



Analyse des modalités et de l'offre de dépistage du VIH et des IST en médecine générale et en CeGIDD en Seine-Maritime

David Vautrin

► To cite this version:

David Vautrin. Analyse des modalités et de l'offre de dépistage du VIH et des IST en médecine générale et en CeGIDD en Seine-Maritime. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02016066

HAL Id: dumas-02016066

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02016066>

Submitted on 12 Feb 2019

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2019

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

David VAUTRIN

NE LE 25/04/1989 à ROUEN

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17 JANVIER 2019

ANALYSE DES MODALITES ET DE L'OFFRE DE DEPISTAGE DU VIH ET DES IST

EN MEDECINE GENERALE ET EN CEGIDD EN SEINE MARITIME

PRESIDENT DU JURY : MONSIEUR LE PROFESSEUR FRANCOIS CARON

DIRECTEUR DE THESE : MONSIEUR LE PROFESSEUR MANUEL ETIENNE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Pierre FREGER

ASSESSEURS :

Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie

Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologie
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie

Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoît MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale Mr Jean-François
MUIR (<i>urnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAIN	HCN	Ophtalmologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>disponibilité</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>urnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>urnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service Santé Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie

Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Sophie MOHAMED	Chimie Organique
---------------------------	------------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Marianne LAINE UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei FETISSOV (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A toi, Manuel, pour l'aide précieuse que tu m'as apporté lors de la direction de ce travail

A vous, Professeur CARON, pour m'avoir fait confiance et m'avoir confié un poste au sein de votre service

A tous les collègues du service de Maladies Infectieuses, avec qui c'est un plaisir de travailler.

A vous, Professeur MAUVIARD pour avoir accepté d'être membre du jury.

A toi Gérard, pour ton soutien et le plaisir que j'ai à travailler avec toi.

A toi, Stéphane, pour m'avoir appris l'exercice de la médecine générale et pour ton amitié

A vous, Philippe, Clément et Pierre-Hubert, mes collègues libéraux, pour votre soutien et votre bonne humeur

A mes parents Isabelle et Stéphane et mon frère, Nicolas, que j'aime tendrement et dont le soutien tout au long de ces années d'étude m'a été très précieux.

Table des matières

Remerciements	11
Liste des abréviations	14
Table des illustrations.....	15
Liste des Tableaux	15
Liste des figures	16
1. Introduction.....	18
2. Travail bibliographique	20
2.1 Recommandations nationales de dépistage des IST	20
2.1.1 Infection par le VIH	20
2.1.2 Hépatites virales	22
2.1.3 Syphilis.....	23
2.1.4 <i>Chlamydiae trachomatis</i>	24
2.1.5 Gonocoque	24
2.2 Modalités de prévention	27
2.3 Dispositifs national et régional de prévention et de dépistage des IST	30
2.3.1 Les médecins généralistes et autres professionnels libéraux	30
2.3.2 Les laboratoires d'analyse biologique	31
2.3.4 Les Centres Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostique (CeGIDD)	32
1.3.5 Les associations	33
2.3.6 Les autotests.....	34
2.3.7 Les services de maladies infectieuses	34
2.3.8 Les autres structures	34
2.4 Epidémiologie des IST	35
2.4.1 Infection par le VIH	35
2.4.2 Hépatite virale B	43
2.4.3 Hépatite virale C	47
2.4.4 Hépatite virale A.....	51

2.4.5 Syphilis.....	54
2.4.6 Infection à <i>Chlamydiae Trachomatis</i>	56
2.4.7 Infection par le gonocoque	61
3. Travail Original.....	65
3.1 Matériels et Méthodes	65
3.1.1 Enquête auprès des médecins généralistes	65
3.1.2 Enquête auprès de laboratoires de biologie	65
3.1.3 Enquête auprès d'un CeGIDD	66
3.2 Résultats	66
3.2.1 Enquête auprès des médecins généralistes	66
3.2.2 Enquête auprès de 2 laboratoires privés	75
3.2.3 Enquête au CeGIDD du CHU de Rouen.....	78
3.3 Discussion	82
4. Conclusion	89
5. Bibliographie.....	90
6. Annexes	94
6.1 Annexe n°1 : questionnaire à destination des médecins généralistes.....	94
6.2 Annexe n°2a : Tableau de données issues du questionnaire médecin généraliste	103
6.3 Annexe n°2b : statistiques issues du questionnaire médecin généraliste	103
6.4 Annexe n°3 : Questionnaire laboratoires	114
6.5 Annexe n°4 : réponses au questionnaire laboratoire.....	115
6.5.1 Laboratoire de Dieppe :.....	115
6.5.2 Laboratoire de Rouen	117
6.6 Annexe n°5 : canevas de recueil de données au CeGIDD.....	120
6.7 Annexe n°6 : recueil de données CUPIDON	121
6.7.1 CeGIDD CHU de Rouen site principal	121
6.7.1 CeGIDD de Rouen Antenne	125

Liste des abréviations

IST : Infection Sexuellement Transmissible

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

VIH : Virus de L'immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome D'immuno-Déficience Acquise

PREP : Pre-Exposure Prophylaxis

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST, des hépatites et du VIH

CIDDIST : Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles

HAS : Haute Autorité de Santé

HSH : Hommes qui ont des relations Sexuelles avec des Hommes

UDI : Usagers de Drogues Intraveineuses

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

PCR : Polymerase Chain Reaction

LGV : Lympho-Granulomatose Vénérienne

TAAN : Test d'Amplification des Acides Nucléiques

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

TASP : Treatment As Prevention

HPV : Human PapillomaVirus

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

AEV : Accident d'Exposition à un risque Viral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

Ag HbS : Antigène HbS

IgM : Immunoglobuline M

Ac : Anticorps

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

Table des illustrations

Liste des Tableaux

Tableau 1 : Distribution des caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité, Normandie, 2012-2016 versus 2017 (6)	39
Tableau 2 : Caractéristiques des découvertes de séropositivité VIH en 2016 chez les seniors de 50 ans et plus comparées à celles chez les 25-49 ans en France (données corrigées de la déclaration obligatoire du VIH au 30 juin 2017) (35)	41
Tableau 3 : Répartition des expositions à risque au cours des 6 mois précédant le diagnostic d'hépatite B aiguë, déclaration obligatoire (DO), 2012-2014, France (37).....	46
Tableau 4 : Caractéristiques épidémiologiques des cas d'hépatite A survenue en Europe lors de l'épidémie touchant principalement les HSH du 01/06/2016 au 31/05/2017 (n = 4,096) (39).....	52
Tableau 5 : Analyse des facteurs de risque des cas d'hépatite A survenue en Europe lors de l'épidémie touchant principalement les HSH du 01/06/2016 au 31/05/2017 (n = 308) (39).....	53
Tableau 6 : Analyse des facteurs de risque des cas d'hépatite A survenue en Europe lors de l'épidémie touchant principalement les HSH du 01/06/2016 au 31/05/2017 (n = 308) (39).....	54
Tableau 7 : Évolution des caractéristiques des patients diagnostiqués pour une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2016 (41)	55
Tableau 8 : Caractéristiques de cas de syphilis récente, RésIST, Normandie, 2015-2017 (6)	56
Tableau 9 : Taux de diagnostics pour 100 000 habitants d'infections à chlamydia selon la région, le sexe et l'âge (43).....	57
Tableau 10 : Caractéristiques des participants à l'étude NatChla (nombre de personnes testées/nombre de personnes éligibles) : pourcentage de participation (pondéré et redressé) et facteurs associés (ajustement par régression logistique sur toutes les variables) (45).....	60
Tableau 11 : Taux de diagnostics pour 100 000 habitants d'infections à gonocoque selon la région, le sexe et l'âge (43).....	61
Tableau 12 : Caractéristiques des cas de gonococcie en Normandie entre 2015 et 2017 (6)	63
Tableau 13 : Positionnement du motif de prescription d'un dépistage des IST selon une hiérarchie de 1 à 8	68

Liste des figures

Figure 1 : Facteurs permettant d'identifier les sujets à haut risque d'acquisition du VIH-1 (9)	21
Figure 2 : Signes cliniques ou biologiques évocateurs d'une infection par le VIH. Source HAS (10)	21
Figure 3: Stratégie de dépistage des IST (9)	26
Figure 4 : Facteurs permettant d'identifier les sujets à haut risque d'acquisition du VIH-1 (9)	28
Figure 5 : Pratiques en matière de dépistage des hépatites B et C (en pourcentage) (29)	31
Figure 6 : carte des CeGIDD en région Normandie (33)	33
Figure 7 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH en France entre 2003 et 2016 (34)	36
Figure 8 : Nombre de sérologies VIH réalisées en laboratoires en France entre 2003 et 2017 (5)	36
Figure 9 : Nombre total de sérologie VIH réalisées pour 1000 habitants par région en 2017 (6)	37
Figure 10 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance en France entre 2003 et 2016 (34)	38
Figure 11 : Taux de découvertes de séropositivité VIH (par million d'hab.) par région de domicile, France, 2016 (34).....	40
Figure 12 : Cascade de la prise en charge du VIH en France en 2010 et 2013 (26)	42
Figure 13 : Activité de dépistage de l'antigène HbS (nombre de tests) en France entre 2000 et 2015 (36)	43
Figure 14 : Activité de dépistage de l'Ag HBs (tests/1 000 habitants), données régionales, France, 2015 (Sniiram) (36)	44
Figure 15 : Distribution des tests confirmés positifs pour l'antigène HBs selon le sexe et l'âge des personnes. Enquête LaboHep 2016, France (31)	44
Figure 16 : Nombre de tests AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants (31)	45
Figure 17 : Couverture vaccinale contre hépatite B, 3 doses à 24 mois, certificats de santé, France, 2005-2015 (36)	47
Figure 18 : Activité de dépistage des Anticorps anti-VHC (nombre de tests), France, 2000-2015 (36)..	48
Figure 19 : Distribution des tests confirmés positifs pour les anticorps (Ac) anti-VHC selon le sexe et l'âge des personnes. (31).....	49
Figure 20 : Nombre de tests Ac anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants (31)	49
Figure 21 : Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les UDI, France, 2004 – 2015 (36).....	50
Figure 22 : Nombre de cas d'hépatite A par sexe, France 2016-2017 (38)	51
Figure 23 : Répartition du nombre de cas confirmés d'hépatite A en fonction des pays et des souches lors de l'épidémie d'hépatite A chez les HSH dans l'union européenne du 01/06/2016 au 31/05/2017 (n = 1400 cas) (39)	51
Figure 24 : Nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, France, 2000-2016 (34)....	55

Figure 25 : Evolution du nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia, France, 2000-2017 (5).....	57
Figure 26 : Taux standardisés pour 100000 habitants de diagnostics d'infections à chlamydia selon la région (43)	58
Figure 27 Distribution des infections à Chlamydia chez les femmes et chez les hommes par classes d'âges, Normandie, 2016 (44)	59
Figure 28 : Evolution du nombre d'infections à Chlamydia chez les hommes et chez les femmes, Normandie, 2006/16 (44).....	59
Figure 29 : Evolution du nombre de diagnostics d'infection à gonocoque en France entre 2004 et 2017 (5)	61
Figure 30 : Taux standardisés pour 100000 habitants de diagnostics d'infection à gonocoque par région (43)	62
Figure 31 : estimation du nombre de tests de dépistage prescrit sur les 6 derniers mois	67
Figure 32 : Nature des pathologies proposées au cours des prescriptions de dépistage chez un jeune de moins de 25 ans asymptomatique.	71
Figure 33 : Nombre de médecins prescrivant les différentes méthodes de dépistage du Chlamydiae trachomatis chez l'homme.	72
Figure 34 : Nombre de médecins prescrivant les différentes méthodes de dépistage du gonocoque chez l'homme	72
Figure 35 : Méthodes de dépistage du Chlamydiae trachomatis chez la femme	73
Figure 36 : Méthodes de dépistage du gonocoque chez la femme	73
Figure 37 : Nombre de médecins connaissant les différentes missions des CeGIDD	74

1. Introduction

Le panorama des infections sexuellement transmissibles (IST) en France et en Europe est en constante mutation. Des années 1980 au début des années 2000, l'épidémie de VIH/SIDA, quasiment constamment mortelle durant cette période, a profondément impacté les sexualités, et bouleversé les comportements et les mentalités. Des campagnes de prévention ont été menées, véhiculant des messages et méthodes de prévention cherchant à s'adapter à ces nouveaux besoins. Des Centres de dépistages anonymes et gratuits (CDAG) ont été créés, évolution des centres de vénéréologie vers des centres plus spécifiquement orientés vers le dépistage de l'infection par le VIH et les hépatites.

Depuis les années 2000, et avec l'avènement des trithérapies, l'infection par le VIH est devenue une infection chronique de meilleur pronostic. Accompagnant cette amélioration du pronostic de la maladie, la perception de la société et les politiques de santé publique correspondantes ont là encore évolué. Les campagnes de prévention des IST se sont faites plus rares dans les politiques de santé publique. Le niveau de connaissance des jeunes s'est amoindri comme le montre une enquête récente réalisée par l'IFOP en novembre 2018, dans laquelle seulement 79% des jeunes interrogés se déclaraient bien informés sur le VIH, soit 10% de moins qu'en 2009 (1). Dans le même temps, les prises de risque se sont accrues notamment dans certains groupes de population (2). Enfin, au cours des 3 dernières années, l'apparition de traitement pré-exposition ayant fait la preuve d'une très grande efficacité dans la prévention de la transmission du VIH (Pre-exposure prophylaxis ou PREP) (3,4), mais prévenant sélectivement la transmission du seul VIH, constitue un espoir majeur dans la lutte contre le VIH, mais a complexifié encore les messages d'une prévention dans laquelle le préservatif n'est plus le seul élément efficace.

En coïncidence avec ces évolutions récentes, et depuis maintenant une quinzaine d'année en France mais aussi en Europe, est constatée une forte recrudescence des IST et une stabilisation de l'incidence de l'infection par le VIH. Le nombre de cas d'infections à gonocoques et *Chlamydiae* chez les patients de plus de 15 ans a été multiplié par 3 entre 2012 et 2016 (5). Et l'épidémie d'infection par le VIH n'est pas encore contrôlée (6).

En 2015, dans un souci constant d'adapter l'offre de dépistage et de prévention aux besoins de santé publique, ont été créées les Centres Gratuits d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST (CeGIDD) (7). Fusion des Centres de dépistage des IST (CIDDIST) et des CDAG, leurs missions portent sur la prévention, le dépistage, le diagnostic et parfois le traitement des IST dans une optique de santé sexuelle globale, en lien avec les autres acteurs du champ de la santé sexuelle.

En 2017 enfin, une stratégie nationale de santé sexuelle a été proposée (8). L'axe II de cette stratégie nationale vise à l'amélioration du parcours de santé en matière d'IST, et s'intéresse à leur prévention, au dépistage et à leur prise en charge. Identifiant 5 objectifs à atteindre à travers 36 actions à mettre en œuvre, il identifie notamment l'importance de « ...conforter la place des professionnels de premier recours et notamment les médecins généralistes dans la lutte contre les IST... », et « ...d'encourager l'organisation des acteurs de la prévention, du dépistage et de la prise en charge en santé sexuelle sur les territoires... ».

Ainsi, après avoir rappelé les recommandations actuelles en matière de dépistage, décrit brièvement les dispositifs national et régional de prévention et de dépistage, et présenté l'épidémiologie récente des principales IST, l'objectif était de mener une analyse de la place des différents acteurs dans l'offre de dépistage et de diagnostic des IST en Seine maritime, pour identifier des pistes d'amélioration.

2. Travail bibliographique

2.1 Recommandations nationales de dépistage des IST

2.1.1 Infection par le VIH

Résumées, tout à la fois dans un document de synthèse de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la stratégie de dépistage de l'infection par le VIH publié en 03/2017 et dans le « Rapport de prise en charge des personnes vivant avec le VIH » actualisé en 2018, les recommandations de dépistage de l'infection par le VIH en France concernent (9,10)

- au moins une fois par an les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), voire tous les 3 mois en cas de haut risque d'acquisition du VIH (cf. figure 1) ;
- tous les ans les usagers de drogues intraveineuses (UDI) et les personnes originaires de zone de forte endémie ;
- au moins une fois au cours de la vie la population générale ;
- en cas de diagnostic d'une IST ou d'une hépatite virale ;
- en cas de signes cliniques ou biologiques faisant évoquer une primo-infection par le VIH (cf. figure 2) ;
- en cas de pathologie opportuniste ;
- en cas de viol ;
- en cas de grossesse ou de projet de grossesse ;
- en cas d'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- en cas de prescription d'une contraception, proposition de dépistage au couple ;
- en cas d'incarcération ;
- les sujets ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ;
- les travailleurs du sexe ;
- à la demande de la personne ;

Les critères suivants peuvent aider à identifier les individus à haut risque : • Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ou personnes transgenres ET au moins l'un des critères ci-dessous : – Rapports sexuels anaux non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les six derniers mois ; – Episodes d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans les 12 derniers mois (syphilis, gonococcie, infection à <i>Chlamydia</i>, primo-infection hépatite B ou hépatite C) ; – Plusieurs recours à la prophylaxie post-exposition (PEP) dans les 12 derniers mois ; – Usage de drogues psycho-actives (cocaïne, GHB, MDMA, méphédron) lors des rapports sexuels (Cf. autre section de ce même chapitre). • Autres personnes en situation à haut risque d'acquisition de l'infection par le VIH chez lesquelles une PrEP peut être envisagée au cas par cas : – Sujet en situation de prostitution soumis à des rapports sexuels non protégés ; – Sujet en situation de vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée : • Sujet originaire de région à forte prévalence pour le VIH • Sujet ayant des partenaires sexuels multiples • Sujet usager de drogues injectables – Sujet ayant des rapports non protégés avec des personnes ayant des facteurs physiques augmentant le risque de transmission de l'infection par le VIH chez la personne exposée : ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement ; – Autre situation jugée à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle.

Figure 1 : Facteurs permettant d'identifier les sujets à haut risque d'acquisition du VIH-1 (9)

- Signes compatibles avec une primo-infection : Signes cliniques compatibles avec un syndrome viral aigu persistant (fièvre, arthralgie, pharyngite, myalgie, asthénie) plus ou moins associé à une polyadénopathie, à des manifestations cutanéomuqueuses (éruption cutanée maculo-papuleuse, ulcérations buccales et/ou génitales) et/ou neurologiques (céphalées, mononévrite etc.) et/ou troubles digestifs (diarrhées, amaigrissement etc.). Ou anomalies biologiques : hématologiques (thrombopénie, neutropénie, hyperlymphocytose dans le cadre d'un syndrome mononucléosique ou lymphopénie précoce) plus ou moins associées à une cytolysé hépatique. - Découverte de pathologies opportunistes telles que décrites au stade C de la classification CDC ou dans le cadre d'autres maladies indicatrices (Source : Etude européenne HIDES, pathologies associées à une prévalence d'infection à VIH non diagnostiquée > 0,1%). Pour rappel, les huit pathologies indicatrices de HIDES sont : • Infections sexuellement transmissibles (IST) ; • Lymphomes malins quel que soit le type * ; • Dysplasie / cancer anal ou cervical * ; • Zona ; • Infection par le virus de l'hépatite B ou C, aiguë ou chronique, quelle que soit la date du diagnostic ; • Syndrome mono-nucléosique ; • Leucocytopénie ou thrombopénie de plus de 4 semaines non expliquée ; • Dermite séborrhéique / exanthème. * Pathologies pouvant correspondre selon leur type ou extension à des infections opportunistes classant SIDA - stade C classification CDC
--

Figure 2 : Signes cliniques ou biologiques évocateurs d'une infection par le VIH. Source HAS (10)

Ces dépistages peuvent s'effectuer selon 3 modalités :

- Test ELISA de 4^{ème} génération détectant les anticorps anti VIH 1 et 2 ainsi que l'antigène P24. Un test négatif exclut le diagnostic sauf lorsque la prise de risque date de moins de 6 semaines. En cas de positivité, une confirmation doit être obtenue par la réalisation d'un Western Blot et la répétition d'une sérologie sur un 2^{ème} prélèvement sanguin distinct.
- Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD) détectant les anticorps anti VIH 1 et 2 et parfois l'antigène P24. Il peut être réalisé par un personnel qualifié (médical, paramédical, ou associatif ayant reçu une formation), à partir d'un échantillon sanguin (goutte de sang, sérum...). La lecture du test dure au maximum 30 minutes et s'effectue de manière visuelle par l'opérateur. La négativité du test exclut le diagnostic sauf si la prise de risque date de moins de 3 mois. La positivité du test impose une confirmation diagnostique par contrôle sérologique.
- Autotests de dépistage de l'infection par le VIH. Il s'agit là encore d'un test rapide d'orientation diagnostique mais pouvant être directement réalisé par le sujet cherchant à se dépister, par (recueil de cellules de la muqueuse buccale, ou par piqûre au bout du doigt) avec des tests achetés en pharmacie ou dans le commerce. Une attention particulière doit être portée sur la conformité de ces tests, en s'assurant a minima d'un marquage CE.

2.1.2 Hépatites virales

Les recommandations de dépistage du VHB et VHC concernent :

- les populations à risque d'infection (9,11) : les personnes nées ou résidentes en pays de moyenne ou forte endémie (surtout si elles ont eu par le passé des soins invasifs), l'entourage des personnes porteuses de l'antigène HbS, les usagers de drogues, les patients susceptibles de recevoir des transfusions régulières ou massives, ayant reçu une transfusion avant 1992, ayant reçu des actes de soins invasifs avant 1997, les personnes hémodialysées, les personnes admises en institution psychiatrique, les personnes porteuses d'une IST (VIH, VHC ou autre IST), les personnes ayant un tatouage ou un piercing, en cas de séjour en milieu carcéral, de relations sexuelles avec des partenaires multiples, les HSH, ou en cas de risque d'exposition dans le cadre professionnel ;
- la population générale au moins une fois dans la vie ;
- les femmes enceintes : dépistage combiné VHB VHC ;
- les enfants nés de mère positive pour le VHB et/ou le VHC ;

Dans ces populations, le dépistage des 3 virus (VIH, VHB et VHC) est recommandé, tout particulièrement chez les hommes de 18 à 60 ans qui méconnaissent souvent leur statut, hormis pour l'hépatite virale B si le sujet est connu comme immunisé.

Dans les populations à haut risque (UDI, HSH), le dépistage de l'hépatite virale C est recommandé tous les ans, et la vaccination hépatite B est recommandée. Cette stratégie de dépistage large des hépatites virales a été démontrée comme une stratégie coût-efficace. (12)

Ce dépistage s'effectue par :

- Sérologie à partir d'un échantillon sanguin avec dépistage des 3 marqueurs pour le VHB et dosage d'anticorps totaux pour le VHC ;
- TROD VHB et VHC sur prélèvement sanguin capillaire réalisé par un personnel formé. Ces TROD ont été validés par la Haute Autorité de Santé et doivent permettre un dépistage au plus près des populations à risque. Cependant la performance des TROD VHB est jugée « limite » et ces TROD ne sont considérés que comme outil de dépistage complémentaire. (13,14)
- PCR VHC sur prélèvement sanguin chez les patients Co infectés VIH-VHC ou ayant guéri d'une infection à VHC en cas de risque de réinfection, ou chez les patients immunodéprimés.

2.1.3 Syphilis

En France, les dernières recommandations de dépistage de la syphilis datent de 2007 (15) et ont été reprises sans modification notable par les experts du rapport Morlat (9) en avril 2018.

Il est recommandé de dépister :

- les HSH (pour toute pratique y compris la fellation) ;
- les travailleurs/euses du sexe ainsi que leurs partenaires ;
- en cas de diagnostic ou d'antécédent de gonococcie, de Lympho-Granulomatose Vénérienne (LGV), d'infection par le VIH ;
- les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ;
- les migrants ;
- les personnes incarcérées ;
- les victimes d'agression sexuelle ;
- les femmes enceintes (au 1^{er} trimestre, à répéter au 6^{ème} mois en cas de risque) ;

La fréquence des dépistages dans ces populations varie de une fois par an à plus fréquemment en fonction des prises de risques.

Le test est réalisé sur prélèvement sanguin avec dosage des anticorps IgG totaux spécifiques anti tréponémique (EIA) et, en cas de positivité, réalisation d'un test non tréponémique quantitatif (VDRL ou RPR) selon les dernières recommandations validées en janvier 2018 par l'UNCAM (Union Nationale Des Caisses d'Assurance Maladie (16).

Pour le moment, bien qu'ils existent, aucun test TROD n'a encore été validé pour la syphilis.

2.1.4 *Chlamydiae trachomatis*

Les dernières recommandations de la HAS concernant le dépistage du *Chlamydiae trachomatis* datent de septembre 2018 et précisent qu'il est recommandé (17) :

- en population générale : un dépistage proposé systématiquement aux femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans, y compris enceintes ;
- en population ciblée : dépistage des hommes sexuellement actifs présentant des facteurs de risque, les femmes de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque, les femmes enceintes consultant pour IVG ;

Les facteurs de risque d'infection sont : partenaires sexuels multiples, changement récent de partenaire, partenaires diagnostiqués avec une autre IST (Gonocoque, syphilis, VIH, *Mycoplasma genitalium*), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, ou après un viol.

Les tests recommandés sont les Tests d'Amplification des Acides Nucléiques (TAAN) permettant de dépister le *Chlamydiae* et le Gonocoque simultanément. Ces tests doivent être réalisés sur prélèvements locaux : urinaire chez l'homme, et préférentiellement vaginal chez la femme (par le clinicien ou auto prélèvement pour favoriser le dépistage). La Haute Autorité de Santé recommande également le dépistage sur 3 sites (pharyngé, anal, génito-urinaire) en fonction des prises de risque, notamment chez les HSH. Ces tests combinés de dépistage *Chlamydiae* et gonocoque sont d'ailleurs remboursés par la caisse quel que soit le nombre de sites prélevés. (16)

La fréquence recommandée de dépistage est variable, à adapter à la prise de risques, annuelle si le test est négatif et en cas de nouveau partenaire ; tous les 3 à 6 mois si le test est positif (3 mois chez les HSH) ; 3 à 5 semaines après le traitement si la situation l'exige.

