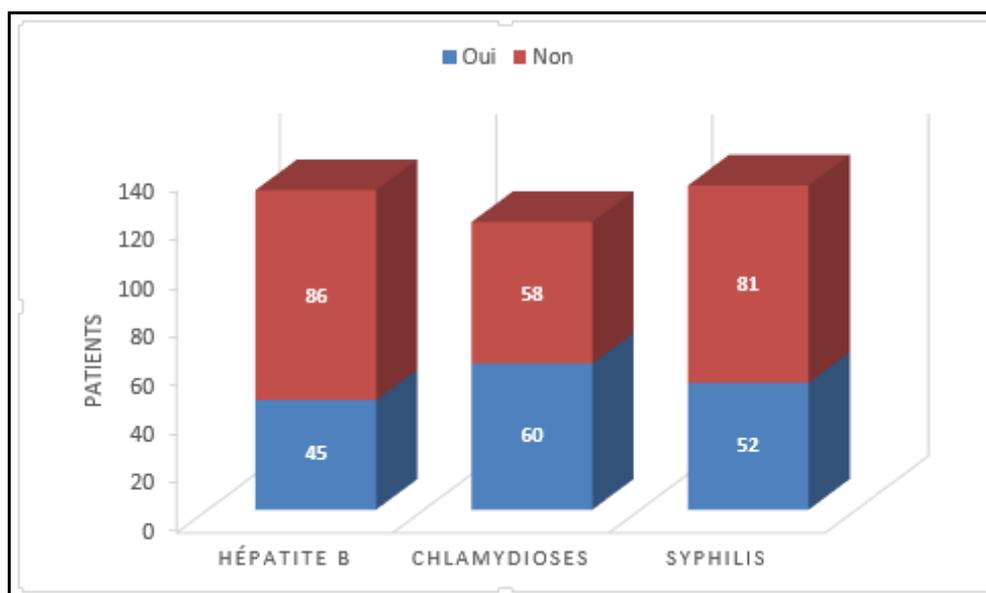


Figure 30 : "Pensez-vous avoir eu des rapports à risque concernant ces maladies ?"

- **Disponibilité des préservatifs :**

90 patients ont déclaré connaître un lieu où se procurer des préservatifs à moins de 0,50 € l'unité, alors que 17 ont dit ne pas en connaître.

7.3 DISCUSSION

La prévention des IST est un enjeu qui mobilise les instances nationales, preuve est faite par l'existence d'un appel à projet d'un montant de 300.000 € -lancée par la DGS en 2013- ayant pour objet de soutenir des actions de prévention des IST (hors VIH) et de l'hépatite B auprès des HSH et des prostitués de moins de 30 ans. (65)

Principaux résultats remarquables :

NB : les nombres cités ci-après correspondent au pourcentage de répondants à chaque question et non pas au pourcentage de répondants au questionnaire entier.

- "Avoir déjà entendu parler de la maladie" :

Plus de 87 % des répondants ont déjà entendu parler de la syphilis et de l'hépatite B, infections qu'on peut considérer comme "populaires", contre 61 % pour les chlamydioses urogénitales qu'on peut donc considérer comme plus confidentielles. Les patients ont été informés de ces trois maladies de diverses façons dans des proportions comparables pour chacune de ces façons (internet, télévision, brochures...) Une campagne internet, menée par l'INPES en 2012, a porté sur le dépistage des chlamydioses. Une thèse de médecine menée en Gironde en 2012 (66) n'avait pas mis en évidence de différences significatives entre le nombre de dépistages de chlamydioses effectués avant et après cette campagne. Nos résultats suggèrent qu'elle a également été peu utile pour le seul fait d'avoir entendu parler de cette maladie (via internet notamment).

- Causes de la maladie :

L'immense majorité des répondants pensent qu'elles sont dûes à un pathogène infectieux. La proportion de répondants ayant mis au moins une bonne réponse est de 67,5 % pour l'hépatite B, de 49,7 % pour les chlamydioses et de 40,4% pour la syphilis (ils sont même 34 % à penser que la syphilis est causée par un virus). Ces résultats me semblent satisfaisants pour l'hépatite B mais faibles pour la syphilis. Il y a très peu de réponses "loufoques".

- Modes de transmission :

Les résultats sont superposables pour les trois maladies ; les rapports vaginaux sont considérés comme à risque de transmission par entre 71% et 83% des répondants ; pour les sodomies : entre 51 et 63 %. Un nombre important de patients ne penseraient donc pas courir de risque vis à vis de ces maladies s'ils avaient ce type de rapports.

Les modes de transmission "spécifiques" à chaque maladie (fellation pour la syphilis, TME pour l'hépatite B et la syphilis, contact avec les objets pour l'hépatite B) ne sont pas plus cochés en regard de ces maladies, hormis pour la transmission par toxicomanie IV ou sniff qui est citée par 66,4% des répondants contre 34 % pour les deux autres maladies.

- Moyens de prévention :

Hormis pour la vaccination et l'absence de toxicomanie qui sont cités de nombreuses fois dans les modes de protection contre l'hépatite B, les résultats sont comparables pour les trois maladies. La proportion de gens considérant comme inévitable ces transmissions est très faible (<5%), mais on ne retrouve pas complètement cette possible évitabilité de la transmission dans les moyens détaillés. Le caractère protecteur du préservatif lors des rapports vaginaux est cité dans 71 à 82 % des cas et pour les sodomies dans 61 à 75% des cas. Cette question est particulièrement importante ; en effet, le plan national de lutte contre le VIH et les IST 2010-2014 rappelle que "la prévention de l'infection, dans tout type de relations sexuelles entre partenaires occasionnels s'appuie d'abord sur l'utilisation du préservatif".

La diminution du nombre de partenaires n'est considérée comme efficace que par 38 à 43% des répondants. Il aurait été intéressant de s'intéresser au fait que les patients pensant que ces maladies ne se préviennent pas de cette façon pensent que le préservatif et la diminution du nombre de partenaires protègent contre d'autres maladies (VIH, gonococcie...). Très peu de répondants (moins de 4%) pensent que le recours à la médecine traditionnelle est efficace.