2.1.5 Gonocoque

Les modalités de dépistage du gonocoque ont été émises en décembre 2010 par la HAS (18) et reprises par le rapport Morlat en avril 2018. (9)

Elles stipulent que le dépistage doit être proposé dans les situations suivantes :

- les personnes dépistées pour une autre IST ou dont le partenaire est infecté par une IST ;
- les personnes ayant un antécédent d'IST, notamment à gonocoque ;
- les HSH ;
- les personnes vivant avec le VIH ;
- les hommes et les femmes ayant des comportements sexuels à risque : personnes ayant eu plusieurs partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois et ayant une utilisation inadaptée des préservatifs ;
- un dépistage ciblé pour l'ensemble des personnes ayant recours aux soins dans les CeGIDD, les Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), les centres d'orthogénie et de santé sexuelle ;

Dans ce contexte de dépistage, l'examen de référence est le test d'amplification des acides nucléiques selon les mêmes modalités que pour *Chlamydiae trachomatis* (qui doit d'ailleurs être dépisté simultanément).

La culture à partir d'un prélèvement n'est indiquée que si le patient est symptomatique. Elle peut suffire dans les urétrites purulentes mais sa rentabilité est beaucoup plus faible dans les autres localisations (anale, gynécologique, pharyngée). Dans ces autres cas, la PCR est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic.

La figure N° 3 résume les indications de dépistage d'IST.

<u>Population générale*</u> • Dépistage conjoint VIH-VHB-VHC au moins une fois au cours de la vie • Dépistage VIH à chaque changement d'orientation de vie (dont multi-partenariat) • Dépistage VIH lors de tout recours aux soins en l'absence de dépistage antérieur • Dépistage VHB (Ag HBs, Ac anti-HBs, Ac anti-HBc) en l'absence d'antécédent de vaccination (Prescrire une recherche d'infection par le virus delta en cas d'Ag HBs positif) • Dépistage VHC (Ac anti-VHC) s'il n'a jamais été réalisé • Test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour <i>Chlamydia trachomatis</i> par auto-prélèvement vaginal chez les femmes de 15 à 25 ans et dans le 1^{er} jet urinaire chez les hommes de 15 à 30 ans, renouvelé tous les ans en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire ; l'utilisation d'une PCR mixte permet également le dépistage de l'infection à gonocoque dans cette population • Frottis cervical : après deux frottis normaux à un an d'intervalle, prescrire un frottis tous les trois ans entre 25 et 65 ans et en l'absence de signes ou symptômes <u>Personnes migrantes</u> • En complément des recommandations pour la population générale, renouveler la proposition de dépistage coordonné au minimum une fois par an en cas de prise de risque <u>Travailleurs/ses du sexe</u> • En complément des recommandations pour la population générale, renouveler tous les ans le dépistage de l'infection à VIH, de la syphilis et de l'hépatite B (en l'absence de vaccination), voire plus fréquemment en cas de prise de risque <u>HSH et personnes transgenres à risque élevé**</u> • Sérologies VIH et VHC au minimum tous les trois mois (ARN VHC si sérologie positive) • Dépistage de la syphilis au moins une fois par an • Recherche de gonocoques et <i>Chlamydia trachomatis</i> par prélèvement urinaire, anal et pharyngé (du fait de la fréquence élevée du portage asymptomatique) tous les trois mois (la prise en charge plafonnée pour le dépistage multi-sites de ces IST est aujourd'hui un frein à au dépistage) • Sérologies VHB et VHA suivies d'une vaccination en cas de sérologies négatives. <u>UDI</u> • Sérologies VIH et VHC tous les ans (ARN VHC si sérologie positive) • Sérologie VHB suivie d'une vaccination en cas de sérologie négative <u>Personnes vivant avec le VIH</u> • En fonction des comportements et pratiques à risque

Figure 3: Stratégie de dépistage des IST (9)

Ainsi, si les modalités de dépistage et de diagnostic des IST sont codifiées et actualisées, les indications du dépistage des IST peuvent être considérées à la fois comme fréquentes, larges, mais devant être largement individualisées dans leurs fréquences et circonstances de réalisation. Elles dépendent de facteurs de risque et d'exposition individuels et imposent une bonne connaissance des modalités de transmission, des terrains et situations à risque dont certains ne peuvent être connus que si l'interrogatoire les recherche spécifiquement. Les sujets à risque de ces différentes IST ont ainsi des caractéristiques épidémiologiques, sociologiques et comportementales diverses, relevant de modalités et de fréquences de dépistage individualisées, et pouvant relever de structures de prise en charge différentes.

2.2 Modalités de prévention

La prévention et donc la réduction du nombre de nouvelles infections VIH et IST passe par des stratégies de prévention combinée associant différentes composantes.

L'accès et le recours aux moyens de protection et de réduction des risques reste un élément clef de la prévention des IST. Il peut s'agir d'outils parfois moins connus tels que la digue dentaire, mais principalement du préservatif, externe (usuellement qualifié de préservatif masculin, ou « capote »), ou interne (parfois qualifié de préservatif « féminin », mais pouvant être utilisé pour les rapports anaux hétérosexuels ou homosexuels). L'efficacité du préservatif pour la prévention de la transmission du VIH varie selon les populations étudiées : tandis que l'efficacité théorique du préservatif est estimée à 98%, l'efficacité réelle est estimée à 80% chez les hétérosexuels (19) et 64% chez les HSH (20). Ces chiffres sont expliqués par les incidents survenus au cours de l'usage des préservatifs (glissement, rupture) ou des difficultés à l'utiliser pour chaque rapport et du début à la fin des rapports. D'où l'importance de diversifier les moyens de prévention en les associant à l'usage du préservatif. Malgré cela, le préservatif est le seul moyen de se protéger contre l'ensemble des IST dont le VIH. Depuis le 1^{er} décembre 2018 deux modèles d'une marque de préservatifs externes sont désormais remboursés par la Sécurité Sociale, cette dispensation sur prescription pouvant servir d'outil pour aborder la sexualité lors d'une consultation de médecine générale, et venant compléter l'offre de préservatif dispensés gratuitement dans les CeGIDD, les associations, les Centre d'Education et de Planification Familiale, et l'offre accessible à la vente.

Les interventions biomédicales regroupent différents outils de prévention et de réduction des risques : circoncision, traitement des IST et du VIH, traitement préventif de l'infection par le VIH notamment. Parmi ces outils, deux, étroitement liés au dépistage, sont encore peu connus.

Le traitement comme prévention ou TASP est une mesure particulièrement efficace pour prévenir la transmission de l'infection par le VIH. En effet il est désormais démontré que le risque de transmettre le VIH est devenu négligeable pour une personne séropositive traitée efficacement et dont la charge virale VIH est indétectable depuis plus de 6 mois (21). Connaître son statut vis à vis de l'infection par le VIH et accéder à un traitement antirétroviral efficace est une mesure extrêmement efficace de prévenir la transmission.

Le traitement pré-exposition au VIH ou PreP (Pre-exposure Prophylaxis), consistant pour une personne séronégative pour le VIH, mais à fort risque de contracter l'infection du fait de prises de risques non protégées, volontaires ou non, à prendre un bithérapie anti-rétrovirale, permet de réduire considérablement le risque de transmission du VIH, de 86% selon l'essai IPERGAY (3,4). Les échecs de

cette stratégie étant, dans les études très majoritairement liés à la dysobservance, la PreP intègre ainsi la palette des outils et dispose désormais d'une Autorisation de Mise sur le Marché et d'un remboursement intégral pour l'association Tenofovir/Emtricitabine dans cette indication. Les indications de la PreP sont résumées dans la figure 4.

- Les critères suivants peuvent aider à identifier les individus à haut risque :
- **Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes ou personnes transgenres ET au moins l'un des critères ci-dessous :**
 - Rapports sexuels anaux non protégés avec au moins 2 partenaires sexuels différents dans les six derniers mois ;
 - Episodes d'infections sexuellement transmissibles (IST) dans les 12 derniers mois (syphilis, gonococcie, infection à *Chlamydia*, primo-infection hépatite B ou hépatite C) ;
 - Plusieurs recours à la prophylaxie post-exposition (PEP) dans les 12 derniers mois ;
 - Usage de drogues psycho-actives (cocaïne, GHB, MDMA, méphédron) lors des rapports sexuels (Cf. autre section de ce même chapitre).
 - **Autres personnes en situation à haut risque d'acquisition de l'infection par le VIH chez lesquelles une PrEP peut être envisagée au cas par cas :**
 - Sujet en situation de prostitution soumis à des rapports sexuels non protégés ;
 - Sujet en situation de vulnérabilité exposant à des rapports sexuels non protégés avec des personnes appartenant à un groupe à prévalence du VIH élevée :
 - Sujet originaire de région à forte prévalence pour le VIH
 - Sujet ayant des partenaires sexuels multiples
 - Sujet usager de drogues injectables
 - Sujet ayant des rapports non protégés avec des personnes ayant des facteurs physiques augmentant le risque de transmission de l'infection par le VIH chez la personne exposée : ulcération génitale ou anale, IST associée, saignement ;
 - Autre situation jugée à haut risque d'acquisition du VIH par voie sexuelle.

Figure 4 : Facteurs permettant d'identifier les sujets à haut risque d'acquisition du VIH-1 (9)

Les indications de la PreP ne sont pas restrictives, sa large diffusion devant permettre une nette diminution dans les années à venir du nombre de nouvelles infections. D'autant plus que cette stratégie s'avère être coût-efficace, le ratio coût efficacité étant évalué à 75 258€ par infection évitée (22). La prescription de la PreP doit être initiée par un médecin spécialiste (infectiologue ou travaillant en CeGIDD) mais peut être reconduite par le médecin généraliste. Ne prévenant que la transmission de l'infection par le VIH et prescrite à des personnes à fort risque d'IST, la PreP impose un dépistage simultané et fréquent des IST (tous les 3 mois), doit être associée à l'ensemble des mesures de prévention, et être réévaluée régulièrement.

S'associe à ces différentes mesures thérapeutiques la possibilité d'un traitement post-exposition (TPE) : prescription dans les 48 heures qui suivent une prise de risque (idéalement dans les 4h) d'une trithérapie antirétrovirale permettant de réduire le risque de contamination par le VIH et le VHB (en cas d'utilisation de Tenofovir). (23)

Les vaccinations sont également des outils extrêmement performants pour réduire l'incidence des IST, et font l'objet de recommandations spécifiques par exemple pour la vaccination contre l'hépatite A, spécifiquement recommandée pour tous les HSH (24), contre l'hépatite B dont l'efficacité lorsqu'elle est bien conduite est de 95% (25) et contre le papillomavirus (HPV), actuellement recommandé chez les femmes de moins de 19 ans et les HSH de moins de 25 ans (24).

Les interventions comportementales sont également de nature à permettre de réduire les risques d'IST. Pratiques médicales adaptées aux niveaux de risque et de protection, fréquence de recours spontané au dépistage... ces différentes stratégies de réduction des risques imposent d'avoir pu accéder à une éducation à la santé, voire d'une aide à l'observance, à l'éducation thérapeutique.

Le recours et l'accès aux différentes modalités de dépistage jouent là encore un rôle primordial dans la lutte contre l'épidémie d'IST. Le dépistage large proposé en population générale, sans modulation selon le niveau de risque, a montré ses limites et n'a pas permis de diminution significative du nombre de nouvelles infections (9). La recommandation de dépistages plus fréquent et ciblés sur des populations « clés » à haut risque d'acquisition du VIH et IST (HSH, travailleurs du sexe, migrants, UDI) devrait permettre d'atteindre cet objectif. Le dépistage des IST permet leur traitement et ainsi de casser la chaîne de transmission. Connaître son statut concernant les IST est ainsi un pilier de la stratégie de prévention. Ceci est particulièrement vrai pour le VIH. En effet, en France, le nombre de personnes séropositives ignorant leur statut a été estimé à 24 700 en 2013, celles-ci étant pour une large part responsable des nouvelles contaminations. (26). Dans la mesure où, traitées, ces personnes ne seraient dans leur immense majorité plus à l'origine de nouvelles contamination (TasP), l'identification de ces personnes ignorant leur séropositivité est un point essentiel (21). Ainsi l'OMS (ONUSIDA) a émis un objectif à l'horizon 2030 qui pourrait permettre de stopper la transmission du VIH : 95% des personnes infectées doivent être dépistées, 95% des dépistés doivent être sous traitement, 95% des personnes traitées doivent être indétectables. (27) La rupture de la chaîne de la transmission par une amélioration du dépistage et du traitement précoce est également valable pour les autres IST.

Des politiques de santé publique volontaristes, diffusant, soit largement soit de manière ciblée, les messages de prévention, donnant une large place à l'éducation à la santé et à la sexualité, et la mise en place de consultations de santé sexuelle sont autant de mesures favorisant la connaissance et la mise en œuvre des outils de prévention précédemment cités. L'information des populations dépistées sur les moyens de prévention disponibles a montré son efficacité dans la réduction du taux de récurrence d'IST dans des populations à risque (entre -2,6% et - 11%) (28). Cette stratégie de prévention doit informer sur tous les moyens de prévention disponibles et doit être adaptée à chaque personne. Les messages délivrés seront différents par exemple selon que l'on informe un jeune

hétérosexuel en couple ou un HSH ayant des partenaires multiples. Ceci suppose de pouvoir aborder le sujet de la sexualité, sans jugement ni *a priori*, pour adapter au mieux la prévention à la personne.

Ainsi, l'utilisation et l'information sur tous ces modes de prévention doivent contribuer à un meilleur contrôle de la transmission des IST, la prévention devant être combinée, et modulée pour être adaptée et respectueuse de la vie sexuelle de chacun.

2.3 Dispositifs national et régional de prévention et de dépistage des IST

Les indications et la nécessité d'un double dépistage à la fois large en population générale et ciblé sur des populations clés font intervenir différents acteurs, ce qui permet d'adapter l'offre de dépistage au besoin de chacun.

2.3.1 Les médecins généralistes et autres professionnels libéraux

Comme recommandé dans la « Stratégie nationale de Santé sexuelle » (8), les médecins libéraux et notamment les médecins généralistes ont un rôle essentiel à jouer dans ce dispositif de dépistage puisqu'ils reçoivent en consultation un éventail très large de la population. Il semble essentiel qu'un test de dépistage puisse être proposé chaque fois que possible pour les personnes n'ayant jamais effectué de test. Mais il est également important que l'identification des populations clés soit faite et que les recommandations en matière de fréquence de dépistage soient appliquées. En effet, l'épidémie d'infection par le VIH en France touche particulièrement certaines « populations clés » (HSH, UDI, migrants), dont la connaissance peut permettre de mieux identifier les risques. Malheureusement, cet objectif n'est pas encore atteint. Même si en 2009, plus de 9 médecins sur 10, selon l'enquête baromètre santé généraliste 2009 (29), déclaraient prescrire au moins un test VIH dans le mois précédant l'enquête, le nombre moyen de sérologie était de 5,9 par mois. Cette même enquête témoignait chez les médecins généralistes d'un fort assentiment au dépistage généralisé des personnes sexuellement actives (86.8%), mais d'une moindre adhésion à la recommandation de mener des dépistages ciblés : la prescription de tests VIH n'était que de 73% en cas de découverte d'une autre IST, de 24% en cas de changement de partenaire, de 35% chez les personnes originaires d'un pays de forte endémie. De plus, dans 67% des cas c'était le patient et non le médecin qui était à l'initiative de la prescription. Cette difficulté à proposer un dépistage VIH ciblé pouvait être expliquée par plusieurs freins : une appréhension d'un résultat positif, car seulement 13,4% des médecins interrogés avaient déjà annoncé un résultat positif ; et, pour 68% d'entre eux, la difficulté à aborder la

sexualité en consultation expliquée par un manque de formation, malaise par rapport au sujet, ou manque de temps. (30) Au-delà du dépistage, cette dernière crainte mettait en exergue la difficulté en médecine générale de dispenser des conseils de prévention individualisés.

Les constats concernant le dépistage des hépatites virales B et C étaient comparables, et notamment le dépistage semblait mal ciblé (Cf. figure 5).

Pratiques en matière de dépistage des hépatites B et C	
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite B aux personnes usagères de drogues	67,4
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite B aux personnes en situation de précarité	13,7
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite B aux personnes originaires d'un pays à forte endémie	35,3
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite B aux personnes ayant des comportements sexuels à risque	55,3
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite B à l'entourage d'un patient porteur de l'Antigène HBs positif	61,2
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant une asthénie importante et durable	29,5
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite C aux personnes usagères de drogues	71,1
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant été transfusées avant 1992	60,1
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant subi un acte chirurgical ou un acte médical invasif	18,8
Propose systématiquement une sérologie de l'hépatite C aux personnes ayant un tatouage ou un piercing	21,0

Figure 5 : Pratiques en matière de dépistage des hépatites B et C (en pourcentage) (29)

Cette dernière enquête, menée auprès de médecins généralistes uniquement, et alors même que cette problématique de dépistage et de prévention pouvait concerner d'autres professionnels de santé libéraux, démontrait la persistance de difficultés dans la réalisation de dépistages ciblés des IST et du VIH.

2.3.2 Les laboratoires d'analyse biologique

Comme explicité ci-dessus, les médecins généralistes sont à l'origine de très nombreuses prescriptions de dépistages. Ces dépistages sont alors réalisés dans des laboratoires, de ville ou hospitaliers, qui constituent donc un des partenaires de la chaîne de dépistage et de diagnostic. Les données issues des laboratoires nous donnent une approximation de l'offre nationale de dépistage.

En 2017, 5.6 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires soit 66/1000 habitants (5) dont les trois quarts ont été réalisées en laboratoire de ville.

Concernant l'hépatite B, Le nombre de tests estimé par l'enquête LaboHep 2016 en France était de 4,3 millions de sérologie (65/1000 habitants) (31) dont 3 millions dans les laboratoires privés (71%). Le nombre de tests réalisés en Normandie a été estimé à 168 675 tests. Selon les données de la SNIIRAM (remboursement par l'assurance maladie), le nombre de tests réalisés en 2015 était de 3,2 millions de sérologies en laboratoire de ville (49/1000 habitants) dont 123 000 en Normandie (soit un taux de 37 tests/1000 habitants). (32)

Concernant l'hépatite C, le nombre de tests a été estimé en 2016 à 4,1 millions de tests (62/1000 habitants) en 2016 dont 71% (2,9 millions) en laboratoires privés et 168 466 en Normandie. (31) Selon la SNIIRAM, en 2015, 3,1 millions de tests (47 tests/1000 habitants) ont été remboursés par l'assurance maladie en laboratoires privés dont 123 000 en Normandie (37 tests/1000 habitants). (32)

Le nombre de tests réalisés pour la recherche d'IST bactériennes (syphilis, *Chlamydia trachomatis* ou gonocoque) n'est pas disponible, car les données reposent sur les réseaux de surveillance notamment Rénachla, Rénago dont l'exhaustivité est faible, concernant moins de 20% des laboratoires, et variable d'une année à l'autre.

Ainsi la majorité des tests de dépistages sont réalisés en ville, et peu de données sont disponibles quant aux arbitrages des laboratoires sur les modalités de prélèvement, les techniques employées pour le diagnostic, et les conditions de restitution des résultats.

2.3.4 Les Centres Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostique (CeGIDD)

Créés en juillet 2015 par le regroupement des Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (CDAG) et des CIDDIST, les CeGIDD assurent une mission de dépistage et de prévention des IST, de traitement des IST, de prise en charge des AEV, d'orientation et d'accompagnement psychosocial des personnes dépistées positives pour le VIH et une IST, d'expertise auprès des professionnels locaux, de vaccination contre les IST (hépatite B, A et HPV), d'information de prévention et de dépistage auprès des populations cibles (hors les murs), d'information et d'éducation à la sexualité, d'information sur la grossesse et la prévention des grossesses non désirées (contraception), de détection des violences sexuelles.

Les publics concernés tels que définis dans l'arrêté du 1^{er} juillet 2015 (7) sont : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes originaires d'une zone de forte prévalence, les populations des départements français d'Amérique, les personnes consommant ou ayant consommé des substances psychoactives, les personnes détenues, les personnes en situation de prostitution, les personnes transsexuelles, les personnes vivant avec le VIH ou avec une hépatite virale, les personnes

En Normandie, en 2018, 2 structures se partageaient la gestion des CeGIDD : le CHU de Rouen avec un site de dépistage sur Rouen et Petit-Quevilly (Hôpital Saint-Julien) et le conseil départemental avec des sites à Rouen, Elbeuf, Dieppe, Le Havre, Fécamp. En 2018, le conseil départemental s'est rapidement désengagé de cette mission.



Les CeGIDD assurent une mission globale de d'éducation à la santé sexuelle et de prévention des IST mais ne représentent qu'une faible part de l'offre de dépistage.

Différentes associations sont impliquées dans la lutte et la prévention du VIH, des hépatites virales et des IST, représentant des acteurs hétérogènes dans leurs populations cibles (UDI, publics précaires, usagers d'établissements à caractère sexuel...) et leurs modalités d'action (éducation à la santé,

dépistage par TROD). Plusieurs associations de lutte contre le VIH offrent un complément dans la prévention et la lutte contre le VIH/IST ainsi que dans le dépistage (TROD). Cette offre de dépistage, de 55770 TROD en 2017 au niveau national (5), réalisés dans le cadre d'actions communautaires, est particulièrement ciblée sur les populations clés directement dans les lieux de prise de risques (31% d'actions ciblées sur les HSH et 34% sur les migrants). En cas de positivité d'un TROD, un accompagnement des personnes au dépistage classique est proposé.

Il existe à Rouen une convention établie entre le CeGIDD et l'association AIDES : en cas de TROD positif, le CeGIDD s'engage à recevoir rapidement la personne afin de confirmer très rapidement ce test et d'organiser la prise en charge ultérieure. Cette association propose également, en partenariat avec le CHU, un accompagnement à la PreP (counselling et prévention combinée).

Les associations représentent donc une faible part de l'offre de dépistage mais particulièrement ciblée sur les populations à risque.

2.3.6 Les autotests

Ce mode de dépistage, à l'initiative des personnes, par des tests achetés en pharmacie, représentait environ 73000 dépistages (nombre d'autotests vendus en pharmacie en 2017), un chiffre supérieur aux 55000 TROD réalisés sur le territoire. (5) Ce type de dépistage paraissait intéressant pour toucher des populations n'ayant pas ou peu recours au système de soins mais posait la question de l'accompagnement de la personne en cas de positivité du dépistage, et de l'absence de données disponible sur les utilisateurs de ces tests et les conditions de leur utilisation.

2.3.7 Les services de maladies infectieuses

Ils participent à la prévention à travers la prise en charge et le traitement des personnes infectées par le VIH (TasP) ou par des IST. La prescription de la PreP s'appuie également majoritairement sur ces services, c'est notamment le cas en Normandie.

2.3.8 Les autres structures

Les services de soins hospitaliers (urgences, gynécologie, hépatologie), les pharmaciens, les médecins du travail, les centres d'addictologie, les associations d'aide aux migrants...participent également au dispositif de dépistage.

L'offre de dépistage repose ainsi sur une diversité d'acteurs pouvant avoir des niveaux d'intervention divers et complémentaires, et concerner une grande diversité des publics potentiellement concernés par les IST et le VIH. Néanmoins, l'efficacité du dépistage impose que les structures aillent au-devant des personnes à risque, ou que ces dernières aient recours au dépistage. Les recommandations et les dispositifs de prévention et de dépistage des IST ont pour objectif de contrôler et mettre un terme aux épidémies de VIH et d'IST. Leur épidémiologie est donc importante à connaître, pour pouvoir cerner les enjeux, et évaluer l'adéquation des moyens mis en œuvre avec l'importance de l'épidémie.

2.4 Epidémiologie des IST

2.4.1 Infection par le VIH

De 2003 à 2015 l'incidence de l'infection par le VIH a diminué en France, passant de 7500 à 6003 découvertes annuelles de séropositivité (Cf. figure 7). Depuis 2015, le nombre de nouveaux diagnostics semble rester stable. Le nombre de nouvelles contaminations était estimé à 6003 en 2016 (34), données issues de la déclaration obligatoire de l'infection par le VIH, et n'a pu être déterminé par Santé Publique France pour l'année 2017 pour des raisons méthodologiques. (5)

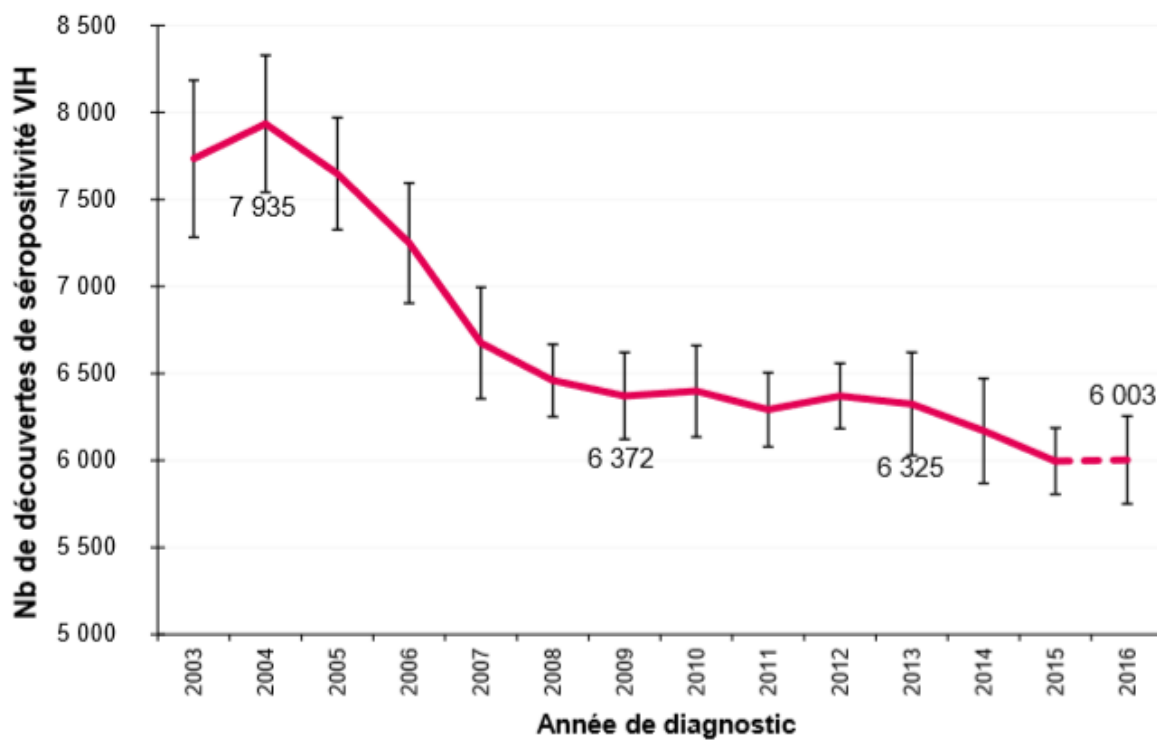


Figure 7 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH en France entre 2003 et 2016 (34)

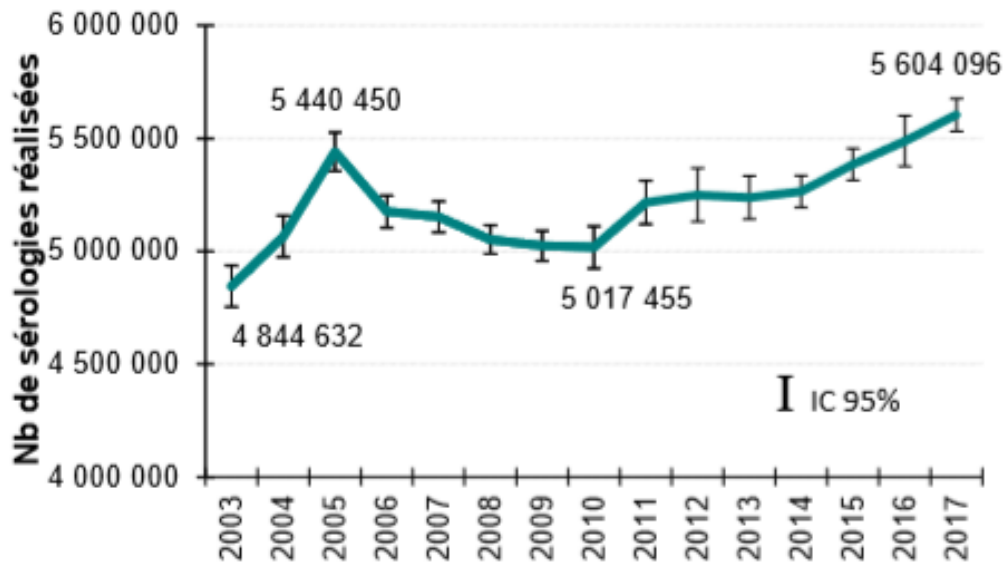


Figure 8 : Nombre de sérologies VIH réalisées en laboratoires en France entre 2003 et 2017 (5)

En 2017, 5,6 millions de sérologies VIH ont été réalisées par les laboratoires (ville ou hôpital) avec une augmentation depuis plusieurs années du nombre de tests réalisés (Cf. figure 8)

73% des nouvelles infections VIH diagnostiquées en 2016 ont été découvertes à l'hôpital alors même que seulement un quart des sérologies sont réalisées à l'hôpital. Ceci tend à indiquer une prescription

de test VIH moins ciblée en ville qu'à l'hôpital, avec une « rentabilité » des tests réalisés plus faible. (34)

La Normandie se situe en 4^{ème} place (66 tests/1000 habitants, Cf. figure 9) des régions ayant le plus faible taux de dépistage. (6) Le nombre de découvertes de séropositivité dans notre région a été estimé à 146 en 2016 et à 265 en 2017 soit un taux de positivité estimé à 1,2/1000 sérologies (moyenne nationale 1,4/1000). Le taux de découvertes de séropositivité dans notre région est estimé à 44 par million d'habitants.

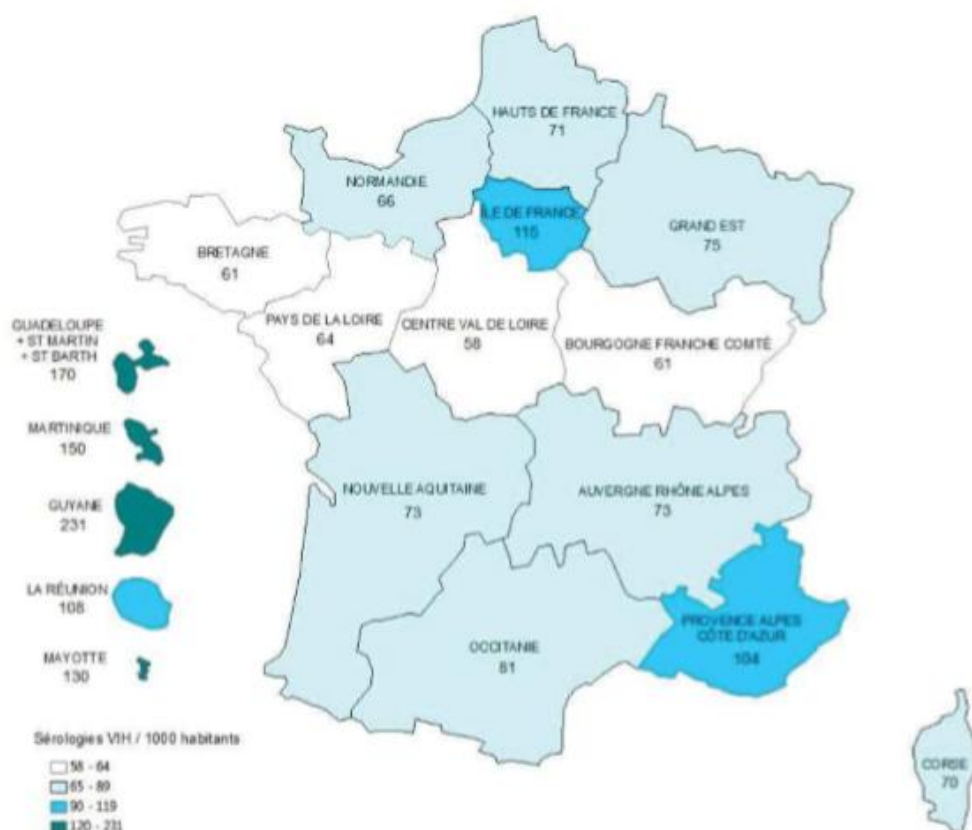


Figure 9 : Nombre total de sérologie VIH réalisées pour 1000 habitants par région en 2017 (6)

Le nombre de dépistage réalisé par TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique) pour le VIH en milieu associatif est estimé à 55700 en 2017 en France, avec une proportion de tests positifs plus élevée (7,3 pour 1000) que pour les sérologies (2 pour 1000). Ceci s'explique par le type de population dépistée : 31% d'HSB et 34% de migrants chez qui l'incidence de l'infection est forte. (5)

Même si le nombre de découvertes n'a pas pu être estimé en 2017, la description de la population touchée par l'épidémie a pu être décrite. (5) Les hommes représentaient 66% des découvertes, les jeunes de moins de 25 ans 14%, et les personnes de plus de 50 ans 22% (stabilisation du taux après une augmentation constante depuis 2003). Les HSB et les hétérosexuels nés à l'étranger concentraient la majorité des cas puisqu'ils représentent 83% des nouveaux diagnostics en 2017 (45% pour les HSB

et 38% pour les hétérosexuels nés à l'étranger). Les hétérosexuels nés en France et les UDI représentaient respectivement 15% et 1% des découvertes (Cf. figure 10).

Ces données permettaient d'identifier des populations « clés » à dépister pour cibler autant que possible les stratégies de prévention et de dépistage : les HSH et les personnes nées à l'étranger, ainsi, comme démontré plus récemment les hommes de plus de 50 ans, probablement jusqu'alors exclus des campagnes de prévention et de dépistage.

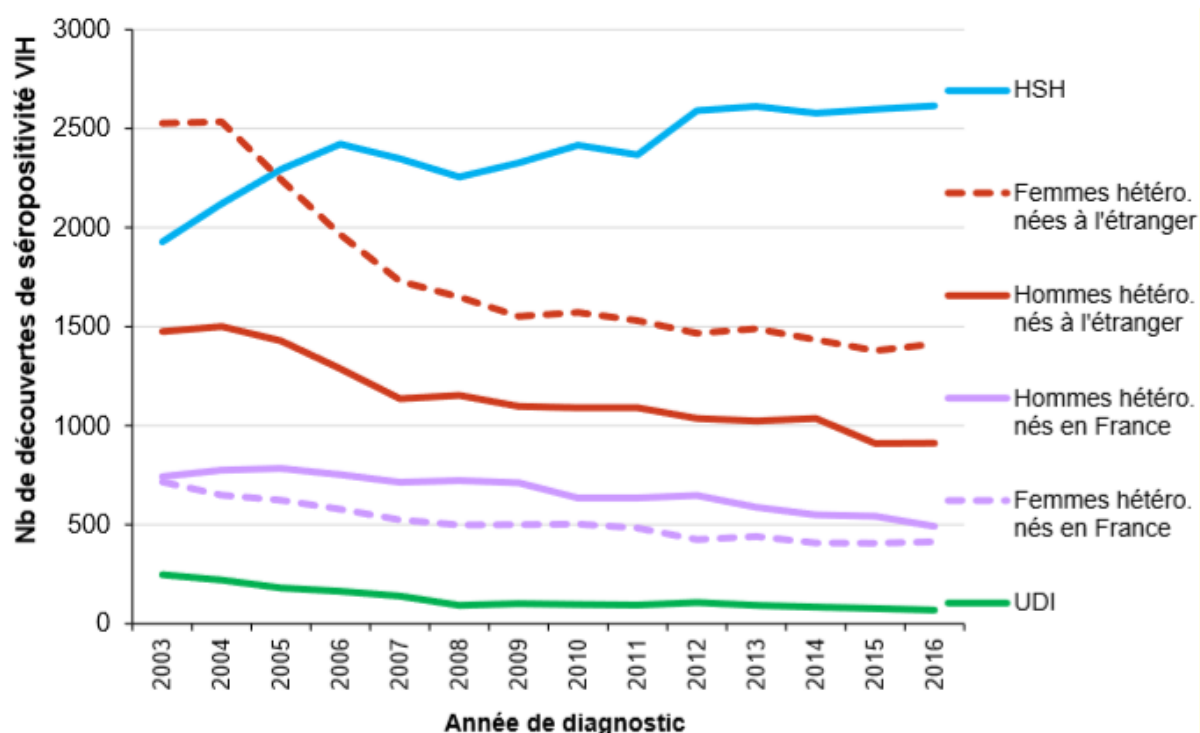


Figure 10 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par lieu de naissance en France entre 2003 et 2016 (34)

La description de l'épidémie Normande est similaire comme le montre le tableau 1 ci-dessous. (6) On note cependant une part plus importante de jeunes de moins de 25 ans (31%) et de plus de 50 ans (31%).

Tableau 1 : Distribution des caractéristiques sociodémographiques et épidémiologiques des découvertes de séropositivité, Normandie, 2012-2016 versus 2017 (6)

	Normandie	
	2012-2016 (N = 618)	2017 (N = 105)
Age médian [IC 25-75 %]	37 [29-47]	38 [29-52]
Sexe		
Homme	64 %	67 %
Classe d'âge		
< 30	31 %	31 %
31-49	40 %	38 %
50 et plus	29 %	31 %
Mode de contamination*		
Homo-bisexuel	43 %	41 %
Hétérosexuel	52 %	56 %
Autre	5 %	3 %
Délais de diagnostic*		
Précoce £	36 %	43 %
Intermédiaire	37 %	27 %
Tardif\$	27 %	30 %

Il existe une disparité de l'incidence de l'infection sur le territoire (Cf. figure 11) avec une incidence plus forte en Île-de-France et dans les départements ultramarins (34), devant conduire à une politique de dépistage adaptée à chaque région (diversité des populations dépistées)

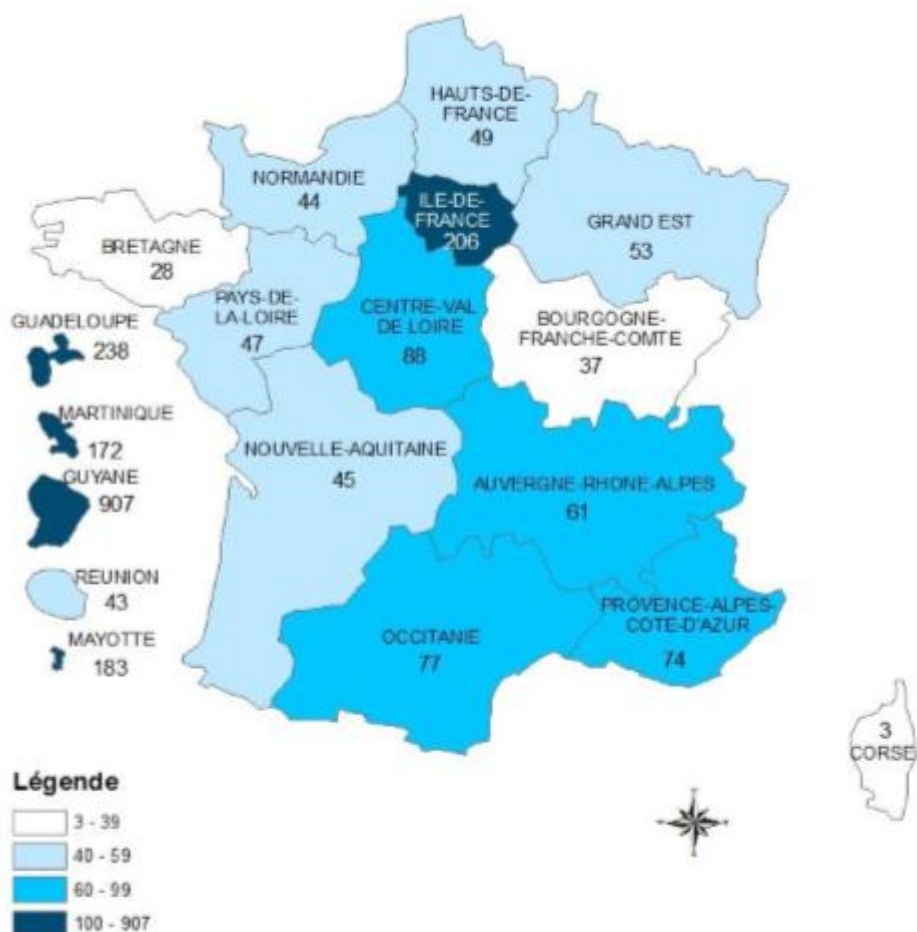


Figure 11 : Taux de découvertes de séropositivité VIH (par million d'hab.) par région de domicile, France, 2016 (34)

L'infection par le VIH en France est encore dans bien des cas découverte à un stade trop tardif de la maladie puisque 28% de ces infections sont découvertes à un stade avancé (stade SIDA et/ou $CD4+ < 200/mm^3$) et que seul 37% sont découvertes à un stade précoce (primo-infection ou $CD4+ > 500/mm^3$). (5) Un diagnostic trop tardif est corrélé à une morbi-mortalité plus importante de cette infection (26). Ces diagnostics tardifs sont plus fréquents chez les seniors (36% diagnostiqués à un stade tardifs vs 26% avant 50 ans) (35). Les caractéristiques épidémiologiques des diagnostics chez les seniors (cf. tableau 2) permettent d'identifier une population d'hommes, âgé, majoritairement hétérosexuels, n'ayant jamais été dépisté auparavant et dépistés tardivement qui correspond vraisemblablement à une population mal ciblée par le dépistage actuel.

Tableau 2 : Caractéristiques des découvertes de séropositivité VIH en 2016 chez les seniors de 50 ans et plus comparées à celles chez les 25-49 ans en France (données corrigées de la déclaration obligatoire du VIH au 30 juin 2017) (35)

	≥50 ans (N=1 184) %	25-49 ans (N=4 079) %	p
Sexe			<0,0001
Hommes	71,7	67,5	
Femmes	28,3	32,5	
Lieu de naissance			<0,0001
France	59,2	48,0	
Afrique subsaharienne	27,8	35,9	
Amérique	4,2	7,5	
Europe hors France	3,7	4,1	
Autres	5,2	4,6	
Mode de contamination			
Femmes			0,23
Rapports hétérosexuels	99,0	97,6	
Usage de drogues injectables	0,5	0,9	
Autres	0,5	1,5	
Hommes			<0,0001
Rapports hétérosexuels	50,7	32,2	
Rapports entre hommes	47,4	65,8	
Usage de drogues injectables	1,4	1,3	
Autres	0,5	0,7	
Sexe/ mode de contamination/ lieu de naissance			<0,0001
HSH nés en France	30,2	34,9	
HSH nés à l'étranger	3,8	9,6	
Hommes hétérosexuels nés à l'étranger	19,4	15,2	
Hommes hétérosexuels nés en France	17,0	6,6	
Femmes hétérosexuelles nées à l'étranger	16,8	25,9	
Femmes hétérosexuelles nées en France	11,2	5,8	
Usage de drogues injectables	1,1	1,2	
Autres modes de contamination	0,5	0,9	
Antécédent de sérologie négative			<0,0001
Aucun	48,2	41,5	
>24 mois	30,2	26,4	
de 12 à 24 mois	10,0	12,7	
<12 mois	11,5	19,4	
Stade clinique au diagnostic			<0,0001
Primo-infection	9,1	10,0	
Asymptomatique	55,5	68,4	
Symptomatique non sida	15,4	11,6	
Sida	20,0	10,0	
Nombre de lymphocytes CD4 au diagnostic			<0,0001
500 et plus	25,6	32,9	
350-499	17,2	22,0	
200-349	21,1	20,4	
0-199	36,1	24,7	
Stade immuno-clinique au diagnostic			<0,0001
Précoce	30,3	38,2	
Intermédiaire	31,4	36,1	
Avancé	38,3	25,7	
Infection récente			0,15
Oui	28,1	31,2	
Non	71,9	68,8	
Co-infection par une IST bactérienne			<0,0001
Oui	13,5	18,5	
Non	86,5	81,5	

En Normandie, les données retrouvaient également un diagnostic tardif dans 30% des cas, chez des personnes de plus de 50 ans dans 31% des cas. (6)

En France le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) est estimé à 153 400 en 2013. Des modélisations évaluent à 84% le nombre de personnes séropositives connaissant leur statut. Au total, comme présenté Figure N°12 et si l'on se réfère à l'estimation de 153 400 personnes vivant avec le VIH, 75% seraient sous traitement antirétroviral et 68% auraient une charge virale contrôlée (<50 copies par ml). (26)

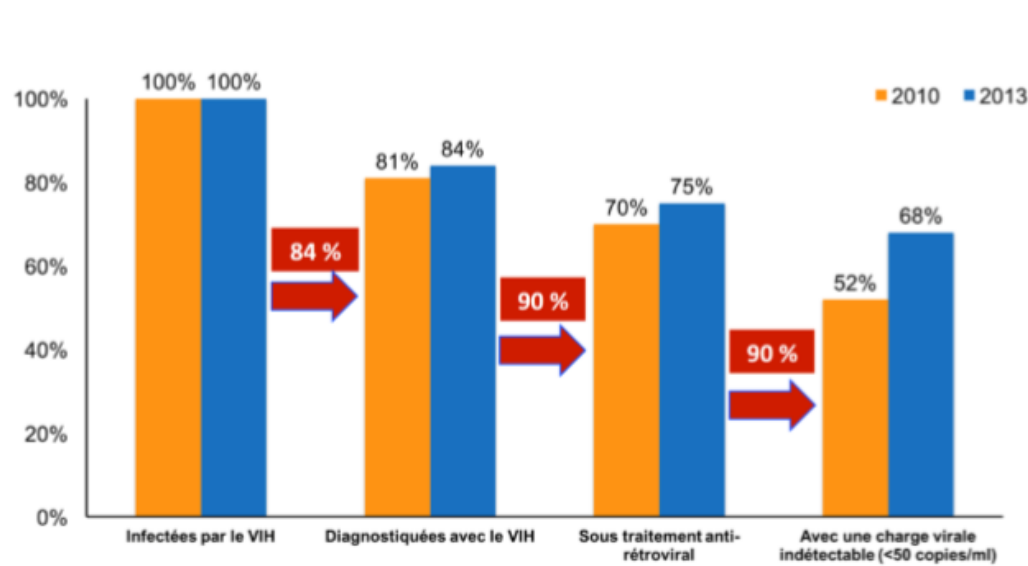


Figure 12 : Cascade de la prise en charge du VIH en France en 2010 et 2013 (26)

En Normandie, selon les données 2017 du COREVIH, 3064 patients sont suivis pour une infection par le VIH, dont 95 % sont traités et 93% des traités sont indétectables.

Le nombre de personnes ignorant leur séropositivité a fait l'objet d'une estimation en 2016. Ainsi, en France 23 000 personnes environ seraient séropositives sans le savoir, et resteraient de ce fait à l'origine des nouvelles contaminations, et exposées à l'évolution vers des complications graves. Amener ces personnes, qui représentent ce qui est parfois dénommé « l'épidémie cachée » au diagnostic est de toute importance dans l'objectif de réduire le nombre de nouvelles contaminations. Elles représentent la cible principale des stratégies de prévention et de dépistage.

47% des découvertes en 2017 l'ont été sur un premier test (5), d'où la nécessité d'appliquer les recommandations de dépistage en population générale, en population clé et chez les seniors hétérosexuels où se cache vraisemblablement une partie de l'épidémie.

Ainsi, l'infection par le VIH est toujours d'actualité avec une stagnation du nombre de nouvelles découvertes. Les populations clés (HSH, personnes originaires d'un pays étrangers) doivent être la cible du dépistage. Les seniors, qui n'ont que peu recours au dépistage représentent possiblement une part de l'épidémie cachée et pourraient être à inclure davantage dans les campagnes de prévention et de dépistage.

2.4.2 Hépatite virale B

En 2016, selon l'enquête LaboHep, le nombre de test Ag HbS positif était de 33 962 sur 4,3 millions de tests réalisés en France soit un taux de positivité de 0,8%, stable depuis plusieurs années (31)

En Normandie, le nombre de tests positifs est estimé à 790 sur 168 675 tests en 2016 soit un taux de positivité estimé à 0,4%.

Le nombre de test réalisé en France augmente depuis plusieurs années avec une majorité de tests réalisés en laboratoire de ville (71%), ne représentant pourtant que 56% des tests positifs, témoignant d'un ciblage moins efficient qu'en milieu hospitalier.

Selon les données de la SNIIRAM (Cf. figure 13), 3,2 millions de tests (49/1000 habitants) ont été effectués en laboratoire privé en 2015 ; ce taux était plus faible en Normandie, de 37/1000 habitants (Cf. figure 14)

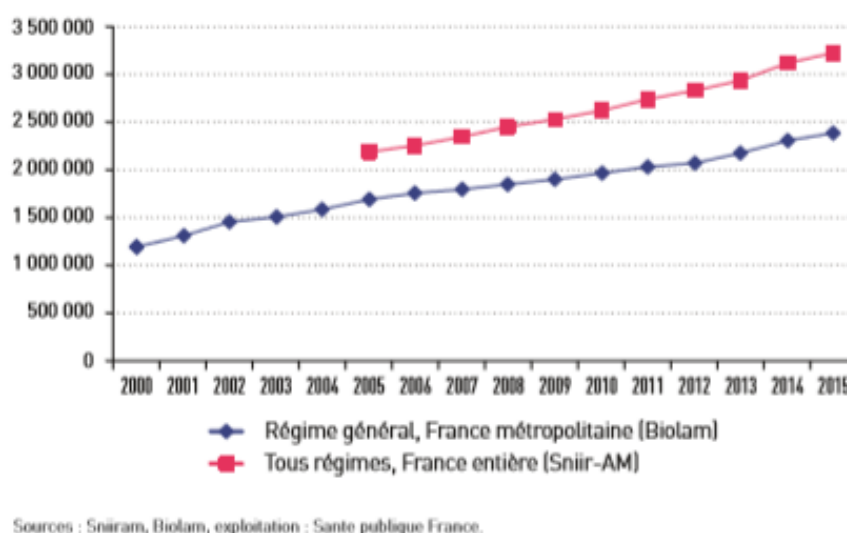


Figure 13 : Activité de dépistage de l'antigène HbS (nombre de tests) en France entre 2000 et 2015 (36)

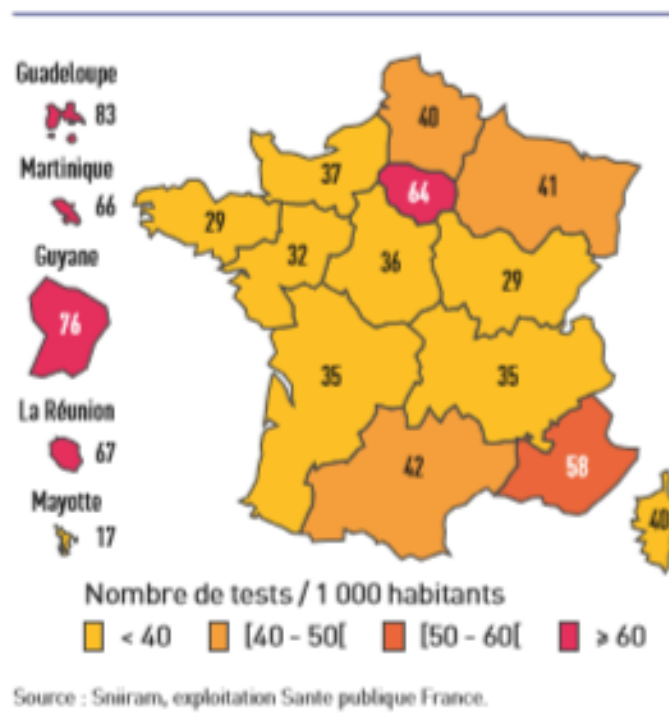


Figure 14 : Activité de dépistage de l'Ag HBs (tests/1 000 habitants), données régionales, France, 2015 (Sniiram) (36)

Les personnes dépistées positives pour l'antigène HbS étaient majoritairement des hommes (54%), d'âge moyen de 43 ans, là encore, et comme noté pour le VIH, la part des hommes de plus de 39 ans était importante (Cf. figure 15).