- Symptômes possibles :

Dans cette question, il existe des différences notables de réponses entre les maladies. En effet, alors que la moitié des répondants pensent à tort que l'hépatite B et les chlamydioses sont toujours symptomatiques, ils sont 70 % à le penser pour la syphilis. Ces résultats sont inquiétants car, en toute logique, ces patients ne demanderont jamais à être dépistés. Il incombe donc aux médecins de proposer ces dépistages en fonction du contexte. Même si la proportion de patients pensant que les deux maladies ayant possiblement des manifestations génitales reste faible, il est satisfaisant de constater que la syphilis est trois fois plus souvent considérée comme pouvant avoir une expression génitale que l'hépatite B (70% vs 25%).

Regrettons que seulement neuf patients soient capables de répondre à la question ouverte "Quelles sont les autres symptômes causées par ces maladies?".

- Conséquences possibles :

Ici encore, les réponses sont mauvaises, avec une forte minimisation des conséquences possibles et l'absence relative de différence de réponses entre les maladies. En effet, seulement 41% des répondants savent que les chlamydioses peuvent entraîner une stérilité chez la femme, et chose inquiétante, ils sont presque autant à penser la même chose pour l'homme et pour la syphilis. Ces bonnes réponses sont-elles le fruit du hasard ? La chronicisation n'est évoquée que par à peine 30 à 45 % des patients ; encore une raison de penser que les patients vont peu demander un dépistage de ces maladies.

- Prélèvements indispensables au diagnostic

Affirmation satisfaisante : la majorité reconnaît la nécessité de recourir à une prise de sang pour établir le diagnostic de la syphilis (67,15%) et de l'hépatite B (91%). Gageons que les patients ont confiance dans ce moyen diagnostique invasif.

- Impression d'avoir pris des risques :

Ils sont entre 39 et 49% à estimer avoir pris des risques vis à vis de ces maladies. En 2012, la proportion de consultations du CDAG se terminant par une recherche de VIH était de 79,6%. On peut donc penser qu'ils étaient à peu près autant à avoir pris des risques vis à vis du VHB, de CT et de la syphilis.

- Disponibilité des préservatifs :

Elle est bien connue de cet échantillon (85%). A noter que des préservatifs sont mis à disposition gratuitement au CDAG de St Denis.

Études en sous populations

Notre objectif secondaire était de chercher des différences de réponses selon l'appartenance des patients à un sous groupe socio-démographique.

Nous avons pu constater quelques différences statistiquement significatives dans les réponses données par certaines personnes d'une même catégorie sociale ou démographique, mais ces différences étaient très peu nombreuses et absolument pas pertinentes (par exemple : les personnes ayant obtenu un diplôme compris entre Bac et Bac +3 considèrent plus le préservatif comme un moyen de prévention des chlamydioses dans les rapports anals que ceux ayant Bac + 5 ou n'ayant pas le bac, ou la proportion de célibataires à penser que l'hépatite B est une bactérie est statistiquement inférieure à celle des personnes en couple, mais cela n'est plus vrai pour les chlamydioses ou la syphilis (absence de différence significative). Ainsi, il ne se dégage pas de tendance de connaissances différentes pour un sous-groupe par rapport aux autres sous groupes. Le faible effectif initial était très handicapant pour faire des sous groupes. La puissance de nos tests statistiques était donc faible.

Biais et limites de l'étude

- biais inhérents au recueil par auto-questionnaire :

Le fait qu'il s'agit d'un questionnaire auto-administré (auto-questionnaire) empêche d'avoir une discussion avec le patient pendant le remplissage des questionnaires, ce qui pourrait parfois être utile pour souligner des incohérences dans les réponses, préciser des questions éventuellement mal comprises par les patients (par exemple il est possible que certains confondent transmission génétique du VHB avec TME)...

Par rapport à un questionnaire rempli avec un enquêteur, l'auto-administration permet plus facilement au patient de répondre « à la va-vite » en ayant peu réfléchi à ses réponses.

Vue la formulation des questions, l'absence de cochage d'une case devait signifier la réponse « non », mais il est possible que certaines personnes ignorant la réponse se soient abstenus de répondre et que j'ai considéré ce défaut de réponse comme un « non ». Cependant quand le nombre d'absence de réponse était important, a fortiori quand il s'agissait de questions se suivant dans le questionnaire j'ai considéré que le patient s'était abstenu de répondre.

Notons que les études comprenant un questionnaire avec collecte par contact humain (hétéro-évaluation) ne sont pas dénuées de biais (suggestion des réponses par l'enquêteur, défaut de formation de l'enquêteur...)

- Biais de sélection :

L'échantillon de l'étude est varié. En effet, on retrouve des personnes différentes en terme de sexe, de lieu d'habitation, de situation familiale, de niveau d'études et d'emploi. Néanmoins, en aucun cas cet échantillon ne peut être considéré comme représentatif de la population réunionnaise et encore moins de la population française. La population du CDAG a-t-elle plus de connaissances que la population générale du fait qu'elle consulte et qu'elle s'intéresse plus aux IST ou, au contraire, s'agit-il d'une population qui consulte car elle a pris plus de risques que la population générale car elle avait moins de connaissances ?

- faible proportion de répondants :

En 2013, le CDAG de St Denis a fait 1606 consultations dans les murs du CHU. Nous ne pouvons pas encore savoir précisément combien de consultations ont été faites cette année. En considérant que la fréquentation a été identique en 2014 et qu'elle est constante tout au long de l'année, on peut estimer le nombre de patients ayant consulté pendant la période du recueil à 403. Il y aurait donc eu seulement 41,7% de répondants.

- Biais méthodologiques :

Répondre à l'ensemble du questionnaire est assez court, mais il présentait de très nombreuses questions (huit d'ordre socio-démographiques, 51 par pathologie et une sur la disponibilité des préservatifs). Il est possible que certains patients se soient lassés devant le nombre important de réponses à donner et qu'ils aient répondu de façon plus « distraite » sur la fin du questionnaire (effet de primauté dû à un biais de compliance ou biais de réponse). Le taux d'achèvement et le taux de remplissage sont affectés par cette notion.

- Biais d'autosélection / biais de non-réponses :

Le taux de réponse oscille entre 70 et 83 % pour la plupart des questions. Les non répondants ont-ils des connaissances différentes (moins bonnes) que les répondants ?