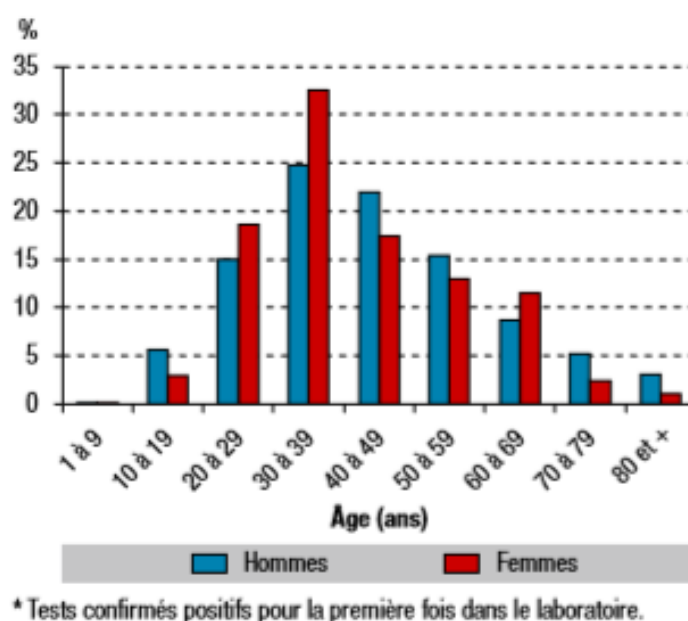


Figure 15 : Distribution des tests confirmés positifs pour l'antigène HBs selon le sexe et l'âge des personnes. Enquête LaboHep 2016, France (31)

En moyenne le taux de positivité de l'Ag HbS est estimé à 51/100 000 habitants avec une disparité géographique : un taux plus élevé en région parisienne, en région PACA et dans les départements ultramarins (31) (Cf. figure 16).

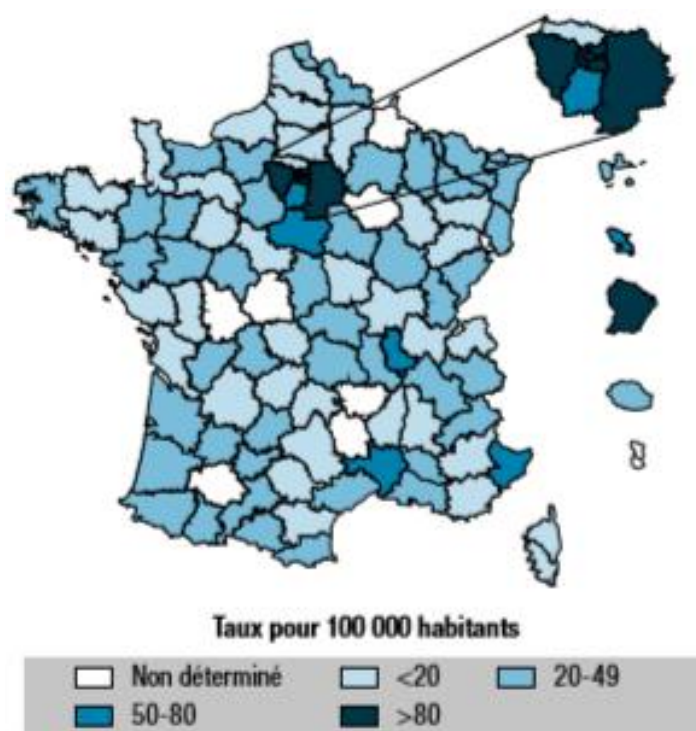


Figure 16 : Nombre de tests AgHBs confirmés positifs pour 100 000 habitants (31)

En 2015, selon les données du SNIIRAM, les patients pris en charge au titre d'une affection de longue durée pour hépatite B chronique étaient de 20 350 (31/100 000 habitants) en augmentation depuis 2013 (18500) (36) ; 528 (16/100 000 habitants) personnes étaient prises en charge en Normandie. (32)

Les données épidémiologiques permettent d'identifier 2 principaux groupes de population à risque : les personnes originaires des zones de moyennes ou fortes endémie pour l'hépatite B (zones de forte endémie : Afrique sub-saharienne et Asie de l'Est ; zones de moyenne endémie : l'Afrique du Nord, le Moyen-Orient, l'Amérique du Sud, le sous-continent indien, l'Europe de l'Est et du Sud) puisque entre 2008 et 2011, 81% des personnes nouvellement prise en charge pour une hépatite B chronique dans les services d'hépatologie étaient nés dans ces zones. Dans une moindre mesure, les usagers de drogues intraveineuses étaient également à fort risque, avec une prévalence de l'Ag HbS de 1,4%.

Les personnes nées en zone de faible endémicité étaient proportionnellement plus âgées (en moyenne 44 ans) et prises en charge plus tardivement, comme cela a déjà été relevé pour l'infection par le VIH.

Le principal mode de transmission supposé chez les migrants était la transmission materno-fœtale. (36)

Entre 2012 et 2014, le nombre d'hépatites B aiguës (définies par la présence d'IgM anti Hbc ou par un Ag HbS +, Ac anti-HbC + dans un contexte d'augmentation importante des ALAT) ayant fait l'objet d'une déclaration obligatoire était de 260. Ce chiffre paraît assez faible mais les épidémiologistes estiment que le relevé de cette donnée fait l'objet d'une très large sous-déclaration, de l'ordre de 23%. A titre d'exemple, selon l'enquête LaboHep réalisée à partir d'un échantillon de laboratoires de ville et hospitalier en 2013, 387 cas avaient été diagnostiqués, et seulement 91 cas notifiés via la déclaration obligatoire. (37)

L'analyse de l'ensemble de ces cas met en évidence 2 facteurs de risque majeurs : l'exposition sexuelle (partenaires multiples, HSH), et un voyage en zone d'endémie (Cf. tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des expositions à risque au cours des 6 mois précédant le diagnostic d'hépatite B aiguë, déclaration obligatoire (DO), 2012-2014, France (37)

	Nombre de cas (N=260)	%
Aucune exposition à risque rapportée	97	37,3
Exposition sexuelle	100	38,5
Partenaire sexuel Ag HBs positif*	24	9,2
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	42	21,0*
Partenaires sexuels multiples*	59	22,7
Voyage en zone d'endémie du VHB*	56	21,5
Soins invasifs (dialyse, chirurgie, greffe...)*	14**	5,4
Porteur chronique de l'Ag HBs dans l'entourage familial*	12	4,6
Tatouage, piercing	13	5,0
Séjour en institution*	6	2,3
Usage de drogues*	12	4,6
Exposition professionnelle*	5	1,9

NB : les expositions à risque pouvant être multiples, le total est supérieur à 100% et tous les pourcentages sont calculés sur le total des cas.

* Pourcentage calculé sur les 200 cas d'hépatite B aiguë masculins déclarés.

* Ces expositions à risque sont considérées comme relevant d'une indication vaccinale (pour les soins invasifs, seules la dialyse et la greffe ont une indication vaccinale)¹.

** Les soins ont été réalisés en France métropolitaine pour 9 cas sur les 12 pour lesquels l'information sur le pays de réalisation des soins était présente (information manquante pour 2 cas).

Parmi les cas pour lesquels le statut vaccinal anti-VHB était connu (79%), 97% n'avaient reçu aucune dose de vaccin et 0,5% avaient reçu un schéma vaccinal complet (au moins trois doses).

Ceci démontrait que bien des cas d'hépatite B auraient pu être évité par une vaccination dont l'efficacité lorsqu'elle bien conduite est de l'ordre de 95%. (25) Même si la couverture vaccinale était en nette progression à l'âge de 24 mois (88% en 2015 en France, Cf figure 17), celle-ci restait très faible en population générale pour espérer une immunité collective (couverture de 51% à 6 ans en 2015, 46% à 11 ans en 2013), l'objectif à atteindre pour interrompre la transmission du VHB étant de 90% selon l'OMS.

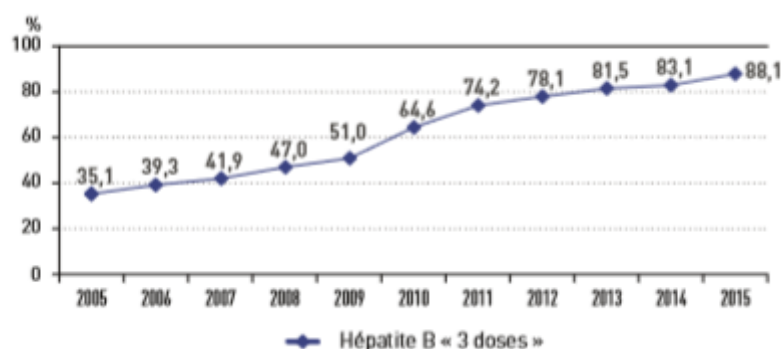


Figure 17 : Couverture vaccinale contre hépatite B, 3 doses à 24 mois, certificats de santé, France, 2005-2015 (36)

Le principal frein à cette vaccination semblait être la méfiance vis-à-vis de la vaccination puisque selon l'enquête baromètre santé de 2016, 58% des patients interrogés pensaient que ce vaccin était susceptible d'engendrer des effets indésirables graves et que seulement 1/3 des médecins généralistes proposaient un rattrapage vaccinal à l'adolescence. (36)

Ainsi ces données permettaient d'identifier à nouveaux les mêmes populations à risque (HSH, migrants, UDI) et les mêmes populations mal dépistées et prise en charge tardivement (hommes âgés). Une partie importante de la prévention repose sur la vaccination, dont la récente obligation vaccinale devrait permettre une augmentation de la couverture vaccinale.

2.4.3 Hépatite virale C

Selon l'enquête LaboHep, le nombre de tests positifs pour le VHC a été estimé à 30 229 en 2016 sur 4,1 millions de tests réalisés soit un taux de positivité estimé à 0,7%, en baisse depuis 2013 (-7%). Cette baisse illustre vraisemblablement l'efficacité des traitements antiviraux curatifs de l'hépatite C (90% de guérison), limitant la transmission du virus, ainsi que la politique de prévention mise en place à visée des populations cibles (création de salles de shoot, associations, matériel d'injection à usage unique...) (31)

En Normandie, 722 tests étaient revenus positifs sur 166 466 en 2016 soit un taux de positivité de 0,4%.

Là encore, le nombre de tests réalisés augmentait au cours des années précédentes. La majorité des tests se faisaient dans des laboratoires privés (71%). Cependant 49% des tests positifs étaient réalisés en laboratoire public témoignant d'un meilleur ciblage du dépistage. (31)

En 2015, 3,1 millions de tests en laboratoire privés ont été remboursés par l'assurance maladie (Cf. figure 18) soit 47 tests/1000 habitants. En Normandie, le taux était là encore plus faible, de 37 tests/1000 habitants soit 123 000 tests. (32,36)

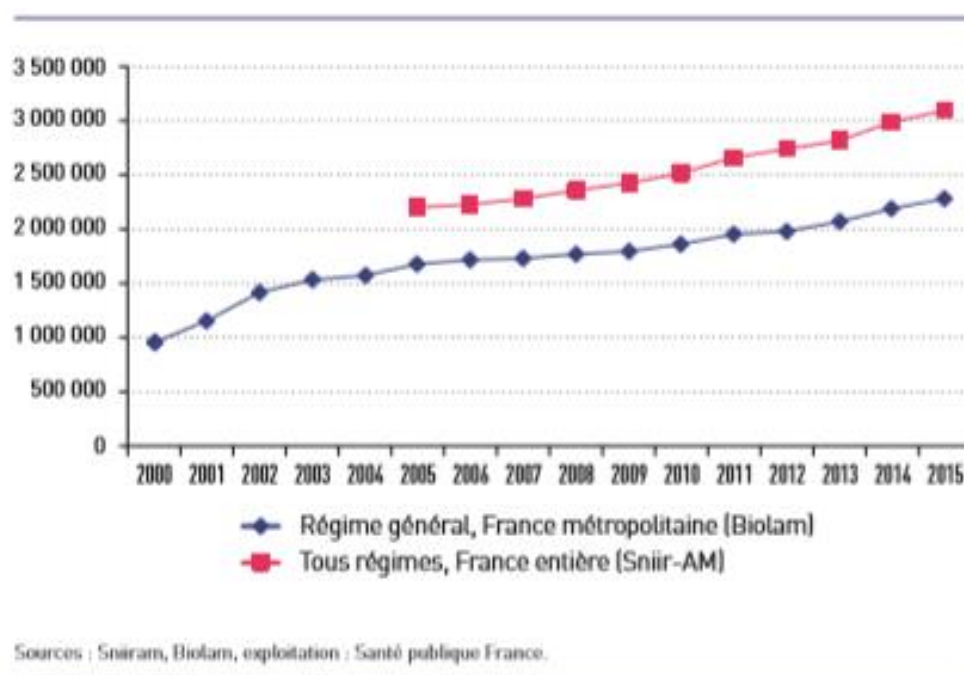
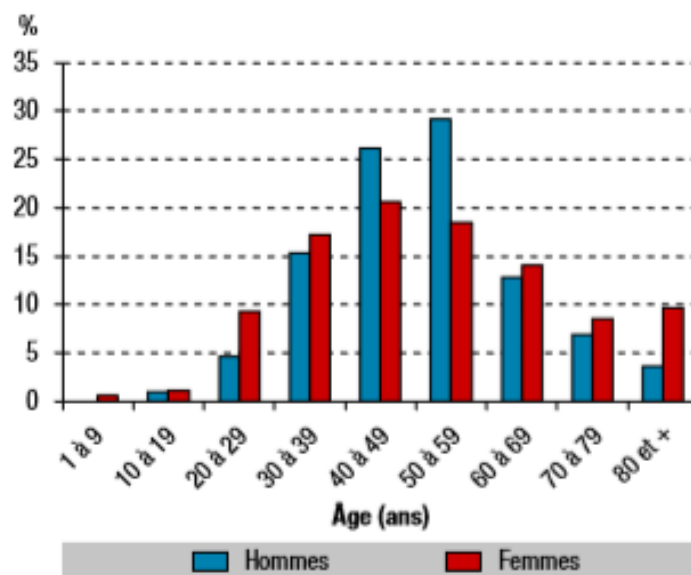


Figure 18 : Activité de dépistage des Anticorps anti-VHC (nombre de tests), France, 2000-2015 (36)

Les personnes dépistées pour la première fois positives pour le VHC étaient majoritairement des hommes (56%) d'âge moyen de 51 ans (Cf. figure 19). Le taux de positivité en 2016 a été estimé à 45/100 000 habitants avec cependant des disparités géographiques importantes (plus élevé en Ile de France, région PACA et départements ultramarins, Cf. figure 20). (31) Ce test était positif pour la première fois pour 80,6% des dépistés. (36)



* Tests confirmés positifs pour la première fois dans le laboratoire.

Figure 19 : Distribution des tests confirmés positifs pour les anticorps (Ac) anti-VHC selon le sexe et l'âge des personnes. (31)

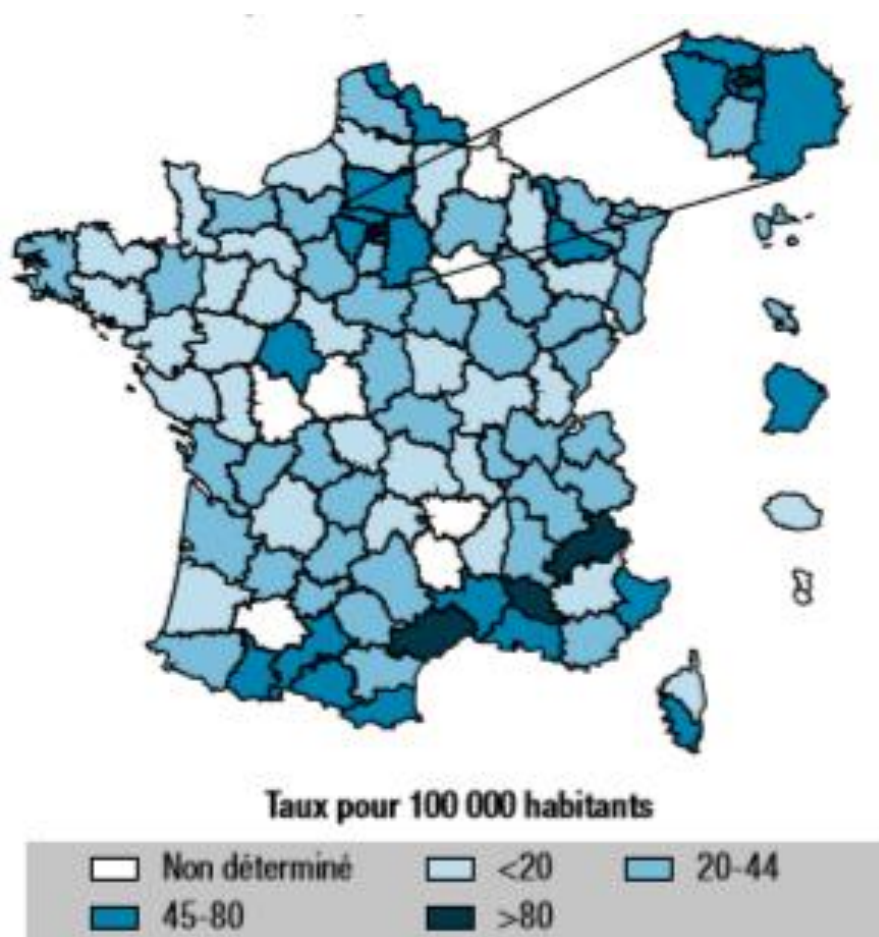
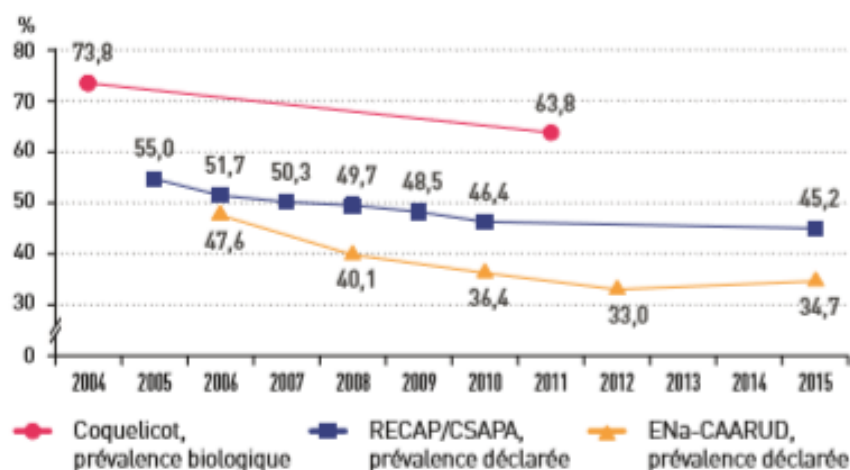


Figure 20 : Nombre de tests Ac anti-VHC confirmés positifs pour 100 000 habitants (31)

L'épidémiologie de l'infection par le VHC (36) permet d'identifier des populations à risque : les usagers de drogues dont 44% sont positifs pour la sérologie VHC, 65% pour les usagers de drogues intraveineuse (Cf. figure 21), les HSH, les migrants et personnes en situation de précarité avec une prévalence de 2,7% chez les personnes vues en consultation par l'association Médecins du monde (versus 0,75% en population générale).



CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue
 CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
 Sources : OFDT (enquêtes ENa-CAARUD et RECAP/CSAPA), Santé publique France (enquête ANRS-Coquelicot)

Figure 21 : Évolution de la prévalence de l'infection par le virus de l'hépatite C parmi les UDI, France, 2004 – 2015 (36)

Selon les données de la SNIIRAM (36), en 2015, 63 300 personnes étaient suivies en France au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) pour une hépatite virale C chronique, chiffre en baisse de 5 à 8% par an en France depuis 2013. Cette diminution était en lien avec l'arrivée en 2013 des antiviraux d'action directe permettant une guérison de l'hépatite C dans 90% des cas : entre 2014 et 2015, 20 300 personnes ont été guéries de l'hépatite C sur 22 600 personnes traitées. En Normandie, en 2015, 2428 personnes étaient en ALD pour hépatite C chronique.

Ces données permettaient là encore d'identifier les mêmes populations très à risque qui doivent donc être dépistées pour les 3 virus (VIH, VHB, VHC) : les HSH, les migrants et précaires, les UDI, et, pour l'hépatite virale C également une proportion d'hommes en moyenne plus âgés, mal dépistés.

2.4.4 Hépatite virale A

Depuis février 2017, une épidémie d'hépatite A sévit en Europe et en France (38). En effet, selon les données de la déclaration obligatoire, du 1^{er} janvier au 31 octobre 2017 (Cf. figure 22), 2980 cas d'hépatite A avaient été déclarés soit 4 fois plus qu'en 2016 (697 cas), avec des cas principalement masculins (sex ratio à 8 hommes pour une femme)

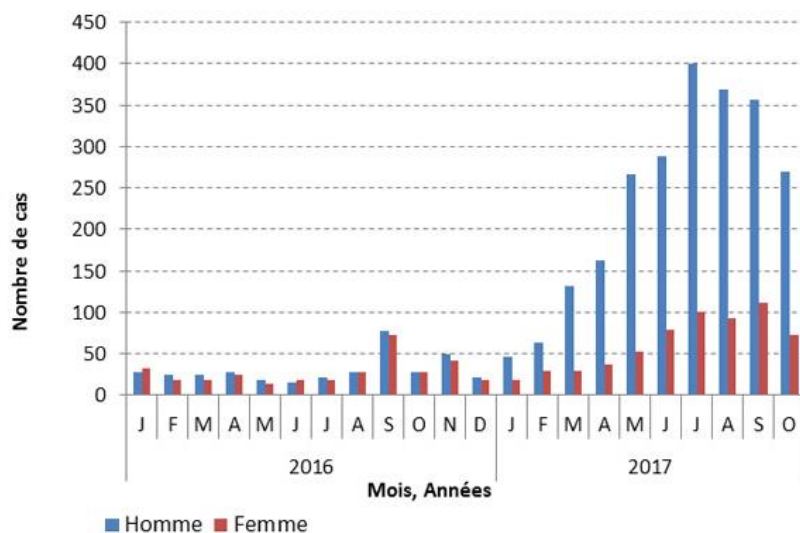


Figure 22 : Nombre de cas d'hépatite A par sexe, France 2016-2017 (38)

Cette épidémie était européenne, puisque le nombre de cas estimé entre juin 2016 et mai 2017 selon Eurosurveillance était de 4096 cas dans l'union européenne (Cf. Figure 23 et tableau 4). (39)

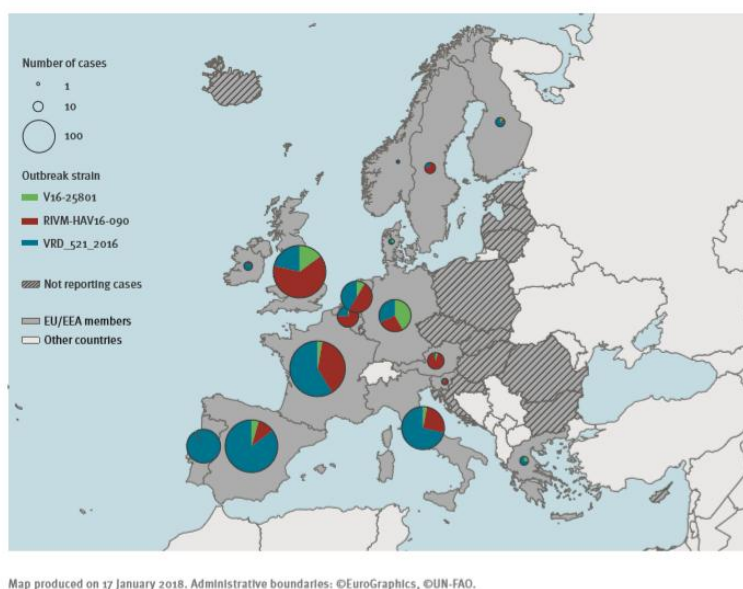


Figure 23 : Répartition du nombre de cas confirmés d'hépatite A en fonction des pays et des souches lors de l'épidémie d'hépatite A chez les HSH dans l'union européenne du 01/06/2016 au 31/05/2017 (n = 1400 cas) (39)

Tableau 4 : Caractéristiques épidémiologiques des cas d'hépatite A survenue en Europe lors de l'épidémie touchant principalement les HSH du 01/06/2016 au 31/05/2017 (n = 4,096) (39)

Characteristics	Confirmed		Probable		Possible		Total	
	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a
Total	1,400	34	964	24	1,732	42	4,096	100
Sex								
Male	1,283	93	964	100 ^b	1,732	100 ^b	3,979	98
Age								
Median (IQR)	33	28–43	33	27–40	32	26–38	32	27–40
Age categories								
0–17 years	26	2	4	0	NA	NA	30	1
18–45 years	1,086	79	857	89	1,732	100 ^b	3,675	90
46–65 years	244	18	106	11	NA	NA	350	8
66+ years	22	1	1	0	NA	NA	23	1
Subtotal	1,378	100	963	100	1,732	100	4,073	100
Reporting country								
Austria	26	2	NA	NA	53	3	79	2
Belgium	42	3	36	4	40	2	118	3
Denmark	3	0	4	0	NA	NA	7	0
Finland	8	1	NA	NA	NA	NA	8	0
France	294	21	NA	NA	NA	NA	294	7
Germany	98	7	NA	NA	NA	NA	98	2
Greece	4	0	23	2	15	1	42	1
Ireland	7	1	5	1	NA	NA	12	0
Italy	175	13	343	36	279	16	797	19
Malta	NA	NA	7	1	2	0	9	0
The Netherlands	93	7	10	1	13	1	116	3
Norway	1	0	NA	NA	NA	NA	1	0
Portugal	109	8	NA	NA	NA	NA	109	3
Slovenia	4	0	NA	NA	NA	NA	4	0
Spain	262	19	536	56	1,330	77	2,128	52
Sweden	11	1	NA	NA	NA	NA	11	0
UK	263	19	NA	NA	NA	NA	263	6
Subtotal	1,400	100	964	100	1,732	100	4,096	100

NA: not applicable.

^a All percentages are based on the total of available data for each variable.

^b As per outbreak case definition.

En Normandie, en 2017, 154 cas d'hépatite A ont été déclarés versus 11 cas en moyenne par an avant cette date. Le sex ratio s'élevait à 4,9 depuis le début de l'épidémie. (40)

L'investigation épidémiologique de cette épidémie a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs de risque (Cf. tableaux 5 et 6) : le sexe masculin (94% des cas), HSH (90% des cas) multipartenaires, et la fréquentation récente d'établissement de « consommation » sexuelle (sauna dans 95% des cas).