- Biais de réponse :

Le fait que l'étude se déroule dans un centre s'occupant d'IST a peut-être suggéré aux gens que ces pathologies étaient sexuellement transmissibles.

Certaines personnes donnaient des suites de réponses illogiques ou incohérentes comme par exemple le fait qu'elles disaient ne pas savoir comment se transmet une maladie mais énonçaient des moyens de préventions de cette même maladie, ou alors le fait que certains citaient les mêmes modes de transmission pour deux maladies, mais pensaient avoir pris des risques concernant une seule des deux maladies. Des répondants pensent qu'une même maladie a plusieurs causes (par exemple les chlamydioses seraient dues à une bactérie et un champignon).

Il est possible que certaines personnes se soient tout simplement trompés en cochant une réponse (croix mise au mauvais endroit)

Peut-être, certains répondants ont oublié ou confondu la façon dont ils ont entendu parler d'une maladie et ont donc donné une réponse erronée à la question « Où avez-vous entendu parler de cette maladie ? »

Notons que quelques patients ont donné les mêmes réponses (ou presque) concernant les trois maladies.

Comparaison à d'autres travaux

Une étude a été menée en Alsace entre septembre et novembre 2012 auprès des usagers de drogue (principalement héroïne) pour évaluer leurs connaissances des mode de transmission de l'hépatite B (67). Elle a consisté en l'analyse d'auto-questionnaires (n=328). Les principaux modes de transmission du VHB étaient connus par les usagers : 93% déclaraient une contamination par le sang (vs 66% par toxicomanie dans notre étude), 82% par la voie sexuelle (74% dans notre étude) et 58% par la voie materno-foetale (46,7% dans notre étude) ; cependant, 33% déclaraient une transmission possible par voie alimentaire (3,2% dans notre étude) . Seuls 29% des usagers ont répondu correctement à l'ensemble des cinq propositions relatives aux modes de transmission. Cependant les questions étaient formulées différemment dans cette étude par rapport à la notre.

Une étude a été menée entre décembre 1999 et mai 2000 dans le Rhône auprès de personnes précaires (sans domicile fixe, toxicomanes, étrangers en situation irrégulière...) (68). Elle a permis le recueil de 1609 questionnaires à questions ouvertes portant sur leurs connaissances à propos de l'hépatite B. Les moyens de dépistage étaient connus pour 34,5 % des personnes précaires.

Les modes de transmission étaient inconnus dans 46 % des cas. Il était noté 15,4 % de réponses fausses pour les moyen de prévention. La vaccination contre le VHB était citée par 38,7 % des répondants.

Près de 8 % des interrogés estimaient que le VHB se transmet par les aliments et 9 % pensaient que le VHB peut être dépisté par l'existence de symptômes cliniques mis en évidence par un examen médical.

Voici les résultats d'une étude présentée en 2010, portant sur les connaissances de 501 patients du CDAG-CIDDIST de Limoges et menée par auto-questionnaires (69):
La fellation n'est pas considérée comme à risque de transmission de la syphilis par 35 % des répondants (42% dans notre étude).

Dans 75 % des cas, la salive est ignorée comme moyen de transmission de l'hépatite B (77,3% dans notre étude). Ils étaient 50 % à penser que le VHB et la syphilis ne sont pas des IST (26,3% et 18,2% dans notre étude). Le vaccin contre le VHB est connu par 84% des usagers (73,6% dans notre étude). Les jeunes et les femmes semblent mieux informés alors que cette différence n'a pas été objectivée statistiquement dans notre étude.

Réflexions et Perspectives

Au cours de la saisie du recueil de données, j'ai pensé qu'il aurait pu être intéressant d'ajouter certaines questions ; par exemple, peut-être aurions nous dû poser la question de la préférence sexuelle (hétérosexualité, homosexualité, bisexualité) pour voir s'il existe une différence de réponses selon cette préférence sexuelle, mais le faible effectif attendu de personnes homo ou bisexuelles n'aurait probablement pas permis de mettre en évidence de différence. Peut-être aurions nous dû également poser la question aux patients de l'existence d'un traitement efficace ?

L'étendue de l'ignorance des patients de notre étude à propos de ces IST (et de toutes les IST en général ?) fait entrevoir un grand champ de travail pour les médecins cliniciens et les soignants en général, mais aussi pour les personnes travaillant dans la santé publique : celui de l'éducation de la population à propos des IST et des moyens de s'en prévenir.

CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire la population consultant au CDAG : elle est jeune, mixte, en couple ou célibataire, avec de nombreuses professions représentées. Les patients sont le plus souvent nés à La Réunion mais il existe une forte représentation des natifs de la métropole.

Si les patients, dans leur grande majorité, ont déjà entendu parler de l'hépatite B et de la syphilis (dans une moindre mesure des chlamydioses uro-génitales), leurs connaissances des modes de transmission et des moyens de prévention de ces maladies sont mauvaises; elles sont très mauvaises pour ce qui concerne la symptomatologie et les conséquences possibles. Moins d'un patient sur deux pense avoir eu un rapport à risque de contamination.

Sur ce petit échantillon, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative pertinente des connaissances des maladies par les patients en fonction de leurs appartenance à une catégorie socio-démographique.

Ces données sont comparables à ce qui a déjà été observé dans la littérature médicale.

Ces résultats sont inquiétants dans le contexte actuel de recrudescence des IST et de reprise des comportements à risque, avec comme conséquence une lourde morbidité.

Les pouvoirs publics, sous l'impulsion de rapports scientifiques et d'instances nationales, semblent avoir compris la gravité du problème mais les actions d'information du grand public semblent actuellement insuffisamment efficaces.

Espérons que le constat fait dans ce travail permettra aux acteurs de soins (médecins généralistes, personnels des futurs centres de santé sexuelle...) de mieux prendre conscience du manque de connaissances des patients à propos de ces IST et qu'ils délivreront des messages d'information permettant de ralentir ces épidémies.