Tableau 5 : Analyse des facteurs de risque des cas d'hépatite A survenue en Europe lors de l'épidémie touchant principalement les HSH du 01/06/2016 au 31/05/2017 (n = 308) (39)

Characteristics	RIVM-HAV16-090		V16-25801		VRD 521_2016		Not-sequenced		Total	
	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a	n	% ^a
Total	166	54	39	13	86	28	17	5	308	100
Sex										
Male	155	95	38	97	79	92	17	100	289	94
Age categories										
0–17 years	7	4	0	0	0	0	1	6	8	3
18–45 years	137	83	36	92	66	77	15	88	254	82
46–65 years	21	13	3	8	18	21	1	6	43	14
66+ years	1	1	0	0	2	2	0	0	3	1
Subtotal	166	100	39	100	86	100	17	100	308	100
Sexual contact^b										
With male	119	96	27	90	49	75	27	90	212	90
With female	4	3	3	10	6	9	3	10	13	6
With both	0	0	0	0	3	5	0	0	3	1
No sexual exposure	1	1	0	0	7	11	0	0	8	3
Subtotal	124	100	30	100	65	100	30	100	236	100
No of sexual contacts										
1–2	77	70	14	50	32	63	4	40	127	64
≥ 3	33	30	14	50	19	37	6	60	72	36
Subtotal	110	100	28	100	51	100	10	100	199	100
Regular sex partners^c										
1–2	50	96	13	81	22	100	4	100	89	95
3–5	2	4	2	13	0	0	0	0	4	4
6–10	0	0	1	6	0	0	0	0	1	1
> 10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal	52	100	16	100	22	100	4	100	94	100
Casual sex partners^c										
1–2	34	65	9	75	11	52	6	86	60	65
3–5	12	23	1	8	8	38	1	14	22	24
6–10	3	6	1	8	2	10	0	0	6	7
> 10	3	6	1	8	0	0	0	0	4	4
Subtotal	52	100	12	100	21	100	7	100	92	100
Anonymous sex partners^c										
1–2	24	60	4	33	8	47	0	0	36	48
3–5	9	23	3	25	8	47	2	33	22	29
6–10	3	8	3	25	0	0	2	33	8	11
> 10	4	10	2	17	1	6	2	33	9	12
Subtotal	40	100	12	100	17	100	6	100	75	100
Condom use										
Always	28	36	8	36	13	54	2	20	51	38
Most time (> 50%)	12	16	0	0	1	4	6	60	19	14
Sometime (< 50%)	18	23	6	27	4	17	1	10	29	22
Never	19	25	8	36	6	25	1	10	34	26

Tableau 6 : Analyse des facteurs de risque des cas d'hépatite A survenue en Europe lors de l'épidémie touchant principalement les HSH du 01/06/2016 au 31/05/2017 (n = 308) (39)

Characteristics	RIVM-HAV16-090		V16-25801		VRD 521_2016		Not-sequenced		Total	
	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *	n	% *
Subtotal	77	100	22	100	24	100	10	100	133	100
Use of dating apps to meet sex partners										
Yes	35	31	5	24	13	26	5	50	58	30
Attended a gay club										
Yes	35	97	9	90	8	80	8	100	60	94
Attended a gay sauna										
Yes	24	100	3	75	3	75	5	100	35	95
PrEP use										
Always	0	0	0	0	0	0	1	11	1	0
Sometime (< 50%)	0	0	0	0	0	0	1	11	1	0
Never	130	100	26	100	64	100	7	78	227	99
Subtotal	130	100	26	100	64	100	9	100	229	100
HIV infection										
Yes	5	21	1	11	5	14	3	20	14	17
Travel abroad										
Yes	39	25	10	29	25	31	10	59	84	29
Sex while abroad										
Yes	16	64	4	80	11	58	8	89	39	67
Reporting country										
Belgium	0	0	0	0	0	0	10	59	10	3
Denmark	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0
Greece	0	0	2	5	2	2	0	0	4	1
Italy	13	8	0	0	27	31	0	0	40	13
The Netherlands	13	8	2	5	7	8	7	41	29	9
Spain	0	0	5	13	3	3	0	0	8	3
UK	140	84	30	77	46	53	0	0	216	70
Subtotal	166	100	39	100	86	100	17	100	308	100

En Normandie, les constatations étaient similaires, quoique le pourcentage de personnes HSH parmi les cas soit légèrement moindre, de 63%. Cette épidémie, d'hépatite virale A en France et en Europe, touchant majoritairement les HSH démontrait la transmission sexuelle de l'hépatite virale A, principalement dans la population homosexuelle, et justifiait la recommandation de vaccination contre l'hépatite A des HSH. (24)

2.4.5 Syphilis

Selon le réseau ReSIST, réseau de cliniciens travaillant majoritairement en structure spécialisées (CeGIDD, CDAG...), en 2016, nombre de cas déclarés de syphilis récentes (datant de moins de 1 an) était stabilisé, après une augmentation constante durant plusieurs années (Cf. figure 24) et malgré un nombre de cas toujours élevé (1749 cas déclarés en 2016) (41). En 2017, ce taux, pour la 2^{ème} année consécutive, restait stable. (5)

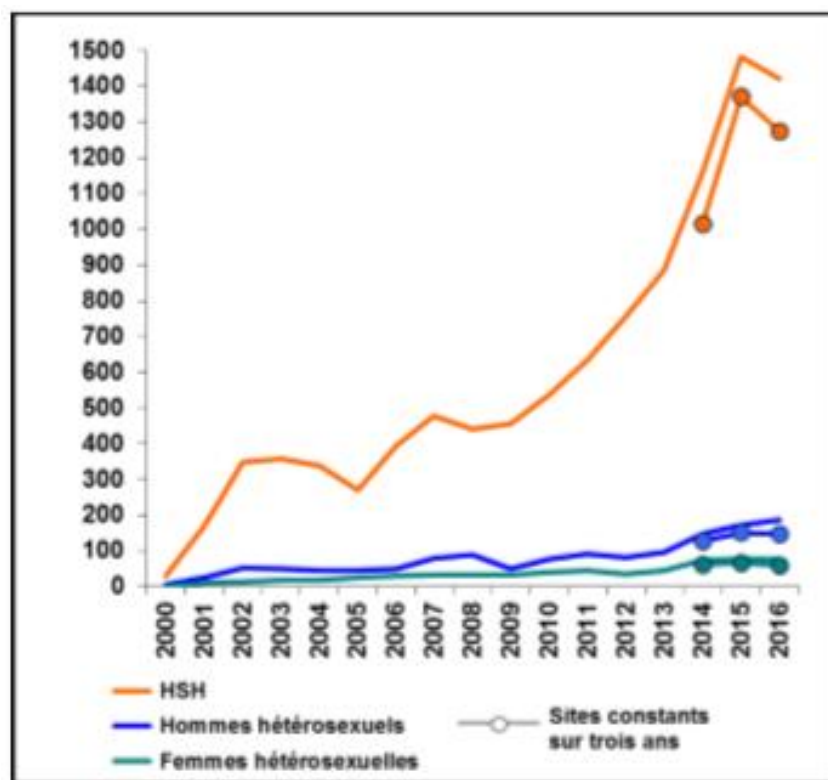


Figure 24 : Nombre de cas de syphilis récente selon l'orientation sexuelle, France, 2000-2016 (34)

Les cas déclarés concernaient majoritairement les HSH (81,2%), les 20-49 ans (71%). 32% des cas déclarés en 2016 étaient co-infectés par le VIH (Cf. tableau 7). Parmi les cas de syphilis, seulement 2% des personnes utilisaient le préservatif pour la fellation. (42)

Tableau 7 : Évolution des caractéristiques des patients diagnostiqués pour une syphilis récente, réseau RésIST, France, 2000-2016 (41)

	2000-2013 N=7 390	2014 N=1 405	2015 N=1 755	2016 N=1 749
Age médian (ans)				
HSH	36	36	37	37
Hommes hétérosexuels	38	36	36	35
Femmes hétérosexuelles	29	28	29	32
Lieu de naissance (%)				
France	72,7	76,3	77,6	71,7
Autres pays européens	4,7	4,3	3,3	3,9
Afrique du nord	2,4	2,6	2,2	1,7
Afrique subsaharienne	2,7	3,2	2,5	5,3
Autres continents	4,6	5,1	5,1	3,8
Inconnu	12,9	8,5	9,3	13,6
Orientation sexuelle (%)				
HSH	82,5	82,5	84,5	81,2
Hommes hétérosexuels	11,3	10,5	9,8	10,7
Femmes hétérosexuelles	5,2	5,3	4,4	4,4
Femmes homo-bisexuelles	0,1	0,1	0,2	0,5
Inconnue	1,0	1,6	1,0	3,3
Stade de la syphilis (%)				
Primaire	22,7	25,5	24,8	26,8
Secondaire	40,2	35,4	37,3	30,8
Latente précoce	37,1	39,1	37,9	42,4
Statut sérologique VIH (%)				
Positif connu	34,4	29,5	30,3	28,9
Découverte de séropositivité	3,9	3,1	2,5	2,6
Négatif	56,2	60,7	61,5	62,7
Inconnu	5,5	6,6	5,8	5,8

En Normandie, en 2017, 37 cas ont été déclarés dont les caractéristiques épidémiologiques étaient similaires (6) (Cf. tableau 8).

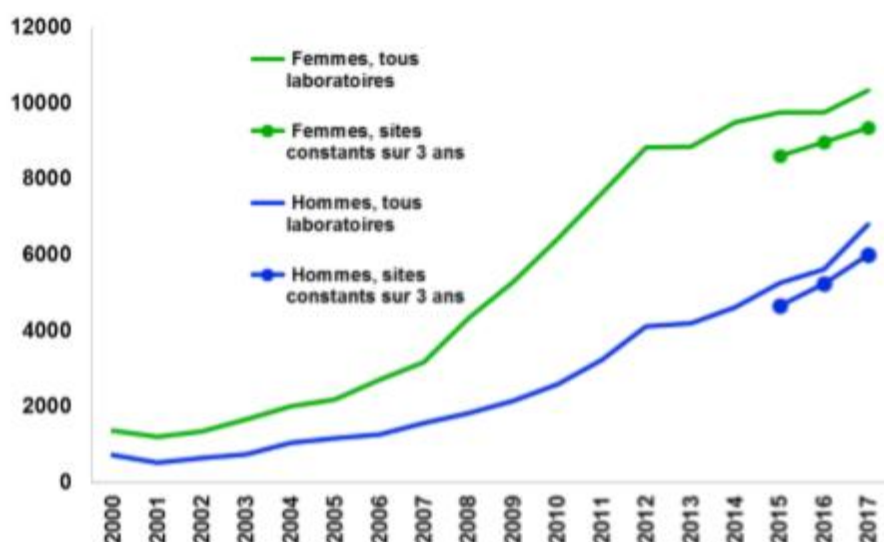
Tableau 8 : Caractéristiques de cas de syphilis récente, RésIST, Normandie, 2015-2017 (6)

	2015 (n = 26)	2016 (n = 35)	2017 (n = 37)
Sexe (%)			
Homme	26 (100)	33 (94)	36 (97)
Femme	0	2 (6)	1 (3)
Age médian [IQ 25-75 %]	37 [25-50]	34 [22-46]	31 [23-44]
Orientation sexuelle (%)			
HSH	21 (81)	19 (58)	28 (78)
Hommes hétérosexuels	5 (19)	12 (36)	7 (19)
Femmes hétérosexuelles	0	2 (6)	1 (3)
Données manquantes		2	1
Signes cliniques (%)			
Oui	15 (58)	21 (60)	19 (51)
Non	11 (42)	14 (40)	18 (49)
Non renseigné	0	0	0
Stade diagnostique (%)			
Latente précoce	11 (42)	15 (43)	15 (40)
Primaire	5 (19)	8 (23)	14 (38)
Secondaire	10 (38)	12 (34)	8 (22)
Co-infection VIH (%)			
Oui, déjà connue	0	2 (8)	7 (23)
Oui, découverte	2 (10)	0	2 (7)
Négative	19 (90)	23 (92)	21 (70)
Non renseigné	2	10	7
Motif de consultation (%)			
Signes évocateurs IST	-	15 (45)	18 (54)
Dépistage systématique	-	12 (36)	8 (24)
IST chez partenaire	-	2 (6)	5 (15)
Bilan (prise risque, arrêt préservatif, autre)	-	4 (13)	3 (9)
Non renseigné	-	2	3

La population à risque pour la syphilis correspondait aux HSH, qu'il est essentiel de dépister, à plus forte raison compte tenu de l'association épidémiologique avec l'infection par le VIH dans 1/3 des cas.

2.4.6 Infection à *Chlamydiae Trachomatis*

Selon le réseau de surveillance RénaChla (réseau de laboratoire), le nombre de cas déclarés continuait d'augmenter en 2017 (+15% entre 2015 et 2017, Cf. figure 25) (5). Néanmoins l'exhaustivité de ce réseau était faible, estimée à 18,2% en 2012, incitant à une grande prudence dans l'interprétation des données épidémiologiques obtenues. (41)



Source : Réseau Rénachla, SpFrance

NB : le nombre de sites participant aux réseaux de surveillance pouvant fluctuer au cours du temps, il est important d'analyser les tendances à sites constants sur les années récentes.

Figure 25 : Evolution du nombre de diagnostics d'infection à Chlamydia, France, 2000-2017 (5)

Le nombre de cas estimé par l'enquête LaboIST réalisée en 2016 en France auprès des laboratoires participants au Réseau Rénachla était très élevé, de 267 097 soit 491 cas pour 100 000 habitants (3,4 fois plus qu'en 2012). (43)

Tableau 9 : Taux de diagnostics pour 100 000 habitants d'infections à chlamydia selon la région, le sexe et l'âge (43)

Infections à <i>Chlamydia</i>	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM
Hommes 15-24 ans	329 [301 - 357]	1867 [1 330-2 404]	485 [253-718]
Hommes 25-59 ans	167 [153-181]	1072 [795-1349]	248 [117-378]
Hommes 60 ans et +	6 [5,4-6,7]	60 [44-76]	13 [2-24]
Femmes 15-24 ans	1 357 [1 223-1 492]	5 482 [4 155-7 208]	1 761 [885-2 637]
Femmes 25-59 ans	233 [215-252]	1 129 [802-1 456]	403 [204-601]
Femmes 60 ans et +	4,9 [4,5-5,3]	52 [40-64]	10 [5-15]

La population touchée par cette épidémie d'IST correspondait majoritairement à des femmes, de moins de 25 ans chez qui l'incidence de l'infection était la plus élevée (1357/100 000 habitants, Cf. tableau 9).

Là encore les régions les plus touchées étaient l'Ile de France, la région PACA et les départements ultramarins (Cf. figure 26).

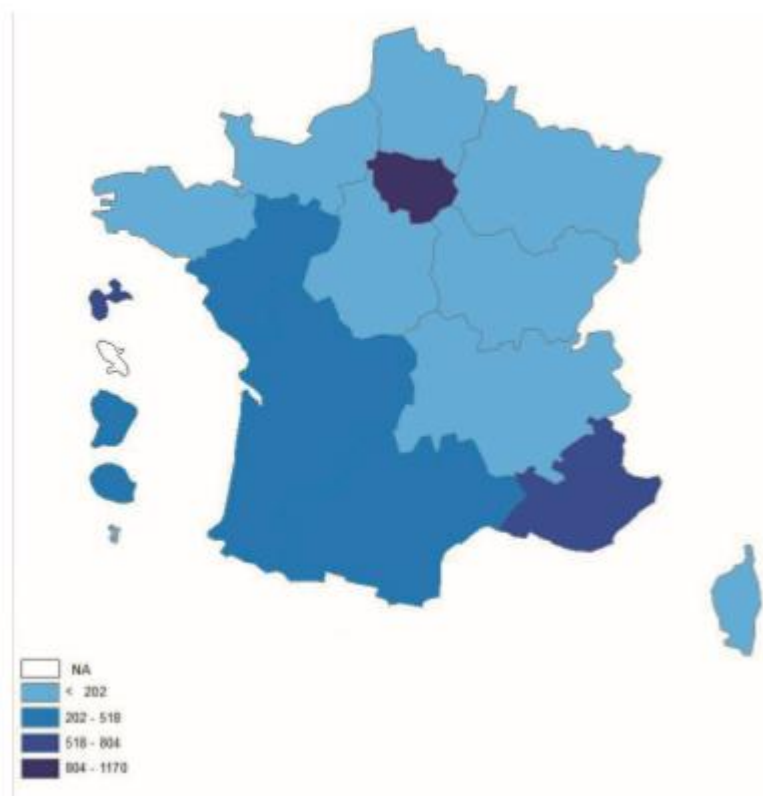


Figure 26 : Taux standardisés pour 100000 habitants de diagnostics d'infections à chlamydia selon la région (43)

En Normandie, 836 tests positifs à *Chlamydiae* ont été déclarés au réseau Rénachla en 2016, vs 579 en 2014 avec comme sur le territoire une augmentation du nombre de cas (Cf. figure 28). La grande majorité des diagnostics étaient réalisés à l'hôpital (58%) ou en CeGIDD/CPEF (39%). Seulement 3% des diagnostics étaient faits en ville. En Normandie, les femmes jeunes étaient principalement touchées, même si le sex-ratio semblait moins marqué qu'en France entière (cf. figure n°27) (44).

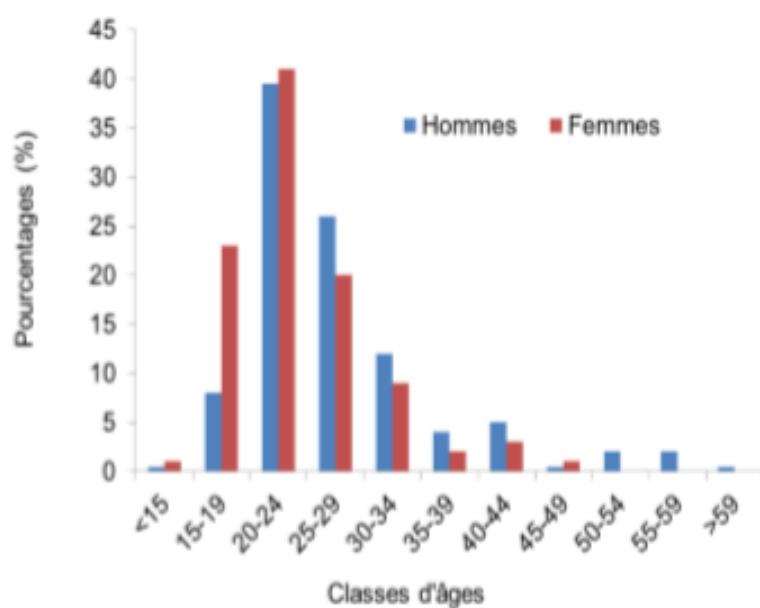


Figure 27 Distribution des infections à Chlamydia chez les femmes et chez les hommes par classes d'âges, Normandie, 2016 (44)

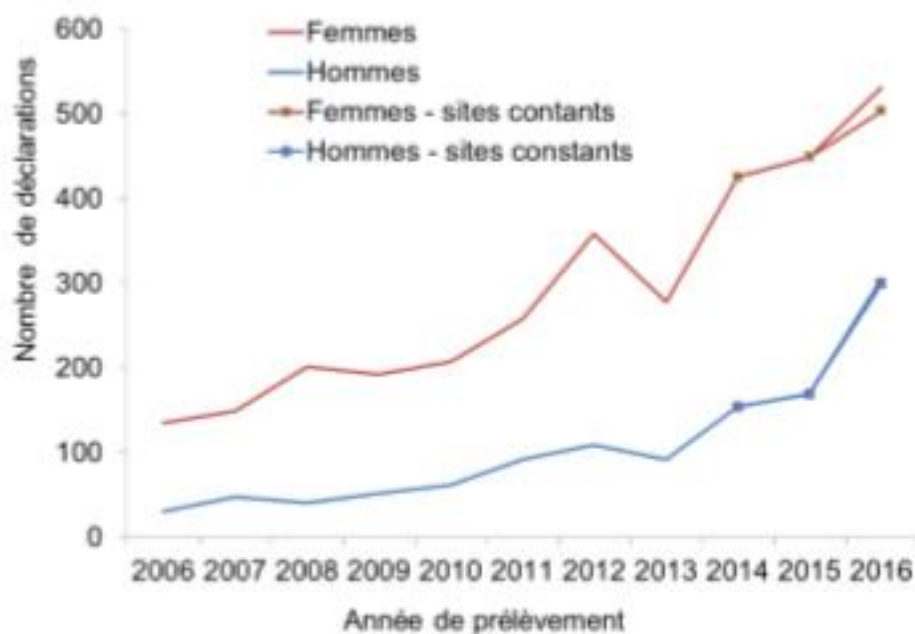


Figure 28 : Evolution du nombre d'infections à Chlamydia chez les hommes et chez les femmes, Normandie, 2006/16 (44)

L'étude NatChla a permis d'identifier les facteurs de risque d'infection à *Chlamydiae* : avoir des partenaires sexuels multiples, pour hommes et femmes, et avoir un faible niveau d'études chez les femmes (Cf. tableau 10) (45).

Tableau 10 : Caractéristiques des participants à l'étude NatChla (nombre de personnes testées/nombre de personnes éligibles) : pourcentage de participation (pondéré et redressé) et facteurs associés (ajustement par régression logistique sur toutes les variables) (45)

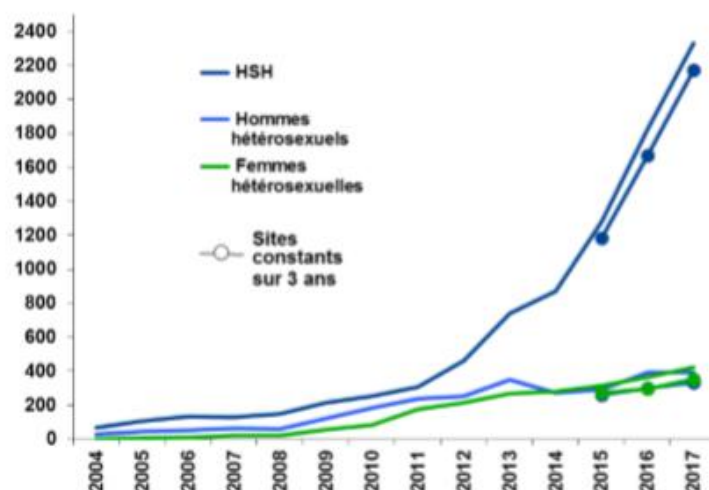
	Hommes					Femmes				
N=nombre de personnes éligibles pour participer à NatChla	N (2 302)	% *	OR ajusté	IC95%	p	N (2 655)	%	OR ajusté	IC95%	p
Âge										
18-24 ans	792	39	1		0,01	862	53	1		0,74
25-29 ans	392	46	1,2	[0,9-1,6]		493	50	0,9	[0,7-1,2]	
30-34 ans	442	55	1,6	[1,2-2,2]		515	50	0,8	[0,6-1,1]	
35-44 ans	676	54	1,5	[1,1-2,0]		785	51	0,9	[0,7-1,2]	
Niveau d'études										
Sans diplôme	253	45	1		0,36	209	41	1		<0,01
Intermédiaire incomplet	870	48	1,4	[0,9-2,0]		832	46	1,2	[0,8-1,9]	
Intermédiaire complet	605	48	1,4	[0,9-2,1]		773	55	1,8	[1,2-2,8]	
Supérieur	560	56	1,6	[1,0-2,4]		799	58	2,1	[1,3-3,3]	
Taille d'agglomération										
≥ 20 000 habitants	1 372	46	1		0,02	1 508	51	1		0,22
< 20 000 habitants	652	54	1,3	[1,0-1,6]		1 147	52	1,1	[0,9-1,4]	
Couverture sociale										
Sécurité sociale + mutuelle	1 954	51	1		0,16	2 327	52	1		0,50
Sécurité sociale uniquement	189	38	0,8	[0,5-1,3]		142	45	0,8	[0,5-1,2]	
Couverture médicale universelle	70	36	0,5	[0,3-1,1]		132	49	0,9	[0,6-1,5]	
Sexe des partenaires dans les 12 derniers mois										
Uniquement partenaires de l'autre sexe	2 057	49	1		0,01	2 427	51	1		0,01
Partenaires des 2 sexes	110	48	1,1	[0,6-1,9]		147	68	2,0	[1,3-3,2]	
Uniquement partenaires du même sexe	28	80	5,1	[1,9-13,6]		3	49	0,9	[0,1-10,4]	
Nombre de partenaires dans les 12 derniers mois										
Un seul partenaire depuis plus d'un an	1 181	53	1		0,26	1 658	51	1		0,03
Un seul partenaire depuis moins d'un an	344	42	0,8	[0,6-1,1]		353	52	1	[0,7-1,4]	
Deux partenaires	264	40	0,7	[0,5-1,1]		339	58	1,1	[0,8-1,6]	
Trois partenaires ou plus	335	44	0,9	[0,6-1,3]		182	62	1,4	[0,9-2,2]	
Préservatif avec dernier partenaire										
Oui, avec partenaire habituel	417	40	1		0,05	401	47	1		<0,01
Oui avec partenaire occasionnel ou nouveau	349	41	1,2	[0,8-1,8]		212	55	1,4	[0,8-2,1]	
Non avec partenaire habituel	1 250	54	1,4	[0,5-1,3]		1 799	52	1,2	[0,9-1,6]	
Non avec partenaire occasionnel ou nouveau	131	48	1,8	[1,1-3,0]		112	74	3,1	[1,7-5,7]	
Âge au premier rapport										
Avant 16 ans	548	48	1		0,07	357	54	1		0,52
Entre 16 et 18 ans	1 296	47	1,0	[0,8-1,3]		1 591	52	0,9	[0,7-1,2]	
Plus de 18 ans	450	57	1,4	[1,0-2,0]		692	49	0,8	[0,6-1,2]	

* Les pourcentages sont pondérés pour tenir compte du plan de sondage et du redressement, et ne peuvent se déduire des effectifs.

Une nouvelle population de jeunes (moins 25 ans), multipliant les partenaires sexuels, composées majoritairement de femmes était ici identifiée comme à risque d'IST, représentant pour *Chlamydiae* une population à risque sensiblement différente de celles identifiées pour le VIH, la syphilis et les hépatites virales.