RÉFÉRENCES

1. République française. Ministère de la santé et des sports. plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010/2014. Novembre 2010. 266 p.
Disponible à l'url : www.sante-sports.gouv.fr
2. République française. Ministère de la santé et des sports. plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010/2014 en direction des populations d'outre-mer. Novembre 2010. 58 p.
Disponible à l'url : www.sante-sports.gouv.fr
3. Petit MA, Trépo C. Virologie de l'hépatite B. EMC - Hépatologie 2014;9(2):1-18 [Article 7-015-B-30].
4. Organisation mondiale de la Santé. Hépatite B. Aide mémoire n° 204. Juin 2014
Disponible à l'url : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/fr/>
5. Collège des universitaires de maladies infectieuses et tropicales. e-Pilly TROP. Chapitre 86 hépatite virales. Paris : éditions Alinéa plus ; 2012. p.630-43
Disponible à l'url :
<http://www.infectiologie.com/site/medias/enseignement/ePillyTROP/ePillyTROP.pdf>
6. CMIT. ECN Pilly 2014. Item n°83 : hépatites virales. Anomalies biologiques chez un sujet asymptomatique. 7p.
Disponible à l'url : <http://www.infectiologie.com/site/ECN-pilly.php>
7. AFEF, ANRS. Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport des recommandations 2014 sous la direction du Pr Dhumeaux et sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Paris : éditions EDK/groupe EDP sciences. 2014. p.1-18, 199-234
Disponible à l'url:
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf
8. INVS. Cire Océan Indien. Surveillance des hépatites B et C à la Réunion, 2010-2012 Point épidémiologique - N° 17 du 16 mai 2014
Disponible à l'url:
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Ocean-Indien/2014/Surveillance-des-hepatites-B-et-C-a-la-Reunion-2010-2012>
10. Pioche C, Brouard C, Pillonel J, Septfons A, Le Vu S, et al. Indicateurs régionaux de dépistage et de prévalence des hépatites B et C. France 2010-2012. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 8 p.
Disponible à l'url :
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2014/Indicateurs-regionaux-de-depistage-et-de-prevalence-des-hepatites-B-et-C>

11. Hézode C. Histoire naturelle de l'hépatite B. *Virologie* 2010, 14 (supplément 1) : S5-S11
12. Direction générale de la Santé, Comité technique des vaccinations. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2014. Saint Denis : Inpes. Mise à jour 15/05/2014 : 55p
Disponible à l'url : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf
- 13 Direction générale de la Santé, Comité technique des vaccinations.
Guide des vaccinations. Édition 2012. Saint-Denis : Inpes, coll. Varia, 2012 : 488 p
Disponible à l'url : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_des_vaccinations_edition_2012.pdf
14. Peuchant O, Cazanave C, de Barbeyrac B. Infections humaines à Chlamydiae. EMC- Maladies infectieuses 2012;9(4):1-19 [Article 8-037-A-10]
15. Organisation Mondiale de la Santé. Les maladies sexuellement transmissibles, 10 faits sur les maladies sexuellement transmissibles. Octobre 2008.
Disponible à l'url : http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/fr/index3.html
16. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2011. Reporting on 2009 surveillance data and 2010 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2011.
Disponible : http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1111_SUR_Annual_Epidemiological_Report_on_Communicable_Diseases_in_Europe.pdf
17. Warszawski J, Goulet V. Editorial: Dépistage systématique des infections à Chlamydia trachomatis : il est temps d'agir. *INVS BEH* 3 octobre 2006, n°37-38, numéro thématique : Chlamydia trachomatis : études de prévalence dans des structures médicales à vocation préventives.
Disponible à l'url : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/37_38/beh_37_38_2006.pdf
18. Goulet G, de Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Velter A, Semaille C, Warszawski J et le groupe CSF. Goulet V. Enquête nationale de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? *Bull Epidemiol Hebd* 2011;12.
Disponible à l'url : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=6966
19. INVS Bulletin des réseaux de surveillance des IST. Données au 31/12/2012. INVS 03/01/2014.
Disponible à l'url : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>
20. Bernier C, Coste M, Bonnet B *Annales de Dermatologie et de Vénérologie*
Volume 139, Issue 12, Supplément, Décembre 2012, Pages B100–B110, Elsevier, Infections à *Chlamydia trachomatis* : faut-il dépister les hommes asymptomatiques ?
Disponible à l'url : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annder.2012.10.114>

21. Elia S, Le Hen I, De Barbeyrac B, Salort Y, Bertrand-Salles I, Normandin F Dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* au CDAG-CIDDIST de Bordeaux, Octobre 2013, Pages S277 Congrès International ADELFF-SFSP "Santé publique et prévention", Bordeaux, 17-19 octobre 2013.

Disponible à l'url : <http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.07.237>

22. Association Rivage. Dossier Chlamydiae. Journal des acteurs de la santé sexuelle. Édition du 1 juin 2011, encarté dans Le Journal.

Disponible à l'url :

<http://www.association-rive.org/wp-content/uploads/2010/06/RIVAGEchlamydiaemel.pdf>

23. Rapport COREVIH Réunion 2013. 30 p.

24. HAS. Synthèse de rapports d'évaluation de technologie de la santé. Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydia Trachomatis*. Synthèse. Juillet 2010.

Disponible à l'url :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/synthese_chlamydia_trachomatis.pdf

25. HAS. Diagnostique biologique de l'infection à *Chlamydia Trachomatis*. Avis sur les actes. Juillet 2010.

Disponible à l'url :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/chlamydia_-_document_davis.pdf

26. Société française de documentation et de recherche en médecine générale. Quel dépistage pour les infections à *Chlamydia Trachomatis* ? Bibliomed. Numéro 592 du 24 juin 2010.

Disponible à l'url :

http://www.unaformec.org/publications/bibliomed/592_Quel_depistage_pour_les_IST_a_Chlamydia_trachomatis.pdf

27 . INPES. Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), information et ressources pour les professionnels de santé, mai 2011. inpes. 12 p.

Disponible à l'url : <http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1323.pdf>

28. Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A, Atherton H, Hay S, Taylor-Robinson D *et al.* Randomised controlled trial of screening for *Chlamydia trachomatis* to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. *BMJ* avril 2010 ; 340:c1642.

Disponible à l'url : <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c1642>

29. AFSSAPS Mise au point, Traitement antibiotique probabiliste des urétrites et cervicites non compliquées. Actualisation octobre 2008.

Disponible à l'url :

http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2008-uretrites-afssaps.pdf

30. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 . MMWR 2010;59 p44-48

Disponible à l'url : <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5912.pdf>

31. Marguerite Fines. *Treponema pallidum*. EMC - Biologie médicale 2005:1-0 [Article 90-05-0285].

32. Organisation mondiale de la santé . L'élimination mondiale de la syphilis congénitale : raison d'être et stratégie 2009. Genève: OMS; 2009. 48 p.

Disponible à l'url : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242595857_fre.pdf

33. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2012. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2013.

Disponible à l'url :

<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Annual-Epidemiological-Report-2012.pdf>

34. Bouyssou A, Janier M, Dupin N, Alcaraz I, Vernay-Vaïsse C, Basselier B *et al.* La syphilis en France : analyse des données de surveillance sur 10 ans 2000-2009. Saint Maurice : INVS ; Juillet 2011 BEH n°26-27-28/2011, Numéro thématique - Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance. 28 p. p 295-298.

Disponible à l'url :

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-26-27-28-2011>

35. La Ruche G *et al.*, Epidémiologie actuelle des Infections sexuellement transmissibles bactériennes en France, Presse Med (2013),

Disponible à l'url : <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2012.09.022> .

36. InVS . Bulletins des réseaux de surveillance des IST. Données au 31 décembre 2012 Saint-Maurice : InVS. 01/2014.

Disponible à l'url :

<http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles-IST/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>

37 .CIRE Océan Indien. ARS OI. InVS. Point épidémiologique RésIST Réunion n° 23 du 24 mai 2011. Saint-Denis : CIRE OI. 05/2011.

Disponible à l'url :

<http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/ResIST-Reseau-de-Surveillance.100039.0.html>

38. Nicolay N, Gallay A, Michel A, Nicolau J, Desenclos JC, Semaille C. Reported cases of congenital syphilis in the French national hospital database. Euro Surveill. 2008;13(50):pii=19062.
Disponible à l'url : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19062>

39. ARS OI. InVS. Buletin de veille sanitaire n° 6-2010 numéro spéciale syphilis à La Réunion. Saint Denis : ARS OI. 2010.
Disponible à l'url : <http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Archives.128789.0.html>

40. Janier M., Caumes E. Syphilis. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Maladies Infectieuses, 8-039-A-10, 2011, Dermatologie, 98-445-A-10, 2012.

41. Martel P, Bianchi A, Hirtzlin I, Semaille C, Michel A, Barbier F, *et al.* Recommandations en santé publique. Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. HAS. Mai 2007. 30 p.

Disponible à l'url :
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/synthese_evaluation_a_priori_du_depistage_de_la_syphilis_en_france_2007_07_02_12_22_51_493.pdf

42. Tattevin P, Janier M, Caumes E, Poincignon Y, Arvieux C, Dupin, Communiqués de la SPILF, de la SFD, du CMIT et de la SFLS : alternatives pour le traitement des syphilis non neurologiques dans un contexte de rupture de stock de benzathine pénicilline +/- doxycycline. 10/02/2014. 2 p.

Disponible à l'url :
<http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-traitement-syphilis.pdf>

43. Morlat P, (Dir.). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013. Paris: La Documentation Française ; 2013. 478 p. p 271-273

Disponible à l'url :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf

44. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010, 59:1-110

45. Nguyen-Thanh V., Haroutunian L, Lamboy B. Les dispositifs efficaces en matière de prévention et d'aide à distance en santé : une synthèse de littérature. Saint-Denis : Inpes, mars 2014 : 38 p.

Disponible à l'url : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1536.pdf>

46. Kersaudy-Rahib D , Lamboy B, Haroutunian L, Clément J. Interventions efficaces en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) auprès des jeunes et des adultes. Une synthèse des connaissances – Résultats saillants. Saint-Denis : Inpes, octobre 2012 : 9 p.

Disponible à l'url : <http://www.inpes.sante.fr/evaluation/pdf/synthese-ist.pdf>

47. Kersaudy-Rahib D , Clément J, Lamboy B, Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature , Santé Publique, 2013/N°1 Suppl. S1, p. 13-23.
Disponible à l'url :
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-13.htm>
48. Livre d'enseignement de CAP, module prévention santé environnement. Edition Foucher. 2009.
- 49 République française. Ministère de l'Éducation nationale. Programmes du collège. Programmes de l'enseignement de sciences de la vie et de la Terre. Bulletin officiel spécial n° 6 du 28 août 2008.
Disponible: http://cache.media.education.gouv.fr/file/special_6/52/9/Programme_SVT_33529.pdf
50. République française. Ministère de l'éducation nationale. Programmes des classes de première L, ES et S. Programmes de l'enseignement de sciences de la vie et de la Terre. Bulletin officiel spécial n° 9 du 30 septembre 2010.
Disponible aux url :
http://cache.media.education.gouv.fr/file/special_9/21/5/sciences_155215.pdf
et http://cache.media.education.gouv.fr/file/special_9/21/9/SVT_155219.pdf
51. République française. Ministère de l'Éducation nationale. Programmes du bac professionnel. Programmes de l'enseignement de Prévention Santé Environnement. Bulletin officiel spécial n° 2 du 19 février 2009.
Disponible:
http://cache.media.education.gouv.fr/file/special_2/25/5/prevention_sante_environnement_44255.pdf
52. VIH Counseling. Les bases du counseling. 2002.
Disponible à l'url :<http://www.counselingvih.org/fr/definition/definitions.php>
53. Circulaire DGS/DH/DSS n°98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine. Texte non paru au Journal officiel.
Disponible à l'url :
<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-30/a0301930.htm>
54. République française. Loi du 13 août 2004 modifiée relative aux libertés et responsabilités locales. Version consolidée au 01 janvier 2013.
Disponible à l'url :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000804607>
55. Arzac P . Actualités sur la fusion des CDAG-CIDDIST. Formations de la société française de lutte contre le sida. 25-26/11/2012 ; Marseille.
Disponible à l'url : http://www.sfls.aei.fr/userfiles/file/CDAG_CIDIST.pdf