2.4.7 Infection par le gonocoque

Le nombre d'infections à gonocoque déclaré au réseau Résist, dont l'exhaustivité était également faible, avait là encore fortement augmenté entre 2015 et 2017 (+70%) et particulièrement chez les HSH (+84%) (Cf. figure 29) (5).



Source : Réseau RésIST, SpFrance

NB : le nombre de sites participant aux réseaux de surveillance pouvant fluctuer au cours du temps, il est important d'analyser les tendances à sites constants sur les années récentes.

Figure 29 : Evolution du nombre de diagnostics d'infection à gonocoque en France entre 2004 et 2017 (5)

L'enquête LaboIST estimait en 2016 à 49 628 le nombre de personnes diagnostiquées positives pour le gonocoque (91/100 000 habitants) (43) soit 3,3 fois plus qu'en 2012.

Contrairement à l'infection par *Chlamydiae*, l'infection à gonocoque touchait particulièrement les hommes jeunes (196/100 000 habitants, Cf. tableau 11)

Tableau 11 : Taux de diagnostics pour 100 000 habitants d'infections à gonocoque selon la région, le sexe et l'âge (43)

Gonococcies	Taux de diagnostics pour 100 000 habitants		
	Métropole hors IDF	IDF	DOM
Hommes 15-24 ans	196 [159-233]	277 [217-337]	385 [172-599]
Hommes 25-59 ans	87 [70-104]	184 [140-228]	160 [70-250]
Hommes 60 ans et +	3 [3,5-4,4]	11 [8-15]	20 [5-47]
Femmes 15-24 ans	107 [93-122]	180 [128-232]	500 [304-696]
Femmes 25-59 ans	25 [22-28]	26 [21-32]	194 [22-366]
Femmes 60 ans et +	1,4 [1,07-1,76]	2 [1-3]	10 [8-12]

A nouveau, les régions les plus touchées étaient l'Île de France, la région PACA et les départements d'Outre-Mer (Cf. figure 30).

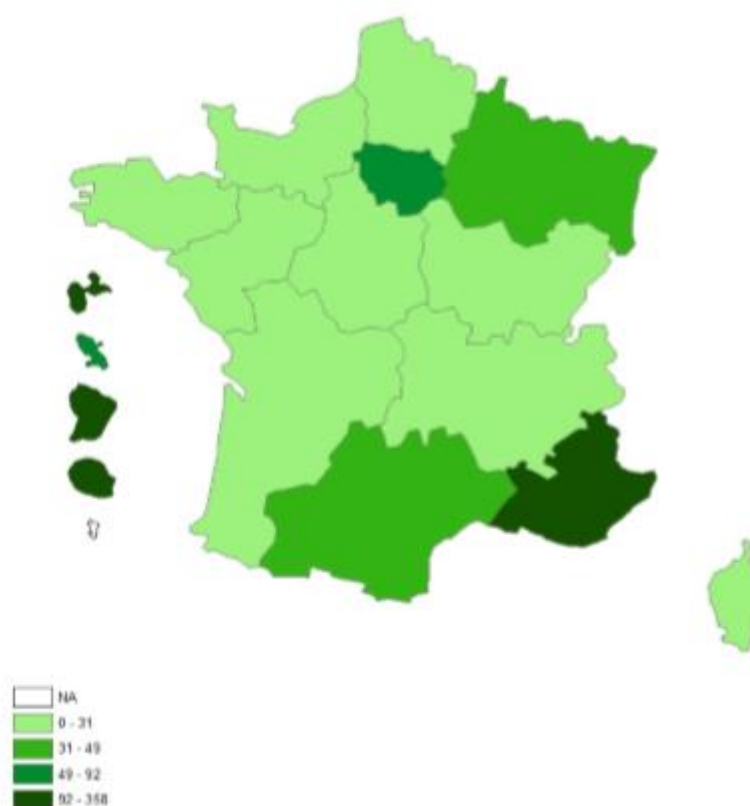


Figure 30 : Taux standardisés pour 100000 habitants de diagnostics d'infection à gonocoque par région (43)

En Normandie, 71 cas de gonococcie avaient été notifiés via le réseau Résist (qui repose principalement sur les CeGIDD). (6)

Les caractéristiques épidémiologiques étaient globalement similaires : 62% d'hommes, médiane d'âge 23 ans, 44% d'HSH (Cf. tableau 12).

Tableau 12 : Caractéristiques des cas de gonococcie en Normandie entre 2015 et 2017 (6)

	2015 (n = 77)	2016 (n = 95)	2017 (n = 71)
Sexe (%)			
Homme	44 (57)	65 (66)	44 (62)
Femme	33 (41)	30 (33)	27 (38)
Age médian [IQ 25-75 %]	22 [19-29]	23 [20-31]	23 [20-33]
Pays de naissance (%)			
France (entière)	65 (88)	72 (81)	43 (81)
Autres pays d'Europe	2 (3)	2 (2)	1 (2)
Pays des autres continents	7 (9)	15 (17)	9 (17)
Non renseigné	3	6	15
Orientation sexuelle (%)			
HSH	25 (34)	39 (44)	26 (44)
Homme hétérosexuels	19 (26)	26 (30)	13 (22)
Femme hétérosexuelle	31 (40)	22 (25)	20 (34)
Autre/Non renseigné	2	7	9
Motif de consultation (%)			
Signes d'IST	38 (70)	49 (55)	32 (47)
Dépistage systématique	13 (24)	19 (21)	19 (28)
Partenaire ayant une IST	0	21 (21)	13 (19)
Autres bilan	3 (6)	8 (9)	4 (6)
Non renseigné	23	6	5
Signes cliniques (%)			
Oui	47 (66)	55 (60)	36 (51)
Non	24 (34)	38 (40)	35 (49)
Non renseigné	6	2	0
Co-infection VIH (%)			
Oui	0	2	3
Non renseigné	12	14	7
Autre IST (%)			
Oui	23 (44%)	47 (54%)	24 (37%)
Non	29 (56%)	40 (46%)	40 (63%)
Non renseigné	25	8	3

Les populations « à risque » identifiées ici étaient donc des HSH jeunes très à risque d'infection par le gonocoque mais également une population d'hétérosexuels jeunes également à risque.

L'ensemble de ces données épidémiologiques démontrait que les IST représentaient des pathologies relativement fréquentes, affectant un nombre important de personnes et notamment une population jeune. Deux populations présentant des « profils épidémiologiques » distincts étaient identifiables, représentant l'essentiel des cas d'IST : une population très à risque pour le VIH et les IST (HSH, migrants, UDI), et une population jeune, multipartenaires à risque d'IST bactériennes. Un troisième profil épidémiologique se distinguait également : les hommes hétérosexuels de plus de 50 ans, dépistés bien plus tardivement pour ce qui concernait l'infection par le VIH, et qui pourrait être une population mal touchée par les campagnes et dispositifs de dépistage et de prévention, et participer de l'épidémie cachée d'infection par le VIH.

Les recommandations de dépistages semblaient ainsi bien cibler les populations les plus à risque identifiées par les études épidémiologiques. La patientèle des médecins généralistes englobant une très large majorité de ces populations, leur place dans l'identification des facteurs et prises de risque, leur rôle potentiel dans l'éducation et la prévention, le diagnostic et le traitement paraissait essentiels. Dans ces fonctions, les CeGIDD devaient compléter le dispositif, et contribuer à élargir la couverture de populations plus ciblées. L'objectif du travail était donc d'avoir une meilleure connaissance de la connaissance et de la mise en œuvre des recommandations de dépistage des IST dans le système de soins libéral (médecine générale et laboratoires de ville) et en CeGIDD, pour identifier l'adéquation avec les recommandations et identifier des pistes d'amélioration.

3. Travail Original

3.1 Matériels et Méthodes

3.1.1 Enquête auprès des médecins généralistes

Durant 3 mois de 08/2018 à 11/2018, 400 cabinets de médecine générale ont été contactés par téléphone. Il s'agissait de cabinets situés en Seine Maritime sélectionnés aléatoirement.

Chaque fois qu'un contact a pu être pris, il était proposé de compléter un questionnaire en ligne ou papier, envoyé par mail ou fax. Le questionnaire a également été diffusé sur le site d'un syndicat d'internes de médecine générale et par mail par d'autres collègues généralistes. Le questionnaire (présenté en Annexe N°1) comportait 30 questions portant sur des données sociodémographiques, l'offre et les modalités de dépistage et de prévention des IST, les vaccinations et le besoin de formation ressenti. Une majorité de questions comportait des patrons de réponse, mais pour plusieurs questions, il était possible d'ajouter un commentaire libre.

Les réponses ont été saisies dans une base de données Excel. Les données quantitatives sont présentées en pourcentage parmi les réponses données. S'agissant de données subjectives et concernant de faibles effectifs, il n'a pas été mené d'analyse statistique autre que descriptive. Les textes libres ont été classés par catégorie de réponse. Le tableau comportant les données brutes figure en annexe N° 2a. Les statistiques réalisées en fonction des données brutes figurent en annexe N°2b. Seules les réponses jugées les plus fréquentes ou jugées les plus contributives à la compréhension ont été présentées dans les résultats.

3.1.2 Enquête auprès de laboratoires de biologie

2 entretiens avec 2 biologistes de laboratoire privés (à Dieppe et à Rouen) ont été réalisés. Les entretiens utilisaient un support de questionnaire semi-directifs, figurant en annexe N°3. La retranscription figure également en annexe N°4. Les points jugés essentiels sont présentés dans les résultats. L'un des deux biologistes n'ayant pas souhaité que soient mentionnés avec précision la localisation du laboratoire, aucune précision nominative ni géographique précise n'a été apportée. Une extraction de données du logiciel de biologie a également été effectuée sur une période d'un mois, du 31/10/2018 au 30/11/2018 pour le laboratoire dieppois et du 01/10/2018 au 31/10/2018 pour le laboratoire rouennais.

3.1.3 Enquête auprès d'un CeGIDD

L'auteur de ce travail de thèse travaillant au CeGIDD du CHU de Rouen, les modalités de fonctionnement du CeGIDD de Rouen ont été décrites dans les résultats, suivant un canevas de recueil de données préalablement établi et figurant en Annexe N°5.

Une extraction de la base de données du logiciel de consultation (CUPIDON) a également été effectuée dans un CeGIDD. Les items analysés correspondaient aux données saisies par les soignants et secrétaires dans le dossier informatisé des usagers au cours de leur prise en charge. Les items retenus étaient des caractéristiques démographiques concernant les publics accueillis au CeGIDD et des données concernant le dépistage des IST. La période d'analyse s'étendait du 01/06/2018 au 30/11/2018 Les résultats de ces données issues de l'extraction sont présentés en annexes N°6.

Les sujets consultant en CeGIDD étaient considérés comme ayant des partenaires multiples s'ils avaient eu 2 partenaires ou plus au cours des 12 mois précédent.

3.2 Résultats

3.2.1 Enquête auprès des médecins généralistes

Parmi les 1120 médecins généralistes exerçant en Seine Maritime, 400 ont été sollicités, et 48 ont complété le questionnaire.

Caractéristiques des répondants

Les généralistes interrogés étaient majoritairement des femmes (n=26 soit 52.4%), d'âge moyen 34 ans (minimum : 25 ans, maximum : 63 ans).

Les répondants exerçaient majoritairement en milieu urbain (30 soit 62,5%), principalement en cabinet de groupe (n=34 soit 71%) ou en maisons de santé (n=8 soit 17%). Ils exerçaient une activité libérale pour 42 d'entre eux (87,5%), et, s'agissant des 6 médecins exerçant une activité professionnelle salariée, 2 étaient des internes de médecine générale en stage, et 4 des internes effectuant des remplacements en médecine libérale.

Plusieurs des répondants exerçaient en complément d'autres activités médicales que la médecine générale : 2 médecins du sport, 1 urgentiste, 1 addictologue et 1 médecin travaillant en centre de vaccination internationale et en CeGIDD. Parmi les 48 répondants, 22.9% (n= 11) étaient des médecins maitres de stages universitaire.

Pratiques de dépistage

La première question portait sur le nombre de tests de dépistage pratiqués au cours des 6 derniers mois d'activité.

Globalement, 20% des médecins prescrivaient moins d'1 dépistage par mois, ou plus de 3 dépistages par mois. La majorité des médecins (60%) prescrivaient entre 1 et 3 dépistages mensuels (Cf. figure 31).

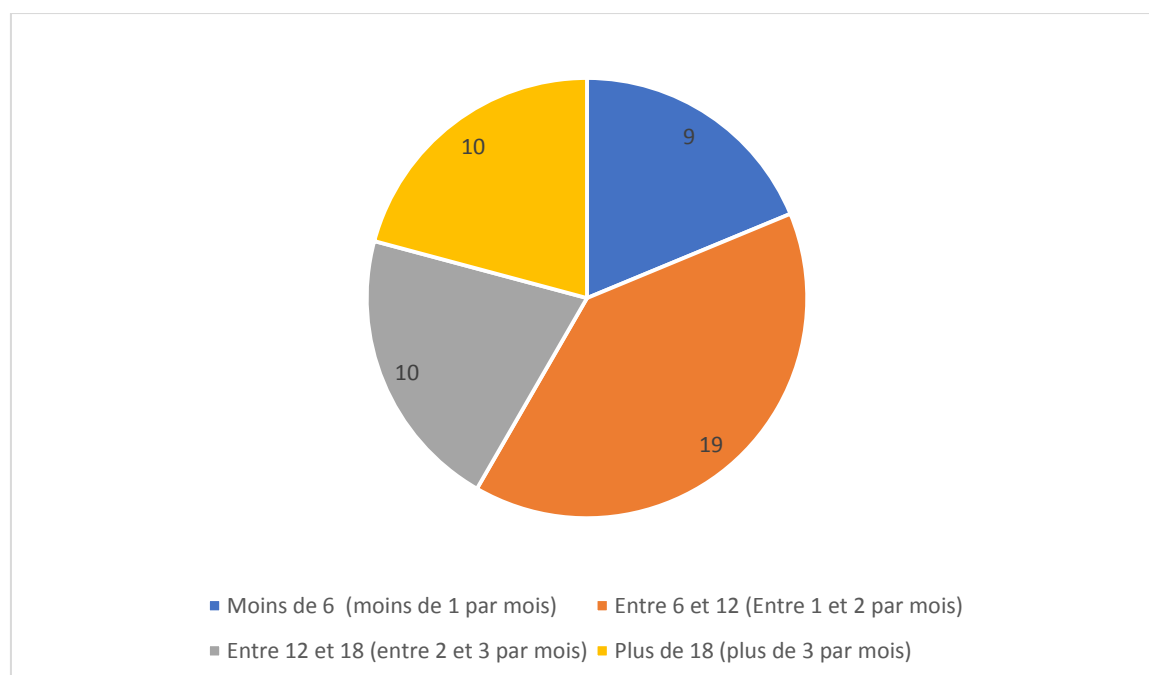


Figure 31 : estimation du nombre de tests de dépistage prescrit sur les 6 derniers mois

Comparés aux médecins prescrivant moins de 2 dépistages mensuels, les médecins qui en prescrivaient davantage étaient plus fréquemment des hommes (59% vs 27%) exerçant en ville (50% vs 28%) et de moins de 30 ans (50% vs 38%).

Les médecins étaient ensuite interrogés sur les motifs de prescription de dépistage des IST (cf. Tableau N°13).

Plusieurs réponses étant possibles, le total des réponses pouvait dépasser 100%.

Tableau 13 : Positionnement du motif de prescription d'un dépistage des IST selon une hiérarchie de 1 à 8

NB : Résultats présentant le nombre de médecins ayant positionné l'indication en 1^{ère}, 2^{ème}... 8^{ème} position. Exemple : 8 médecins ont positionné la prise de risque évoquée par le patient comme 1^{er} motif de prescription.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Prise de risque évoquée par le patient lors d'une consultation pour un autre motif	8 (16.7%)	8 (16.7%)	7 (14.6%)	15 (31.2%)	2 (4.2%)	5 (10.4%)	0	3 (6.3%)
Prise de risque	5 (10.4%)	7 (14.6%)	15 (31.2%)	5 (10.4%)	4 (8.3%)	9 (18.6%)	3 (6.3%)	0
Bilan demandé par le patient	9 (18.6%)	13 (27.1%)	6 (12.5%)	5 (10.4%)	5 (10.4%)	4 (8.3%)	3 (6.3%)	3 (6.3%)
Pre conceptionnel	2 (4.2%)	2 (4.2%)	4 (8.3%)	3 (6.3%)	8 (16.7%)	8 (16.7%)	6 (12.5%)	15 (31.2%)
Grossesse	10 (20.1%)	8 (16.7%)	7 (14.6%)	12 (25%)	3 (6.3%)	4 (8.3%)	1 (2.1%)	3 (6.3%)
Signes IST	7 (14.6%)	3 (6.3%)	4 (8.3%)	0	15 (31.2%)	7 (14.6%)	11 (22.9%)	1 (2.1%)
Opportuniste	5 (10.4%)	2 (4.2%)	2 (4.2%)	0	3 (6.3%)	9 (18.8%)	16 (33.3%)	11 (22.9%)
Changement de partenaire	2 (4.2%)	5 (10.4%)	3 (6.3%)	8 (16.7%)	8 (16.7%)	2 (4.2%)	8 (16.7%)	12 (25%)

Ainsi, si l'on considère les motifs de prescription retenus parmi les 4 indications les plus fréquentes, il s'agissait le plus souvent d'un bilan systématique sans prise de risque (58%), une consultation pour une prise de risque (56%), une grossesse (52%), ou plus rarement une prise de risque identifiée lors d'une consultation pour un autre motif (48%).

A l'inverse les motifs les moins fréquents de prescription (classés le plus fréquemment de 4 à 8) étaient, la présence de signes évocateurs de pathologie opportuniste (81%), un bilan pré conceptionnel (77%), la présence de signes cliniques d'IST (71%), ou la notion d'un changement de partenaire (63%).

La question précédente faisant appel aux perceptions du médecin répondant au questionnaire et exposant à un biais de mémoire, la question suivante interrogeait les médecins plus précisément sur les indications de leur dernière prescription de dépistage.

Ainsi, parmi les 40 médecins ayant répondu à cette question, les motifs de prescription ne confortaient que partiellement les réponses précédentes. En effet, le dernier motif de prescription d'un dépistage était : un bilan systématique à l'occasion d'une grossesse, d'un bilan de routine ou avant d'instaurer une contraception ou un retour de voyage pour 40%, une prise de risque ou un changement de partenaire pour 30%, ou la présence de signes cliniques d'IST pour 30%.

La question suivante cherchait à identifier si les médecins pouvaient être amenés à ne pas prescrire de bilan de dépistage, alors même qu'ils en avaient retenu l'indication.

Neuf des médecins interrogés (19%) avaient rencontré ce cas de figure. Pour 8 d'entre eux, le dépistage n'avait pas été réalisé, du fait d'un refus du patient.

Après un rappel des populations dites « clés » ou « cibles », correspondant à des groupes de population dans lesquels la prévalence du VIH et des IST pouvait être accrue (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, usagers de drogues injectables, personnes originaires de zones de forte prévalence pour le VIH, travailleurs du sexe), les médecins étaient interrogés sur la manière dont ils adaptaient leurs pratiques de dépistage spécifiquement pour les personnes appartenant à ces groupes de population.

Si une large majorité des médecins interrogés (77%) considérait que la prise en charge devait prendre en compte cette spécificité, et les dépistages proposés plus fréquemment (78%), seulement 58% des médecins interrogés proposaient un dépistage à titre systématique dans ce contexte.

Concernant les motifs pour lesquels un dépistage systématique n'était pas proposé spécifiquement pour les personnes appartenant aux groupes les plus à risque rappelés dans le questionnaire, 20 médecins (100%) ont apporté des éléments de réponse. Ainsi, lorsqu'aucune prise de risque n'était identifiée à l'interrogatoire, le dépistage n'était pas prescrit malgré l'appartenance à un groupe à risque dans 30% des cas. Les autres motifs pour lesquels le dépistage n'était pas prescrit, étaient la méconnaissance de l'appartenance à un groupe à risque (50%), ou encore la difficulté d'aborder cette thématique en consultation (25%).

Interrogés sur la dispensation ou non de conseils en matière de prévention des IST, 90% des médecins disent l'aborder en consultation à l'occasion d'un dépistage, mais 8% l'abordaient uniquement en cas de résultats positifs, et un médecin disait ne pas aborder cette problématique par manque de temps.

Cette problématique du manque de temps est au premier plan également des motifs pour lesquels les médecins interrogés n'abordent pas spontanément la santé sexuelle dans son ensemble, concernant 57% d'entre eux. Mais la gêne ressentie par le médecin pour aborder la santé sexuelle est également un motif avancé par 9 des 20 médecins (45%) qui ont répondu.

Connaissance des moyens de prévention des IST

Les médecins étaient par la suite interrogés sur leur connaissance de différents moyens de prévention du VIH et des IST.

La prophylaxie pré-exposition au VIH (PreP) semblait connue de 35 d'entre eux (73%), tandis que l'importance du traitement des patients séropositifs pour le VIH (Treatment as Prevention ou TasP) n'était connue que de 58% d'entre eux.

La connaissance et la mise en œuvre des vaccinations, pouvant représenter une méthode de prévention des IST, faisaient l'objet d'une question posée aux médecins.

La vaccination contre l'hépatite virale B semblait très majoritairement proposée ou reproposée, par 87% des médecins.

Si 69% des médecins pensaient que la vaccination contre l'hépatite virale A était recommandée chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, 35% proposaient cette vaccination dans cette indication, et pour 4 d'entre eux, uniquement en cas de voyage en zone d'endémie. Les raisons de non prescription exposées par les 23 médecins répondant à cette question spécifique étaient la méconnaissance des recommandations pour 11 d'entre eux, l'oubli pour 6, la méconnaissance de l'orientation sexuelle des patients pour 4, le non remboursement du vaccin pour 2, et le caractère présumé bénin de la maladie pour un.

La recommandation de vacciner contre le papillomavirus (HPV) les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et âgés de 25 ans ou moins était largement méconnue (52%) et très peu mise en œuvre (19%). Les explications avancées par les 23 médecins répondant à cet item étaient alors principalement la méconnaissance des recommandations pour 54%, l'oubli pour 3 d'entre eux, l'absence de remboursement pour quatre, et la méconnaissance de l'orientation sexuelle des patients pour trois, et la réticence du médecin pour un, ou du patient pour un. Deux répondants argumentaient leur choix de prescription de ce vaccin comme un moyen de diminuer les risques de condylome et de cancer du canal anal.

Modalités de dépistage

Interrogés sur la nature des dépistages prescrits à un jeune de moins de 25 ans qui ne présenterait pas de symptômes, les médecins interrogés recherchaient le VIH dans 100% des cas, le VHB dans 94%, le VHC pour 92% d'entre eux et la syphilis pour 83% TPHA-VDRL (cf. figure N°32). La recherche d'infection à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoea* n'était prescrite respectivement que par 40% et 23% des médecins interrogés.

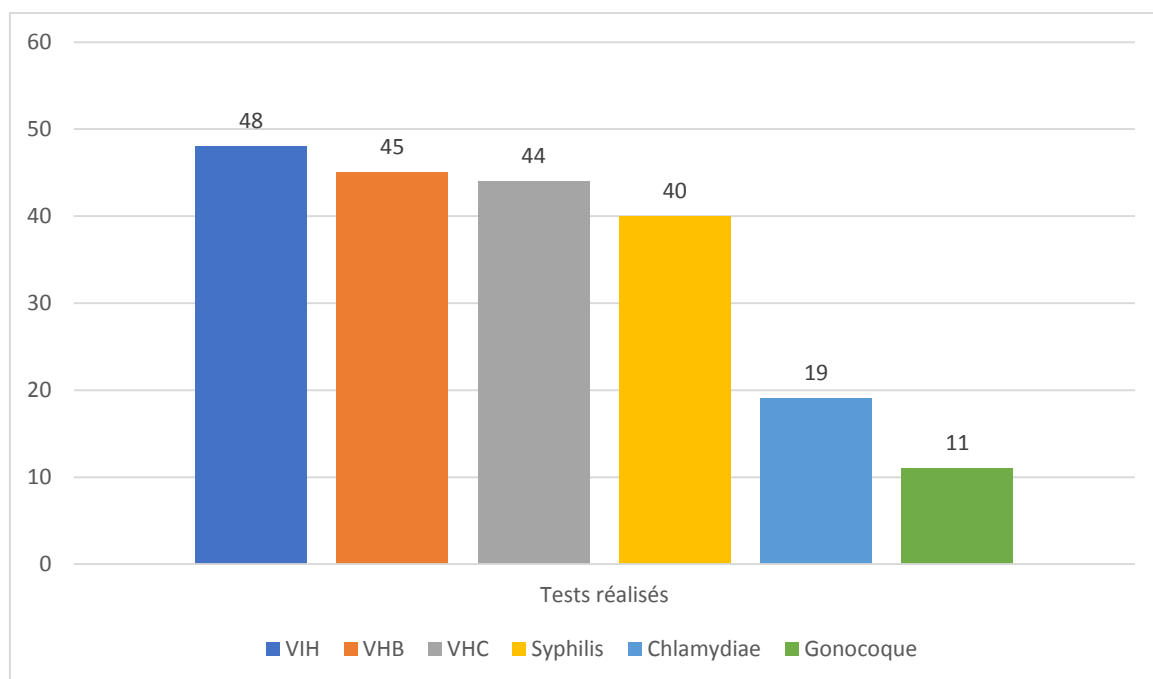


Figure 32 : Nature des pathologies proposées au cours des prescriptions de dépistage chez un jeune de moins de 25 ans asymptomatique.

S'agissant de la méthode diagnostique prescrite par les médecins pour le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhea* chez l'homme et la femme, les médecins apportaient des réponses hétérogènes (cf. Figures 33, 34, 35, 36).

Ainsi, les méthodes recommandées pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* chez l'homme (recherche par PCR sur le 1^{er} jet d'urines ou par prélèvement urétral) étaient prescrites par 56% des médecins, tandis que d'autres méthodes de recherche non recommandées (ECBU, sérologie, ou prélèvement urétral sans PCR) représentaient 44% des prescriptions. Deux médecins traitaient de manière présomptive, sans recherche d'une confirmation diagnostique préalable. Pour la recherche de gonocoque chez l'homme, les méthodes recommandées (recherche par PCR sur le premier jet d'urines ou par prélèvement urétral) représentaient 27% des prescriptions. Pour la recherche de *Chlamydia trachomatis* chez la femme, les méthodes recommandées (PCR sur prélèvement gynécologique ou sur premier jet d'urine) représentaient 50% des prescriptions, pour le gonocoque, les méthodes recommandées de prescription (PCR sur prélèvement gynécologique ou sur premier jet d'urine) représentaient seulement 19% des prescription.