56. Conseil national du sida. Rapport suivi de recommandations sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France. CNS 16/11/2006. 17p.
Disponible à l'url : <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article263>
57. Cazein F, Le Strat Y, Pillone J , *et al* , Institut national de Veille Sanitaire. Numéro thématique – L'infection à VIH-sida en France en 2009-2010 : découvertes de séropositivité, admissions en ALD et pathologies inaugurales de sida BEH, n° 43-44, 29 novembre 2011. p. 446-5
Disponible à l'url :
<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-n-43-44-2011>
58. D.Jourdain Menninger. G Lecoq. Evaluation de la mise en oeuvre de la recentralisation de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles (IST). Inspection générale des affaires sociales. Août 2010 .
Disponible à l'url :
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000044/0000.pdf>
59. Le Vu S , Semaille C .InVS. Dépistage anonyme et gratuit du VIH. Profil des consultants de CDAG en 2004. Enquête épidémiologique transversale ; 2006.
Disponible à l'url : http://www.invs.sante.fr/publications/2006/cdag_nov_2006/cdag_nov2006.pdf
60. Yeni P, Bourdillon F, Couteron J-P , *et al* . Conseil national du sida. Note valant avis sur les conditions de la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles, 1/10/2012.
Disponible à l'url : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2012-09-13_avi_fr_depistage.pdf
61. Observatoire Régionale du Sida île-de-France. Groupe KABP. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH / sida en Ile-de-France en 2010. Situation en 2010 et 18 ans d'évolution . ORS île-de-France, groupe KABP 12/2011.
Disponible à l'url : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/rapport_KABP_2011.pdf
62. Beltzer N, Wu-Zhou X, Vongmany N, Grémy I Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France. Evolutions 1992 – 1994 – 1998 – 2001– 2004. Etude Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) KABP. 11/2005.
63. République française. Code de la sante publique (art. L. 3121-2 et L. 3121-2-1) 09/2009.
64. République française. Arrêté du 8 juillet 2010 fixant les conditions de la levée de l'anonymat dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit et dans les centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles. JORF n°0166 du 21 juillet 2010 page 13459 texte n° 46.
Disponible à l'url :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022502881&dateTexte=&categorieLien=id>

65 . République française. Ministère des affaires sociales et de la santé, direction générale de la santé. Appel à projets 2013, Prévention des IST dont l'hépatite B en direction des jeunes en situations de vulnérabilité : HSH et jeunes qui se prostituent. Août 2013. 7 p.

66 . Loustau P. Impact de la campagne menée par l'Inpes en matière de dépistage des infections uro-génitales à Chlamydia Trachomatis en Gironde [Thèse]. France : Université Victor Segalen-Bordeaux II ; 2014. 76 p.

Disponible à l'url : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00955797>

67 . Di Nino F, Imbs JL, Melenotte GH, le Réseau RMS, Doffoel M. Progression de la couverture vaccinale vis-à-vis de l'hépatite B chez les usagers de substances psychoactives suivis par le Réseau des microstructures médicales d'Alsace, 2009-2012. Bull Epidémiol Hebd. 2014;(11): 192-200.

Disponible à l'url :

http://www.invs.sante.fr/beh/2014/11/2014_11_2.html

68 . Sahajian F, Voirin N, Vanhems P, Fabry J. Connaissances des populations précaires à propos des hépatites virales B et C. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique Vol 53, N° 1 - février 2005 pp. 25-42

69 . P.Pinnet, E. Denes, H. Durox, S.Roubertou, C.Genet, J-P. Rogez, P.Weinbreck. Connaissances des Infections Sexuellement Transmissibles par 501 consultants d'un CDAG-CIDDIST. Médecine et maladies infectieuses 40 (2010) 44-53.

ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE A PROPOS DE 3 MALADIES

Merci de répondre à ce questionnaire de la façon la plus sincère et complète possible.

IL EST ANONYME. VOUS N'ÊTES PAS OBLIGÉS D'Y RÉPONDRE.

Il a pour but la réalisation d'une thèse de doctorat en médecine dont le sujet est : "les connaissances des patients consultant au CDAG de Saint-Denis à propos de l'hépatite B, de la syphilis et des chlamydioses uro-génitales".

Après avoir répondu à ce questionnaire, veuillez le déposer dans l'urne située dans la salle d'attente.

Merci d'avance.

Julien Cuziat, interne en médecine générale.

Données socio-démographiques

Êtes-vous un homme ou une femme?

Quel âge avez-vous ?

Où êtes-vous né(e)? Réunion / Métropole / Autre

Dans quelle ville habitez-vous?

Quelle est votre profession?

Si vous n'avez pas d'emploi, êtes-vous : étudiant ? Au RSA ? Au chômage (de quelle profession?)

Autre : précisez

Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu?

Quelle est votre situation familiale ? : marié/ pacsé/ célibataire/ vie en concubinage/ en couple n'habitant pas ensemble/ divorcé/ veuf .

Avez-vous déjà entendu parler de ces maladies?

CHLAMYDIOSE	OUI/NON	HÉPATITE B	OUI/NON	SYPHILIS	OUI/NON
-------------	---------	------------	---------	----------	---------

Si oui, à quel endroit?

Cochez les cases correspondant aux endroits où vous en avez entendu parler pour chaque maladie.

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
Télévision			
Radio			
Journaux/magazines			
Internet			
Affiches dans la rue			
A l'école			
Par des soignants (médecin, infirmière..)			
Par des amis			
Par des brochures d'informations			
Je ne sais plus où			
Autres : précisez			

Quelle est la cause de la maladie?

Cochez la case correspondant à votre réponse pour chaque maladie.

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
Virus			
Bactérie			
Champignon			
Tumeur			
Mauvaise alimentation			
Génétique			
Autre : précisez			
Ne sais pas			

Comment peut-on attraper la maladie?

Pour chaque maladie, cochez les cases correspondant à un mode possible de transmission.

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
Spontanément (sans contact direct avec une personne infectée)			
En touchant des objets ayant été en contact avec une personne infectée			
Par des caresses			
Par des baisers			
Par un rapport vaginal			
Par un rapport anal (sodomie)			
Par une fellation			
Par un cunnilingus			
Par un anulingus			
En échangeant du matériel d'injection ou de sniff (toxicomanie)			
En ayant un rapport avec un partenaire vierge			
Le fœtus peut se contaminer pendant la grossesse ou l'accouchement			

Quels sont les moyens de prévention?