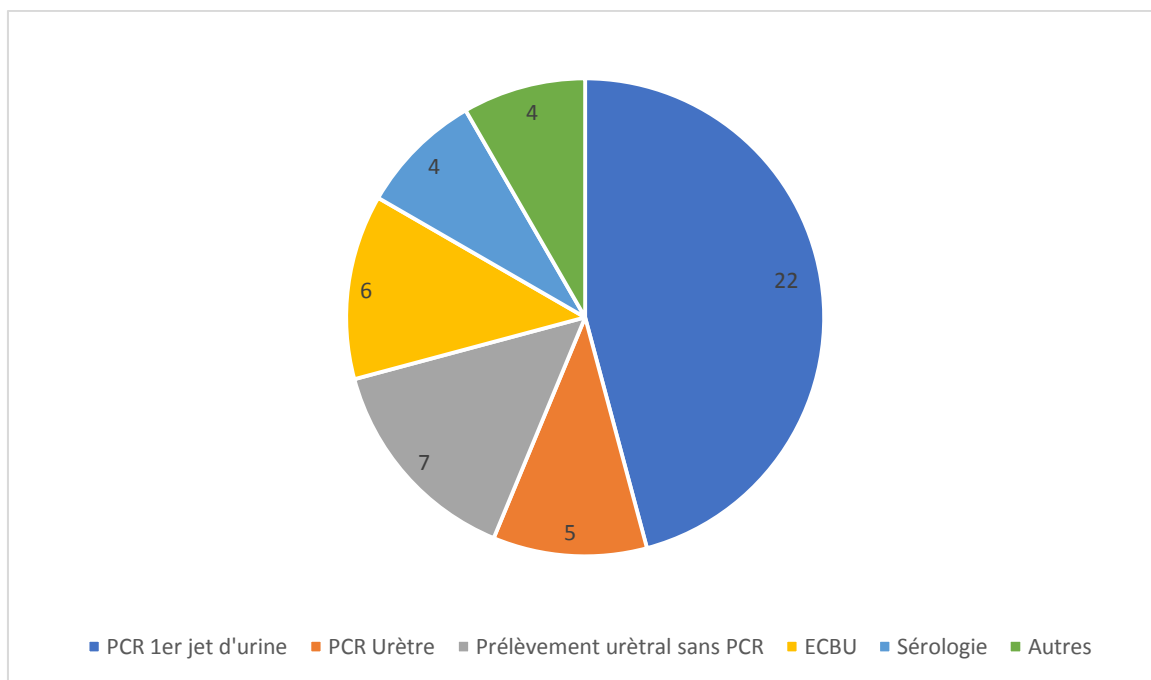


Figure 33 : Nombre de médecins prescrivant les différentes méthodes de dépistage du *Chlamydiae trachomatis* chez l'homme.

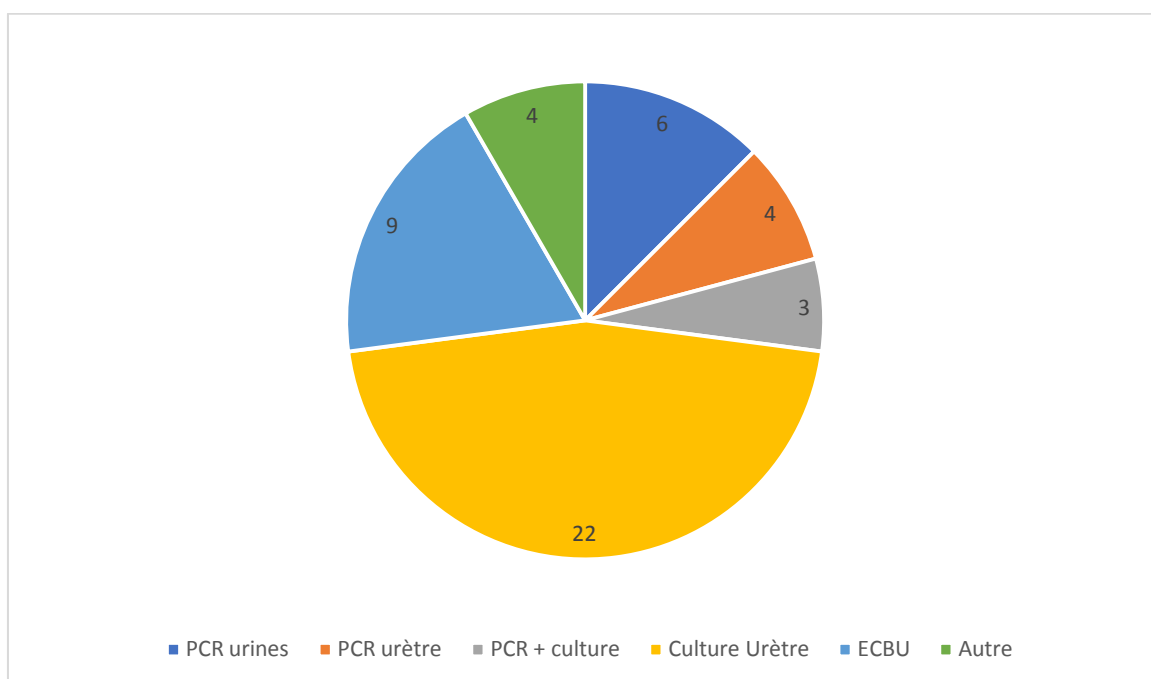


Figure 34 : Nombre de médecins prescrivant les différentes méthodes de dépistage du gonocoque chez l'homme

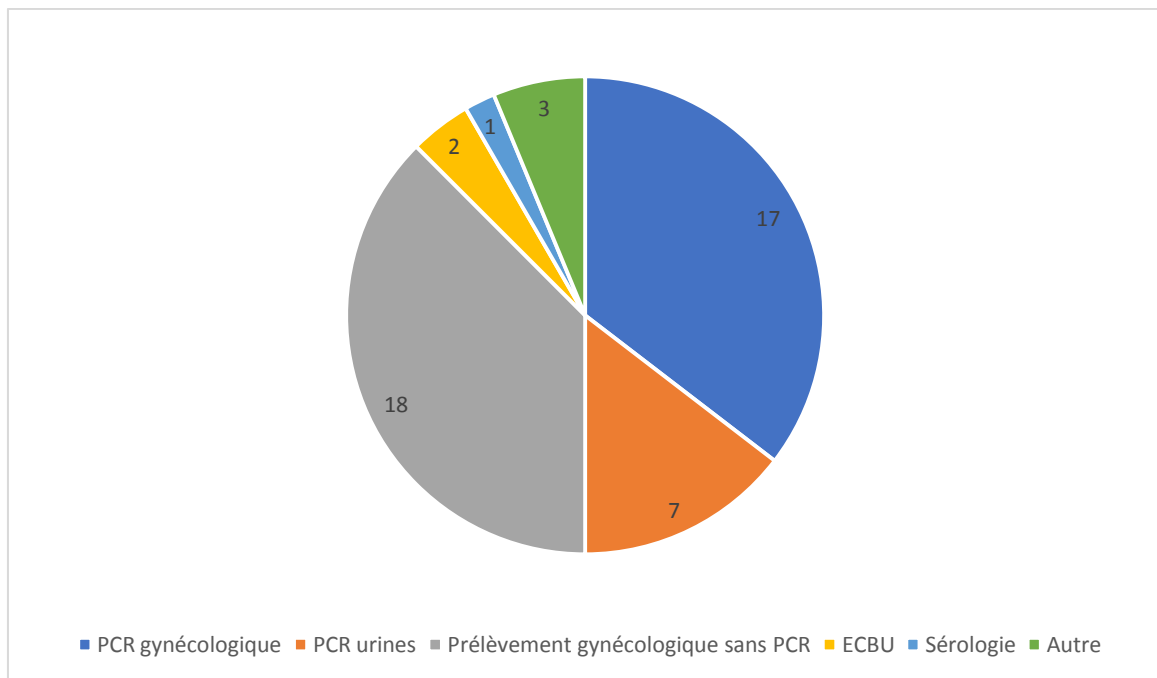


Figure 35 : Méthodes de dépistage du *Chlamydiae trachomatis* chez la femme

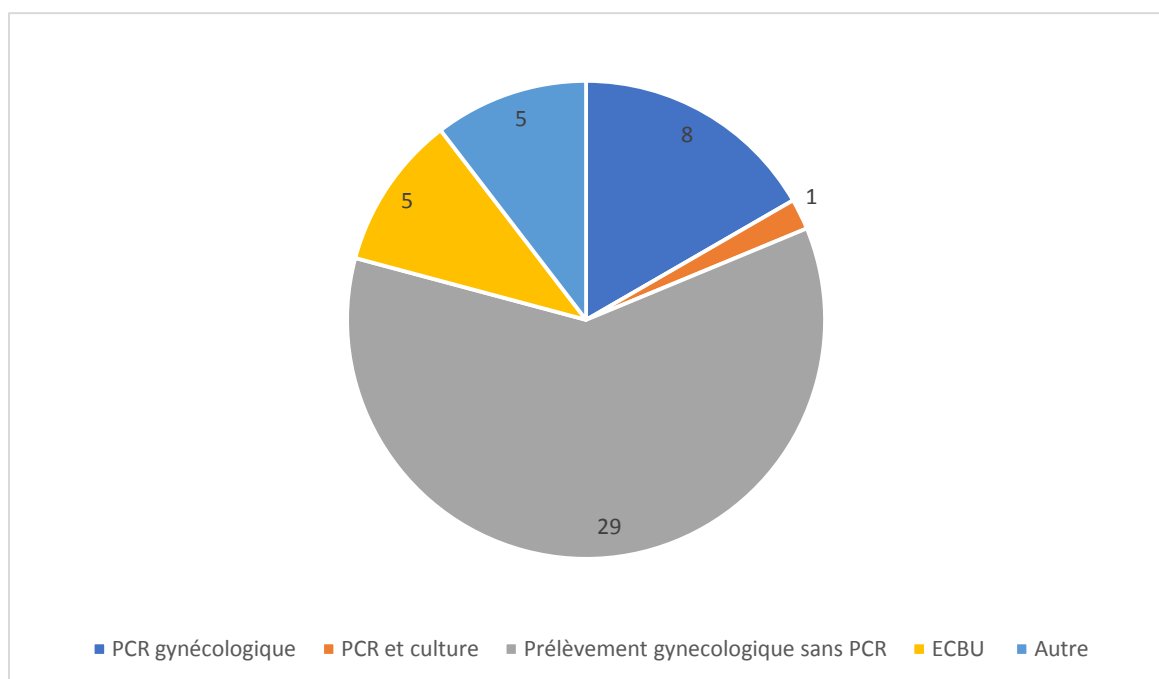


Figure 36 : Méthodes de dépistage du gonocoque chez la femme

Les patients étaient adressés pour la réalisation de leurs tests de dépistage en laboratoire de ville par 98% des médecins, mais 20% d'entre eux pouvaient également adresser ces patients à un CeGIDD, et 10% à un laboratoire hospitalier.

Aucun des médecins interrogés ne déclarait utiliser de test rapide d'orientation diagnostique (TROD) pour le dépistage du VIH ou des hépatites.

Connaissance de l'offre de soins en CeGIDD

Interrogés sur la connaissance des CeGIDD et de l'offre de soins proposée dans ces structures, 94% en connaissaient l'existence, mais seulement 50% disaient avoir une bonne connaissance des possibilités de prise en charge dans ces centres.

Les répondants identifiaient bien les CeGIDD comme des centres de santé sexuelle (100%), de prévention et de vaccination (77%, Cf. figure 37). La possibilité de prescription d'une contraception n'était connue que de 35% des prescripteurs.

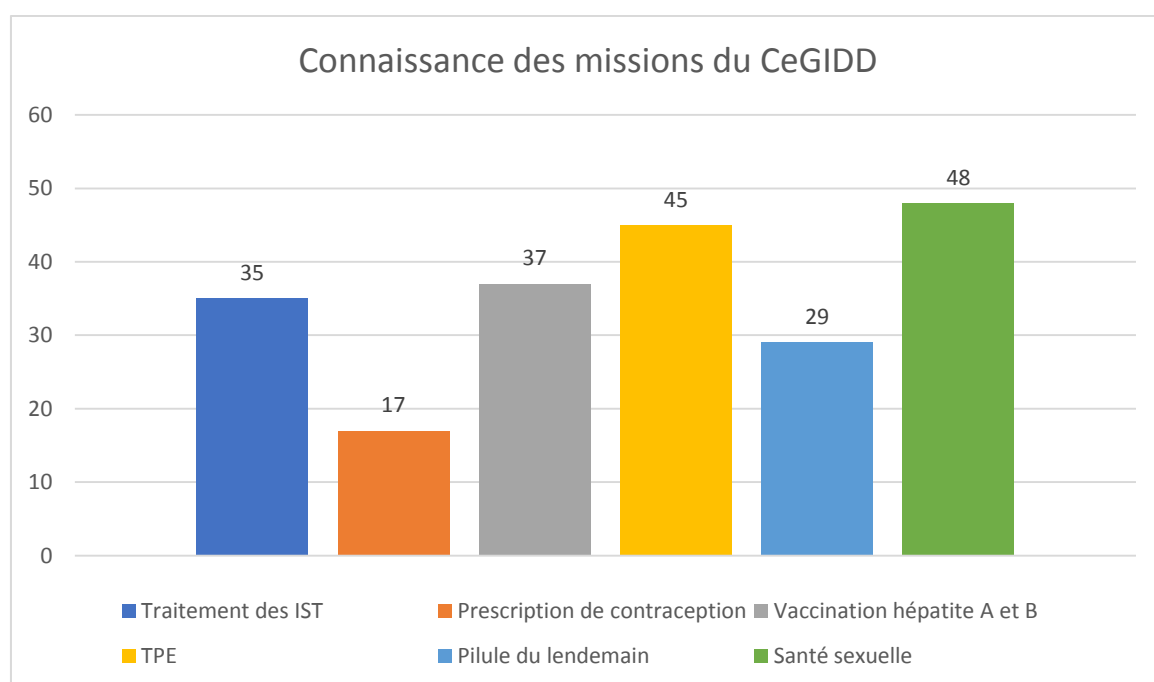


Figure 37 : Nombre de médecins connaissant les différentes missions des CeGIDD

Sur les répondants, 23 médecins (48%) déclaraient adresser certains de leurs patients au CeGIDD. Les motifs principalement invoqués étaient la recherche de la confidentialité pour 11, une prise de risque récente pouvant justifier un traitement pour 6, la gratuité de la prise en charge rendue utile par une

situation de précarité sociale pour 6, la prise en charge de mineurs pour 3, la rapidité de prise en charge pour 1. L'adressage pour des conseils en matière de prévention ou de santé sexuelle n'était évoqué par aucun des répondants.

A l'inverse, 28 médecins (52%) déclaraient ne pas adresser de patients, par méconnaissance des structures pour 10, du fait d'un éloignement géographique pour 8, car ils n'en avaient pas eu l'opportunité pour 4, ou par refus du patient pour 3.

Demande de formation :

Questionnés sur leurs besoins ressentis en matière de formation, 79% des médecins déclaraient ressentir un besoin de formation en matière de dépistage et de traitement des IST, 56% sur les moyens de prévention, et 12 mentionnaient spécifiquement le besoin de formation sur la place de la médecine de ville dans le traitement pré et post-exposition (PreP et TPE). Une formation sur la vaccination était demandée par 38% des médecins, aucun ne mentionnait de besoin en matière de santé sexuelle globale ou d'aide pour aborder la santé sexuelle avec ses patients.

3.2.2 Enquête auprès de 2 laboratoires privés

La majorité des patients dépistés pour des IST en médecine de ville étant adressés en laboratoire de ville, deux responsables de laboratoire, à Dieppe et Rouen, ont été rencontrés et interrogés par questionnaires semi directifs.

Le laboratoire dieppois a en charge l'analyse des prélèvements réalisés sur quatre sites (Dieppe, Saint-Aubin, Saint Valéry en Caux et Neuville lès Dieppe), ainsi que les prélèvements réalisés par le CeGIDD de Dieppe. Le laboratoire de Dieppe est ouvert en semaine de 7h30 à 12h30 et de 14h30 à 18h30, et le samedi de 7h30 à 12h30. Le laboratoire situé à Rouen analyse les prélèvements réalisés dans 3 sites répartis rive gauche et droite et analysés de manière centralisée. Le laboratoire rouennais est ouvert de 7h30 à 18h30 en semaine et de 7h30 à 12h30 le samedi.

Dépistage du VIH

Le dépistage est réalisé par sérologie ELISA dans les 2 laboratoires, réalisé sur place à Rouen et externalisé à Neufchâtel-en-Bray pour le laboratoire de Dieppe.

Les 2 responsables des laboratoires ont bien voulu fournir le nombre de tests réalisés au cours d'un mois « témoin ».

Ainsi, au laboratoire de Dieppe, le nombre de tests VIH réalisés du 31/10/2018 au 30/11/2018 était de 277 tests, tous négatifs. Au cours des 6 derniers mois, un seul test s'était avéré positif, confirmé par Western Blot.

Le laboratoire de Rouen interrogé dans cette étude a établi des conventions avec l'Office Français de l'Immigration et de l'Intégration (OFII) ainsi qu'avec l'organisation non gouvernementale « Médecins du monde ». Ces deux structures réalisent des dépistages par test rapide d'orientation diagnostique auprès de populations à forte prévalence d'infection par le VIH, (notamment des populations migrantes), et adressent pour confirmation sérologique les personnes chez qui le TROD s'est avéré positif.

Du 01/10/2018 au 31/10/2018, 9800 consultations ont été enregistrées au laboratoire (pouvant comprendre plusieurs fois le même patient), comportant pour 780 d'entre elles (8%) une sérologie VIH. Durant cette période, trois sérologies par méthode ELISA ont été positives, confirmées par réalisation d'une analyse par Western Blot sur un autre prélèvement (analyse externalisée au laboratoire BIOMNIS) pour 2 d'entre elles, infirmée pour l'une d'entre elles, soit un taux de positivité de 0,26%. Le nombre de découvertes (à l'exclusion de ces populations particulières) est estimé par le biologiste à 4 à 5 par an. Néanmoins, cette comptabilisation, issue du système d'information, exclut les tests positifs indiqués pour confirmation d'un TROD positif.

Dépistage des hépatites virales B et C

Dans les 2 laboratoires, lorsque des marqueurs sérologiques spécifiques étaient prescrits, l'analyse respectait la prescription et ces marqueurs étaient recherchés.

Lorsque l'ordonnance ne spécifiait que « sérologie VHB », le laboratoire de Rouen dosait l'antigène HbS, et les anticorps anti HbC, tandis que le laboratoire de Dieppe dosait les antigènes HbS, les anticorps anti HbC et anti HbS. Le nombre de tests réalisés était de 525 à Rouen, et 254 à Dieppe. Le taux de prélèvements positifs n'a pas été donné par les laboratoires du fait d'une difficulté d'extraction à partir de la base de données.

Concernant l'hépatite virale C, 695 tests ont été réalisés à Rouen, dont 3 positifs, confirmés par une deuxième technique d'analyse pour deux d'entre eux. A Dieppe, 275 tests ont été réalisés, sans que le nombre de tests positifs soit connu.

Dépistage de la syphilis

Possiblement du fait d'un changement récent des recommandations diagnostiques, les méthodes diagnostiques de la syphilis diffèrent entre les deux laboratoires. En Novembre 2018, le dépistage était réalisé au laboratoire de Rouen selon les dernières recommandations par dosage sanguin d'IgG spécifiques anti *Treponema pallidum* et réalisation du RPR quantitatif (test non tréponémique) en cas de positivité. Le diagnostic était réalisé au laboratoire de Dieppe par dosage qualitatif du seul TPHA et réalisation du VDRL quantitatif en cas de positivité.

Le nombre de tests réalisés était de 254 à Rouen et de 262 à Dieppe, sans information sur le nombre de tests positifs.

Dépistage de *Chlamydiae trachomatis* et de *Neisseria gonorrhoeae*

Les modalités d'analyse diffèrent là encore entre les deux laboratoires de Rouen et Dieppe.

Lorsque des sérologies *Chlamydiae trachomatis* sont prescrites, et quoique non recommandées, ces sérologies sont réalisées par les deux laboratoires, le résultat étant assorti pour les analyses réalisées à Rouen d'une recommandation de compléter le dépistage par l'analyse de prélèvements locaux. Durant une période de 6 mois, 41 sérologies *Chlamydiae trachomatis* ont été réalisées par le laboratoire de Rouen, et 33 par le laboratoire de Dieppe.

Concernant les autres méthodes diagnostiques, au laboratoire de Rouen, en cas de prescription de dépistage de *Chlamydiae trachomatis*, et quelle que soit la méthode prescrite, la technique réalisée est une analyse par PCR couplée *Chlamydiae*/gonocoque, le nombre de sites (oral, génital, anal) prélevés dépendant de la prescription. Le recueil d'urines du 1^{er} jet et les prélèvements gynécologiques sont effectués par l'infirmière qui ont reçu une formation spécifique dans le cadre d'un protocole de délégation de tâches, tandis que les prélèvements urétraux, pharyngés ou anaux sont effectués par le biologiste. Au laboratoire de Dieppe, en cas de prescription de dépistage *Chlamydiae*, une recherche par PCR *Chlamydiae* est réalisée sur le ou les sites prescrits. L'analyse d'un seul site est privilégiée du fait de l'antériorité de remboursement de l'analyse pour un seul site. Tous les prélèvements locaux (génitaux, pharynx ou anus) sont réalisés par le biologiste.

Dans aucun des deux laboratoires interrogés ne se pratique l'auto-prélèvement, même lorsqu'ils sont spécifiquement prescrits. Le responsable du laboratoire de Dieppe considérant le prélèvement par le professionnel plus fiable car plus précis. De plus, cette modalité de prélèvement permettrait également d'orienter les recherches microbiennes en fonction de l'examen gynécologique (ajout de la recherche de *Gardnarella* ou de *Trichomonas* à l'initiative du biologiste en cas de signes évocateurs) et permettrait également des diagnostics différentiels (notamment des salpingites).

Durant le mois précédant l'enquête, ont été réalisées 193 recherches par PCR (tous sites confondus) au laboratoire de Rouen, et 117 PCR au laboratoire de Dieppe (dont 84 réalisées sur des urines du 1^{er} jet, et 33 sur un prélèvement d'endocol).

Ce dépistage par PCR est désormais inscrit à la nomenclature des actes de biologie et remboursée (forfait unique quel que soit le nombre de sites dépisté ou le germe dépisté).

3.2.3 Enquête au CeGIDD du CHU de Rouen

A l'initiation de la présente étude, était prévu de mener l'enquête auprès des praticiens des CeGIDD du CHU de Rouen et du CeGIDD du Conseil Départemental. Du fait de l'interruption progressive des activités des CeGIDD du Département au 31 décembre 2018, l'enquête n'a porté que sur le CeGIDD du CHU de Rouen.

Organisation au sein du CeGIDD du CHU de Rouen

En fin d'année 2018, le CeGIDD du CHU comporte 2 sites : 1 site principal à l'hôpital Charles Nicolle, ouvert les lundis, mercredis, jeudis et vendredis de 9h00 à 13h00 et de 13h45 à 17h00 et une antenne à l'hôpital Saint Julien de Petit-Quevilly ouverte le mardi de 9h00 à 17h00, sur rendez-vous uniquement, hormis lors de journées portes ouvertes, deux fois par an. Les consultations sont gratuites et peuvent être anonymes à la demande de l'utilisateur (avec levée de l'anonymat en cas de nécessité d'un traitement). Les professionnels consultants au CeGIDD sont composés de : 3 infirmières, 3 médecins généralistes, 1 gynécologue, 1 secrétaire, 1 assistante sociale et 1 psychologue, pouvant exercer à temps partiel.

A l'arrivée de l'utilisateur, une secrétaire, dont l'activité est exclusivement dédiée au CeGIDD oriente au terme de quelques questions simples et dans un cadre confidentiel, soit vers un médecin pour les personnes ayant des symptômes évocateurs d'IST, soit vers un-e infirmier-e (IDE) en l'absence de symptômes. Les usagers revus en consultation pour les résultats des dépistages sont vus en consultation par un médecin lorsque les dépistages sont positifs, et peuvent être vus en consultation par les IDE lorsque tous les tests sont négatifs. Les consultations de dépistage durent 30 minutes et les consultations de rendu de résultats négatifs 10 minutes. Sur demande de l'utilisateur, les résultats peuvent être communiqués au médecin traitant par fax. Les IDE ont reçu une formation spécifique et exercent leurs missions dans le cadre d'un protocole de délégation de tâche.

La multiplicité des intervenants permet une prise en charge globale de la santé sexuelle (dépistage et traitement des IST, détection des violences sexuelles, contraception, prise en charge des accidents d'exposition au risque viral, orientation des usagers vers le généraliste ou le spécialiste en cas de complication ou de symptômes sans lien avec une IST). Des actions de dépistage et de prévention "hors les murs" sont organisées afin d'aller vers les populations les plus à risque (actions de dépistage aux « restos du cœur », à « Médecins du monde »), ou encore pour des actions plus ciblées comme par exemple pour une campagne de vaccination contre l'hépatite virale A dans un sauna en réponse à une recrudescence régionale de cas d'hépatite virale A chez les hommes normands ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Les données épidémiologiques suivantes, concernant la période du 01/06/2018 au 30/11/2018 reflètent l'activité et les modalités de fonctionnement du CeGIDD.

Public accueilli

Situés pour l'un à proximité du centre-ville de la rive droite, et pour l'autre plus à distance du centre-ville rive gauche, mais tous les deux dans des structures hospitalières, ces deux sites ont des recrutements proches.

Au total, ont été pris en charge en 6 mois du 01/06/2018 au 30/11/2018, 1212 usagers, répartis entre les sites de l'hôpital Charles Nicolle et Saint Julien.