Pour chaque maladie, cochez les cases permettant d'éviter la transmission.

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
Impossible à éviter			
Préservatif lors des pénétrations vaginales			
Préservatif lors des fellations			
Préservatif lors des rapports anals			
Limitation du nombre de partenaires			
En se faisant vacciner contre cette maladie			
Grâce à la médecine traditionnelle (tisanes, féticheur...)			
En évitant la toxicomanie			

Quels sont les symptômes possibles?

Pour chaque maladie, cochez les cases correspondant aux symptômes que la maladie peut provoquer.

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
On peut ne pas avoir de symptômes (maladie silencieuse)			
Symptômes au niveau des organes génitaux (démangeaison, écoulement, douleur)			
Autres : précisez			

Quelles sont les conséquences possibles?

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
La maladie devient chronique			
Stérilité de l'homme			
Stérilité de la femme			
Cirrhose et cancer du foie			
Le décès			

Pour diagnostiquer la maladie :

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
Une prise de sang est indispensable			
Une analyse d'urine ou un prélèvement vaginal est indispensable			

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
Pensez-vous avoir eu des rapports à risque concernant ces maladies ?			

Savez-vous où peut-on se procurer des préservatifs gratuitement ou à faible coût (moins de 0,50 € pièce) ? Préciser (pharmacie, supermarché...)

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire.

Vous pouvez désormais consulter la feuille concernant toutes les infections sexuellement transmissibles (IST) et ces trois maladies (fiche et brochures disponibles au niveau de la salle d'attente). Vous pouvez également poser vos questions concernant les IST au personnel soignant du CDAG-CIDDIST.

ANNEXE 2 : RÉPONSES AU QUESTIONNAIRE

Quelle est la cause de la maladie?

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
Virus		X	
Bactérie	X		X
Champignon			
Tumeur			
Mauvaise alimentation			
Génétique			
Autre : précisez			

Comment peut-on attraper la maladie?

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHILIS
Spontanément (sans contact direct avec une personne infectée)			
En touchant des objets ayant été en contact avec une personne infectée		Oui, si contact avec le sang	
Par des caresses			Oui , en présence de lésions
Par des baisers		Oui, si mêlés de sang	Oui, si lésions buccales
Par un rapport vaginal	X	X	X
Par un rapport anal (sodomie)	X	X	X
Par une fellation	X		X
Par un cunnilingus	X		X
Par un anulingus	X		X
En échangeant du matériel d'injection ou de sniff (toxicomanie)		X	X
En ayant un rapport avec un partenaire vierge		Oui, s'il s'est contaminé par voie non sexuelle	Oui, s'il s'est contaminé par voie non sexuelle
Le fœtus peut se contaminer pendant la grossesse ou l'accouchement	X(manifestations ophtalmologiques)	X	X

Quels sont les moyens de prévention?

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHYLIS
Impossible à éviter			
Préservatif lors des pénétrations vaginales	X	X	X
Préservatif lors des fellations	X		X
Préservatif lors des rapports anals	X	X	X
Limitation du nombre de partenaires	X	X	X
En se faisant vacciner contre cette maladie		X	
Grâce à la médecine traditionnelle (tisanes, féticheur...)			
En évitant la toxicomanie		X	X

Quels sont les symptômes possibles?

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHYLIS
On peut ne pas avoir de symptômes (maladie silencieuse)	X	X	X
Symptômes au niveau des organes génitaux (démangeaison, écoulement, douleur)	X		X

Quelles sont les conséquences possibles?

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHYLIS
La maladie devient chronique	X	X	X
Stérilité de l'homme			
Stérilité de la femme	X		
Cirrhose et cancer du foie		X	
Le décès		X	X

Pour diagnostiquer la maladie :

	CHLAMYDIOSE	HÉPATITE B	SYPHYLIS
Une prise de sang est indispensable		X	X
Une analyse d'urine ou un prélèvement vaginal est indispensable	X		

ANNEXE 3 : FICHE INFORMATIVE A PROPOS DE QUELQUES IST

La syphilis, l'hépatite B et les chlamydioses uro-génitales sont des Infections Sexuellement Transmissibles (IST ou MST). Elles se transmettent donc par voie sexuelle (pénétration vaginale ou anale), tout comme le VIH/SIDA, les gonococcies, l'herpès génital, certains virus HPV ou dans une moindre mesure l'hépatite C.

Toutes les IST sont dues à des microbes (virus, bactéries ou parasites).

Certaines IST peuvent se manifester par des symptômes divers, mais elles peuvent toutes être asymptomatiques (maladies silencieuses).

Certaines IST peuvent se transmettre par fellation ou par d'autres moyens, par exemple pendant la grossesse ou l'accouchement ou lors de contact avec le sang en cas d'échange de matériel d'injection ou de sniff ou lors d'échange de matériel de la vie courante comme les rasoirs, brosse à dent, ciseaux...

Les actions qui ne sont pas à risque de transmission : le contact avec les objets et les baisers (en l'absence de sang), l'alimentation, les tumeurs, la génétique ou d'autres facteurs.

La transmission sexuelle des IST peut être très diminuée grâce à la diminution du nombre de partenaires, grâce à la fidélité réciproque, ou par l'usage correct du préservatif à chaque rapport.

LA SYPHILIS

C'est une maladie qui se manifeste le plus souvent initialement par une ulcération indolore (appelée chancre) localisée au niveau de l'endroit ayant été en contact avec la bactérie (organes génitaux, anus, bouche), parfois associée à un ganglion. Cette lésion survient entre 10 et 100 jours après le rapport contaminant. Elle disparaît spontanément, faisant place à une éruption au niveau de la peau (plaques rouges ou dépigmentées). Ces lésions peuvent passer inaperçues.

Elle peut s'attraper au cours d'un contact direct avec la peau ou avec les muqueuses avec ces lésions, mais aussi par rapport oro-génital (fellation le plus souvent). Une transmission est également possible à l'enfant pendant la deuxième moitié de la grossesse.

Le diagnostic se fait par une prise de sang. Elle est proposée à toute personne la désirant et est systématique au sixième mois de grossesse.

Le traitement consiste la plupart du temps en une injection dans le muscle de l'épaule. Il est très efficace.

En l'absence de traitement, la syphilis peut entraîner des complications graves pouvant aller jusqu'au décès (rare).

L'HÉPATITE B

Il s'agit d'une maladie due à un virus qui atteint le foie. Dans sa forme aiguë elle peut être responsable d'ictère ("jaunisse") et de douleurs hépatiques (au niveau de la partie droite de l'abdomen). Dans sa forme chronique, elle peut être responsable de cirrhose ou de cancer du foie. Elle peut également être présente mais silencieuse. Elle entraîne un million de décès par an dans le monde.

Les modes de transmission sont : par pénétration sexuelle (en l'absence de préservatifs), transmission au nouveau né au cours de l'accouchement ou de l'allaitement en cas de non vaccination du nouveau né. Il peut également y avoir des transmissions par des objets de la vie courante s'ils sont souillés par du sang (micro saignements : ciseaux, rasoirs, brosse à dent...)

Le diagnostic se fait par une prise de sang. Il existe un dépistage systématique au cours du sixième mois de grossesse.

Il existe un traitement très efficace (comprimé) qui permet d'endormir le virus mais qui ne le fait pas disparaître ; le plus souvent il faut prendre ce traitement à vie. Il existe un vaccin qui permet d'éviter l'hépatite B (proposé à tous les enfants et à certains adultes).

LES CHLAMYDIOSSES URO-GÉNITALES

Ce sont des maladies dues à une bactérie : *chlamydia trachomatis*
La transmission se fait presque uniquement par voie sexuelle, en l'absence de préservatif.

Il en existe deux types :

La plus fréquente est le plus souvent silencieuse, mais est la cause de très nombreuses stérilités féminines, par atteinte des trompes de Fallope.

Elle est rarement en cause dans d'autres maladies (inflammation de l'urètre, du rectum ou autour du foie).

Le diagnostic se fait par prélèvement d'urine ou par écouvillon vaginal ou du col de l'utérus. Le traitement consiste en la prise d'un comprimé antibiotique, une seule fois. Il permet la guérison si les lésions des trompes de Fallope ne sont pas trop évoluées.

Le deuxième type : la lymphogranulomatose vénérienne = maladie de Nicolas Favre, est plus rare dans les pays industrialisés. Selon le mode de contamination elle se manifeste par une lésion au niveau buccale, génitale ou anale, associée à un gros ganglion.

LE VIH/SIDA

C'est une maladie causée par un virus. Les modes de transmission sont : par voie sexuelle (pénétration vaginale ou anale ou dans une moindre mesure par fellation), de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement ou par contact sanguin sur une peau lésée, par exemple par échange de matériel de toxicomanie.

Le préservatif protège des transmissions sexuelles.

Elle est souvent silencieuse.

Le diagnostic se fait par une prise de sang. Le dépistage doit se faire à chaque fois qu'il y a eu une nouvelle prise de risque, ou avant d'arrêter l'usage du préservatif dans le cadre d'une union fixe. Il doit être proposé au cours de la grossesse.

Bien qu'il existe actuellement des médicaments efficaces pour "endormir" la maladie, elle cause encore de très nombreux décès dans le monde entier (y compris dans les pays industrialisés).

Titre : Connaissances de 168 patients du CDAG de Saint-Denis de La Réunion à propos de l'hépatite B, de la syphilis et des chlamydioses uro-génitales.

Title : Knowledge of 168 patients of the CDAG of Saint-Denis (Reunion island) about the hepatitis B, the syphilis and uro-genital chlamydioses.

Résumé : La diminution du nombre de syphilis et de chlamydioses uro-génitales fait partie des objectifs du plan national de lutte contre les IST 2010-2014, notamment via l'information des populations. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des patients du CDAG de St Denis à propos de l'hépatite B, des chlamydioses et de la syphilis. 168 auto-questionnaires ont été recueillis entre le 22/4 et le 25/9/2014 au CDAG. Notre population est principalement jeune et a des caractéristiques socio-démographiques variées (âge, sexe, lieu de naissance, lieu d'habitation, niveau d'étude, professions, diplôme, situation familiale). Selon la maladie, les rapports vaginaux sont considérés comme dénués de risque de transmission par 17 à 29% des patients, dans 37 à 49% des cas pour les sodomies. Le préservatif est considéré comme protecteur dans 61 à 82% des cas et la réduction du nombre de partenaires dans 38 à 43% des cas. 50 à 70% des répondants pensent que ces IST sont toujours symptomatiques. Les conséquences à court et long terme sont mal connues. 39 à 49% des patients pensent avoir pris des risques à propos de ces IST. Nous n'avons pas mis en évidence de différences de réponses en fonction des profils socio-démographiques. Ces résultats sont mauvais et comparables à ce qui a été décrit dans la littérature médicale. Il faut renforcer l'information de la population concernant les IST.

Abstract : The decrease of the number of syphilis and uro-genital chlamydioses is a part of objectives of the national plan of fight against the STDs 2010-2014, especially thanks to the information of the populations. The main objective of this study was to estimate the knowledge of St Denis' anonymous and free screening unit's patients about the hepatitis B, chlamydioses and syphilis. Our population is mainly young and has varied sociodemographic characteristics (age, sex, place of birth, place of house, level of study, occupations, diploma, family situation). According to the disease, the vaginal relationships are considered as divested of risk of transmission by 17 to 29 % of the patients, the sodomy in 37 in 49 % of the cases. The condom is considered as protector in 61 in 82 % of the cases and the reduction of the number of partners in 38 in 43 % of the cases. 50 to 70 % of the respondents think that these STDs are always symptomatics. The short and long-term consequences are badly known. 39 to 49 % of the patients think of having taken the risks about these STDs. We did not highlight differences of answers according to the sociodemographic profiles. These results are bad and comparable to what was described in the medical literature. It is necessary to strengthen the information of the population concerning the STDs.

Discipline : Doctorat en médecine, spécialité médecine générale

MD, general specialiy

Mots-clés : Ile de la Réunion, CDAG, connaissances, IST, hépatite B, chlamydioses, syphilis.

Keywords: Reunion island, CDAG, knowledge, IST, hepatitis B, chlamydioses, syphilis.

Université Bordeaux 2, Victor Segalen, UFR des sciences médicales.