Ainsi, à l'hôpital Charles Nicolle ont été accueillis :

- 1033 usagers, dont 579 hommes (56%), 452 femmes (44%) et 2 personnes transgenres (0,2%) ;
- 144 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (14%), 302 hétérosexuels multipartenaires (29%) ;
- 107 personnes migrantes (10%), correspondant aux usagers originaires d'un pays étranger ;
- 140 personnes en situation de précarité sociale (14%), qui n'avaient aucune couverture sociale.
- les usagers étaient le plus souvent jeunes : 309 femmes de moins de 25 ans (30%), 377 hommes de moins de 30 ans (37%), et 88 étaient mineurs (9%).

A l'hôpital Saint Julien, ont été accueillis durant la même période :

- 179 usagers, dont 103 hommes (58%) pour 76 femmes (43%)

- 18 hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (10%), 77 hétérosexuels multipartenaires (43%),
- 19 personnes migrantes (11%),
- 17 personnes en situation de précarité sociale (10%)
- 52 femmes de moins de 25 ans (29%), 63 hommes de moins de 30 ans (35%), et 11 mineurs (6%)

Dépistage du VIH

Le dépistage du VIH est réalisé par test sérologique dit de 4^{ème} génération, combinant une sérologie ELISA et la détection de l'antigène P24 sur prélèvement sanguin effectué par l'IDE chez tous les consultants, à l'exception des patients connus séropositifs pour le VIH et qui consultent pour une le dépistage et le traitement d'autres IST. En cas de positivité, de la sérologie VIH, il est proposé une levée de l'anonymat, un contrôle et confirmation rapide (dans la journée) et une orientation directe dans le service de maladies infectieuses.

Au cours des 6 derniers mois ont été réalisés 1037 sérologies sur le site de la rive droite, dont 1 positive, et 168 sérologies sur le site de la rive gauche, toutes négatives.

Dépistage des hépatites virales

Le dépistage est réalisé par techniques sérologiques pour les hépatites virales A, B, et C. Le statut sérologique vis à vis de l'hépatite virale B est étudié chez tous les usagers, par la recherche des trois marqueurs (antigène HbS, les anticorps anti HbC et anti HbS), ou uniquement par recherche de l'Ac anti HbS lorsqu'une la vaccination contre l'hépatite B est certaine. L'hépatite C est recherchée par sérologie, au moins une fois en cas de consultations multiples au CeGIDD, et à chaque consultation en cas de facteur de risque identifié par interrogatoire. Le dépistage de l'hépatite A par recherche des IgM est proposée en cas de tableau clinique évocateur ou des IgG avant vaccination (HSH). En cas de positivité, les usagers sont adressés directement en hépatologie.

Une hépatite B a ainsi été recherchée chez 974 usagers (839 à l'hôpital Charles Nicolle, et 135 à l'hôpital Saint Julien), dont 5 identifiaient une hépatite virale B chronique active. L'hépatite C a été recherchée chez 1007 usagers, et identifiaient une hépatite virale C chez 4 patients.

Dépistage de la syphilis :

Le dépistage de la syphilis est réalisé par sérologie (TPHA VDRL), et depuis août 2018 par TPHA avec dosage du VDRL quantitatif en cas de positivité conformément aux nouvelles recommandations. En cas de positivité, les résultats sont rendus par le médecin et le traitement est effectué sur place. Le

nombre de tests réalisé était de 1145 dont 978 à l'hôpital C. Nicolle (5 positifs), et 167 à l'hôpital Saint Julien (2 positifs).

*Dépistage de *Chlamydiae trachomatis* et *Neisseria gonorrhoea* :*

Le prélèvement était réalisé par auto-prélèvement vaginal et/ou anal en l'absence de symptômes après explication des modalités de réalisation par l'IDE. Les prélèvements urinaires (1^{er} jet) pharyngés étaient réalisés par l'IDE, et les prélèvements anal et d'endocol par le médecin au cours de l'examen clinique en cas de symptômes. Le nombre de sites prélevés est variable et adapté au type de pratique sexuelle à risque pour chaque usager (homme ou femme). Ces tests étaient effectués en cas de symptômes, ou, en l'absence de symptômes, chez les patients ayant des rapports non protégés avec plusieurs partenaires, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou chez tous les usagers ayant eu des rapports non protégés, orientés selon les prises de risque. La recherche de *Chlamydiae trachomatis* était réalisée 1147 fois, dont 965 à l'hôpital C. Nicolle, positive 71 fois (7%), 182 à l'hôpital Saint Julien, positive 25 fois (14%). La recherche de gonocoque était réalisée 1150 fois, dont 968 à l'hôpital C. Nicolle, positive 24 fois (2,5%, 18 hommes et 6 femmes), 182 à l'hôpital Saint Julien, positive 2 fois (1 homme et 1 femme).

Vaccinations et PREP

La prescription de la PreP n'est pas réalisée au CeGIDD mais dans le service de MIT, couplé au CeGIDD et situé dans les mêmes locaux. Le traitement des IST est réalisé sur place (pour la majorité des traitements (Ceftriaxone monodose, Azithromycine monodose, et Pénicilline G) ou prescrits (Doxycycline, Flagyl). D'autres examens peuvent être prescrits si la situation clinique l'exige (salpingite, orchite... avec biologie complémentaire, prélèvements gynécologiques complémentaires, ECBU et échographie). Des préservatifs masculins et féminins sont distribués gratuitement ainsi que des documents d'information à destination de l'usager.

Lorsqu'elles sont indiquées, des vaccinations peuvent être effectués gratuitement au CeGIDD comme contre les hépatites virales A et B ou le méningocoque. Même lorsque sa réalisation serait recommandée, la vaccination contre le papillomavirus n'est pas réalisée gratuitement sur place, mais peut être prescrite pour un achat en pharmacie et peut-être réalisée au CeGIDD. La vaccination des hommes HSH de moins de 26 ans semble rare, car dans cette indication le vaccin n'est pas remboursé. Lorsque d'autres vaccinations ou rappels vaccinaux sont indiquées, ceux-ci peuvent être prescrits pour un achat en pharmacie, et réalisés sur place. L'usager peut également être réorienté vers son médecin traitant.

3.3 Discussion

Le présent travail de thèse, a été mené dans une perspective d'exercice médical de la médecine générale mais comportant une part importante d'activité menée en CeGIDD. L'objectif était ainsi, à l'issue d'une synthèse des recommandations et de l'épidémiologie, de situer la pratique d'un médecin en CeGIDD au sein d'un dispositif global et régional de prévention et de dépistage.

L'évaluation régionale menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes en exercice vient confirmer régionalement et en 2018 nombre de données abordées dans l'enquête baromètre santé menée en 2009 auprès des médecins généralistes (29). Elle permet de questionner la couverture des publics « clés » identifiés dans l'épidémie de VIH et d'IST, et d'apporter des pistes de travail, notamment en matière de formation.

Le nombre de dépistage des IST prescrit par les médecins généralistes apparaissait relativement faible, puisque seulement 20% d'entre eux déclaraient prescrire plus de 3 dépistages mensuels. Il s'agit là d'une donnée déclarative, et la méthodologie de l'étude ne permettait pas d'avoir une vision globale et qualitative de la patientèle des médecins interrogés. Néanmoins, si l'on considère les indications globalement larges listées dans les recommandations (cf. figure n°3 recensant les indications du dépistage), il est probable que le nombre de patients pouvant relever d'un dépistage est bien supérieur. Cette hypothèse semble confortée par le fait que les motifs principaux de réalisation de dépistage étaient d'avantage des bilans systématiques, ou à la demande du patient, que dans des indications imposant une recherche spécifique par l'interrogatoire du risque d'IST. Ainsi, si l'on exclut les dépistages réalisés à la demande du patient (46%), les dépistages initiés par le médecin traitant parce qu'il avait identifié un risque ne représentaient que 29% des situations, les autres bilans étant de caractère « systématique », non ciblés, et donc probablement de plus faible utilité. Dans l'enquête « baromètre-santé », 66,8% des tests de dépistage prescrits l'étaient à la demande des patients (29). Il pourrait être admis que le nombre de dépistages réalisés soit faible s'ils étaient particulièrement ciblés sur les populations à risque et donc associés à un taux de positivité important, ce que notre étude ne permettait pas de déterminer. Néanmoins, si l'on se réfère aux données nationales publiées par Santé Publique France en décembre 2018, la Normandie, comparativement aux autres régions semblait relativement peu prescriptrice de dépistages du VIH, sans pour autant cibler mieux les dépistages, si l'on en jugeait par un taux de positivité de 1,2 pour 1000 sérologies pour une moyenne nationale de 1,4/1000 (6).

Parmi les motifs de dépistage, il semble que les médecins généralistes préfèrent identifier des conduites à risque, plutôt que des facteurs de risque. Néanmoins, ces conduites à risque imposent, pour être identifiées, un interrogatoire orienté, ce qui ne peut aisément être renouvelé à chaque consultation. Outre le dépistage de prises de risque individuelles, pourrait également être identifié le « risque épidémiologique » : identification, à partir d'une caractéristique personnelle, (orientation sexuelle, appartenance géographique...) de l'appartenance à un groupe dans lequel la prévalence d'une IST est élevée. L'identification d'une telle appartenance pourrait alors inciter à dépister et renouveler les dépistages des IST. C'est le cas tout particulièrement des populations « clés » identifiées comme à risque accru d'infection par le VIH et les hépatites par exemple chez les HSH, dans la population migrante, ou chez les usagers de drogue. Les motifs de non prescription de dépistage dans ces populations « clés » ne semblent pas être la méconnaissance du facteur de risque puisque 77% des médecins déclaraient identifier le risque. Néanmoins, le dépistage n'était prescrit qu'une partie des situations où le risque était identifié, et possiblement ne concernait qu'une partie des pathologies à risque. Ainsi, seulement 58% des médecins interrogés disaient prescrire un dépistage dans cette situation, un taux de prescription déclaré néanmoins supérieur aux données du baromètre santé 2009 dans lequel seulement 35% des médecins dépistaient les personnes originaires de pays de forte endémie. (29) Par ailleurs, il est possible de questionner l'exhaustivité des dépistages prescrits dans certaines situations, si l'on en juge indirectement, par exemple, par le taux de prescription de la vaccination contre l'hépatite virale A chez les HSH (35%), ou du vaccin contre le papillomavirus (connue de 52% des médecins et prescrite par 19% d'entre eux) qui témoignaient potentiellement d'une méconnaissance de certains risques par une partie des médecins généralistes. Peu de médecins ont répondu aux freins pouvant être incriminés dans l'absence de prescription d'un dépistage, malgré une indication à réaliser ce dépistage (20 médecins seulement). Néanmoins, les deux principaux freins évoqués pour expliquer cette absence de prescription semblaient être la méconnaissance des recommandations et la difficulté à aborder la sexualité.

Un écart important peut également être noté dans les indications de dépistage des différentes pathologies : si une large majorité recherchait le VIH (100%), le VHB (94%) et le VHC (92%), seulement 40% proposaient un dépistage du chlamydia et 23% du gonocoque. Or, que le dépistage soit prescrit pour une prise de risque ou à titre systématique, la probabilité de dépister une infection à *Chlamydiae* ou gonocoque était supérieures à celles d'une infection par le VIH ou les hépatites, particulièrement chez les jeunes, et les conséquences potentielles non négligeables (risque d'infertilité et de douleurs pelviennes chroniques avec retentissement néfaste sur la sexualité). Cet écart pourrait s'expliquer par une bonne connaissance des facteurs de risque, mais une moindre évaluation de leurs prévalences relatives, ou encore la méconnaissance des formes cliniques asymptomatiques d'infection à

Chlamydiae. Enfin, lorsqu'un test de dépistage pour *Chlamydiae* et gonocoque était prescrit, une inadéquation importante des modalités de dépistage était fréquemment relevée puisque seulement la moitié des dépistages du *Chlamydiae* étaient réalisés selon les recommandations par PCR (57% chez l'homme et 50% chez la femme) et moins d'un tiers pour le gonocoque (27% pour l'homme et 19% pour la femme). L'aide potentielle des laboratoires pour améliorer ces modalités de dépistage est réelle, puisqu'il leur est possible d'ajouter un dépistage par PCR, et, en cas de dépistage non recommandé (exemple sérologie *Chlamydiae*) d'ajouter un commentaire dans les résultats.

Pour optimiser l'efficacité du dispositif de dépistage, se pose la question de l'adéquation entre les publics « cibles » et l'offre de dépistage. Notre étude ne permettait pas de mettre en relation les indications et modalités de dépistage des médecins généralistes avec la nature de leur patientèle. Comme discuté précédemment, il est probable qu'une large part des patients affectés par des IST consulte un généraliste, mais que seulement une fraction soit identifiée comme atteinte, et dépistée. En revanche, notre étude apportait quelques indications sur les publics consultant en CeGIDD. Il pouvait ainsi être noté une sur-représentation, par rapport à la population générale de personnes appartenant à des groupes à risque accru d'infection par le VIH et les IST, avec notamment une sur-représentation des HSH, des migrants, et des publics précaires... L'offre de dépistage en CeGIDD semblait donc concerner une population un peu plus ciblée sur des groupes à risque accrus d'IST. Cela se reflétait dans les taux de positivité les plus élevés des tests, qui concernaient l'infection à *Chlamydiae* (respectivement de 7% sur Charles Nicolle et de 14% sur Saint-Julien), sans doute en lien avec l'accueil d'une population de moins de 30 ans dans plus de 60% des cas et environ 20% de population « clé » (HSH et migrants), personnes en situation de précarité, supposée plus importante sur la rive gauche de Rouen expliquant le plus fort taux de positivité pour le *Chlamydiae*, et d'autant plus prévalente chez les femmes que leur niveau socio-économique est moindre. (46) Cependant, et malgré le dépistage dans une population relativement ciblée, les taux de positivité des tests pour le VIH et les hépatites restaient très faibles, témoignant d'une contribution faible des CeGIDD à la recherche de « l'épidémie cachée ». Le recours au CeGIDD est probablement le plus souvent le fruit d'une demande spontanée d'une population symptomatique ou qui a conscience qu'elle court un risque d'IST. Il est possible que, même au sein des populations les plus à risque d'infection par le VIH, la prévalence de la maladie soit nettement moindre chez ces consultants conscients de risques et soucieux de leur santé, et que la majorité des patients ignorant leur séropositivité dans ces groupes à risque ne consulte pas spontanément en CeGIDD. C'est le sens des actions menées hors les murs auxquelles sont encouragés les CeGIDD, et de la très importante complémentarité attendue de l'action des associations impliquées dans le dépistage communautaire ou délocalisé.

Les données épidémiologiques récentes publiées par Santé Publique France mettent en exergue une population d'hommes de plus de 50 ans ne représentant qu'une faible partie des cas d'infection par le VIH, mais diagnostiqués tardivement, et avec une forte morbi-mortalité. Notre étude ne permettait pas de déterminer dans quelle mesure des dépistages étaient proposés par les médecins généralistes à ces patients, mais ces derniers étaient très peu représentés parmi les usagers du CeGIDD. Il est donc probable que les opportunités de dépistage soient rares dans cette catégorie de population, laissée en marge des campagnes et recommandations de prévention.

Quantitativement, l'offre de dépistage des CeGIDD restait faible comparativement à celle potentiellement réalisable en médecine générale, du fait d'un maillage du territoire d'amplitudes horaires plus limitées, et de la nécessité d'un recours spécifique et spontané des usagers. Qualitativement, les CeGIDD apportent désormais une offre diversifiée de prise en charge de la santé sexuelle au sens large : dépistage et traitement des IST, prise en charge médico-psycho-sociale, consultation de santé sexuelle, distribution de préservatif gratuite et de documentation, prise en charge des accidents d'exposition à un risque viral, vaccination gratuite contre les hépatites A et B, consultation de contraception et délivrance de contraception d'urgence... La possibilité de soins anonymes est également complémentaire du dépistage en médecine générale. L'accès à la PreP n'était pas organisé dans le CeGIDD, mais, particularité régionale, dans le service de maladies infectieuses adossé au CeGIDD et situé dans les mêmes locaux. La vaccination contre le Papillomavirus, vaccin onéreux, n'est pas proposée à titre gratuit par le CeGIDD, mais fait l'objet d'une prescription pour un achat non remboursé et une délivrance en ville. Il est ainsi probable que cette vaccination ne soit que rarement mise en œuvre par les usagers, cette donnée pouvant faire l'objet d'une enquête spécifique. Enfin, l'activité de conseil en prévention réalisée par le CeGIDD systématiquement au cours de la démarche de dépistage, ne faisait probablement que rarement l'objet d'une consultation spécifique, cette dernière donnée ne pouvant être extraite du système d'information. L'offre de prévention et de soins du CeGIDD, se situait donc par rapport à l'offre de dépistage en médecine générale comme une offre complémentaire, mieux identifiée par des publics plus spécifiques, et plus à risque d'IST, et par une réponse qualitative différente et plus orientée sur la santé sexuelle. Son efficacité semblait donc d'autant plus importante que les usagers consultant le CeGIDD étaient à risque accru d'IST, et avec des besoins spécifiques en terme de santé sexuelle.

L'orientation des usagers vers les CeGIDD pouvait être spontanée, la population générale pouvant avoir connaissance de l'existence de tels centres de dépistages, dont l'existence est historique. Mais

l'orientation vers ces centres d'une population à risque accru, ayant des besoins spécifiques, pourrait également être proposée par les médecins généralistes. Or, et il s'agit là d'un premier élément de formation identifié, ces derniers semblaient n'avoir une connaissance que partielle de l'offre de soins et de prévention proposée en CeGIDD : la moitié d'entre eux déclaraient ne pas bien connaître ces structures, et notamment leur rôle de conseil et d'expertise dans la prise en charge des IST et le dépistage (6). Transformer ces centres de dépistage en centre référents de santé sexuelle permettrait de pallier en partie aux difficultés rencontrées par les généralistes en ville.

En complément de cette information sur l'offre des CeGGID, et ces derniers n'ayant pas vocation à réaliser l'ensemble des dépistages dans toutes les populations, des pistes d'amélioration dans la connaissance par les médecins généralistes des recommandations de dépistage, de diagnostic et des outils de prévention étaient également identifiées.

La première piste de travail concerne les recommandations de dépistage qui semblaient mal connues des généralistes ayant participé à l'enquête, et donc présumés intéressés par le sujet. Si la plupart des médecins déclaraient connaître les facteurs de risque d'IST, et notamment les facteurs de risque épidémiologiques. A l'inverse, alors que la difficulté à aborder la sexualité semblait un frein à la prescription d'un dépistage, aucun médecin ne demandait de formation sur ce thème. Une formation semble également nécessaire sur comment aborder la sexualité dans le cadre contraint d'une consultation de médecine générale. Certains supports existent déjà sur comment aborder ces questions en consultation et méritent d'être diffusés et développés (30,47). De même, 90% des médecins disaient dispenser des conseils en matière de prévention des IST, mais la mise en œuvre de mesures de prévention telles que les vaccinations dans certains groupes à risque semblait relativement méconnue ou mal appliquée. La formation initiale des jeunes médecins généralistes est également à questionner. Dans ce travail, malgré un fort pourcentage de jeunes médecins, beaucoup méconnaissaient les recommandations à ce sujet. Cette formation pourrait s'appuyer par la mise en place de stages pratiques en CeGIDD, comme cela va être le cas pour les étudiants infirmiers et en maïeutique. Une actualisation des connaissances sur les modalités de dépistage des IST bactériennes (et notamment de *Chlamydiae* et gonocoque) pourrait là encore fait l'objet de rappels et de formations complémentaires auprès des médecins généralistes. Celle-ci pourrait passer par différents moyens : sessions de formation, création de ressources documentaires en ligne reprenant les recommandations en matière de dépistage et de vaccinations, ligne de conseil téléphonique... autant d'outils qui pourraient permettre une amélioration des pratiques. Des fiches pratiques, conçues et proposées dans le cadre d'un travail de thèse récent dans la région (Thèse du Dr Manon Lerebours non encore publiée) pourraient également être proposées.

Plus spécifiquement, des éléments précis pourraient être abordés au cours de ces formations :

-formation sur le rôle du traitement comme prévention (TasP), qui s'il ne concernait qu'une minorité de médecins généralistes prenant en charge des personnes infectées par le VIH, renforçait les connaissances sur les modalités de transmission du VIH, l'efficacité des traitements dans la prévention de la transmission, et ce faisant, l'importance du dépistage ;

-formation sur l'hépatite virale A, peu identifiée par les médecins généralistes comme pouvant être transmise par voie sexuelle, notamment chez les HSH, et faisant l'objet de peu de prescriptions de vaccination ;

-formation sur l'importance du Papillomavirus, et la possibilité de prévention vaccinale.

-formation sur la capacité à aborder la santé sexuelle et à donner des conseils sur le sujet, ou orienter vers un centre de conseil.

Construites en lien avec les biologistes des laboratoires, les Unions Régionales de médecins libéraux (URML), le département universitaire de médecine générale, ces formations pourraient être coordonnées par le COREVIH, et s'appuyer sur les professionnels exerçant en CeGIDD.

Une forte adhésion à ces propositions de formation est anticipée, si l'on en juge par la demande de formation formulée par 79% des médecins généralistes interrogés.

Enfin, les CeGIDD pourraient être également incités à questionner leurs pratiques : élargissement des compétences des personnels en sexologie et en santé sexuelle, et travail centré sur les populations clés pour déterminer comment améliorer l'adéquation entre les spécificités d'un CeGIDD et les caractéristiques des consultants. Des réflexions pourraient ainsi être engagées avec les autres acteurs : médecins généralistes pour orienter vers les CeGIDD les usagers ayant des besoins spécifiques, associations d'aide aux populations en situation de précarité, aux migrants, de lutte contre le VIH pour aller au-devant des populations les plus à risque et faciliter leur accès au dépistage, tout en maintenant la nécessaire activité à destination des populations jeunes, qui sont exposés aux IST bactériennes et dont les questionnement en matière de sexualité trouvent parfois réponse dans les CeGIDD.

Si les pistes identifiées à travers ce présent travail paraissent intéressantes, elles ne sauraient prétendre à une parfaite représentativité de la prise en charge en Seine-Maritime. En effet, des limites peuvent être identifiées dans la participation à cette enquête : le taux de réponse à l'enquête était

particulièrement faible, de l'ordre de 12%, malgré des relances répétées. Un nombre important de médecins généralistes n'a pas souhaité, ou n'a pas trouvé le temps de participer à ce travail. Les nombreuses sollicitations des généralistes pour des questionnaires de thèse participent sûrement au faible taux de réponse. Les participants étaient massivement des médecins en début de carrière (34 ans d'âge moyen), tandis que la majorité des médecins exerçant en Normandie plus de 50 ans (données issues du Conseil de l'Ordre des Médecins). La méthodologie initialement envisagée, prévoyait l'analyse des dernières prescriptions de dépistage à partir d'un échantillon de dossiers médicaux, et une évaluation par cette méthode du nombre de tests et des motifs de dépistages en médecine générale. La disparité des logiciels employés, du remplissage des dossiers médicaux, la difficulté d'accès aux dossiers des patients et les problèmes de confidentialité que cela posait ont conduit à une enquête par questionnaires, exposant à d'importants biais de mémorisation, et témoignant possiblement d'avantage du « ressenti » des médecins généralistes que de leurs pratiques avec exactitude. Néanmoins, malgré toutes ces limites, des éléments d'explication des données d'analyse en laboratoire, des pistes d'amélioration, identifiées par les praticiens eux-mêmes ou non, pouvaient être dégagées. Alors même que l'on pourrait attendre une meilleure qualité et davantage de précision issue des données des laboratoires et des CeGIDD, saisies dans des logiciels, les données pouvant être extraites restent à ce jour extrêmement parcellaires. Les laboratoires, n'étaient pas en mesure de donner aisément les taux de positivité des différents prélèvements réalisés, ni les caractéristiques démographiques simples des patients concernés. Le CeGIDD ne pouvait extraire que de rares données démographiques et épidémiologiques, et ne pouvait, par exemple pas apporter d'informations fiables qui auraient pourtant été précieuses : nombre de personnes vaccinées, motifs de consultation, consultation spontanée ou sur recommandation (d'un médecin généraliste, d'un associatif, d'une infirmière scolaire...), proportion de patients symptomatiques parmi les consultants, nombre d'usagers vus en consultation par une infirmière experte ou par un médecin, âge moyen et médian des consultants... Une demande est en cours auprès de l'éditeur de logiciel pour permettre à chaque CeGIDD et au COREVIH un accès exhaustif aux données saisies.

4. Conclusion

Des changements récents sont venus bouleverser les problématiques des IST : changements des comportements sexuels, aggravation de l'épidémie, nouvelles méthodes diagnostiques, évolution des résistances, nouveaux outils de lutte contre la transmission (vaccinations, PrEP) ...

Pour faire face à ces nouveaux défis, l'offre seinomarine de prévention et de dépistage dispose de nombreux acteurs, complémentaires les uns des autres : médecins généralistes, laboratoires, CeGIDD, associations... Cette offre de prévention et de soins semble pouvoir toucher un large éventail des populations potentiellement affectées par les IST, mais semble perfectible. Un meilleur ciblage des dépistages semble souhaitable, tant en consultation de médecine générale qu'en CeGIDD. Une actualisation des connaissances dans une démarche de formation initiale et continue permettrait sans doute d'améliorer l'ampleur et la pertinence du dépistage en ville, mais aussi d'améliorer l'adéquation entre l'offre de prévention et de soins en CeGIDD et ses usagers.

5. Bibliographie

1. IFOP, Institut français d'opinion publique. Les jeunes, l'information et la prévention du sida [Internet]. [cité 26 déc 2018]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/linformation-jeunes-prevention-du-vih/>
2. Velter A, Sauvage C, Saboni L, Sommen C, Alexandre A, Lydié N, et al. Estimation de la prévalence du VIH chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay de cinq villes françaises – PREVAGAY 2015. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2017;(18):347-54.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/18/2017_18_1.html.
3. Sagaon-Teyssier L, Suzan-Monti M, Demoulin B, Capitant C, Lorente N, Préau M, et al. Uptake of PrEP and condom and sexual risk behavior among MSM during the ANRS IPERGAY trial. AIDS Care. 24 mars 2016;28(sup1):48- 55.
4. Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitant C, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. Lancet HIV. 2017;4(9):e402- 10.
5. Santé publique France. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 26 novembre 2018. [Internet]. [cité 26 déc 2018]. Disponible sur:
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-26-novembre-2018>
6. Santé publique France. Surveillance et prévention des infections à VIH et autres infections sexuellement transmissibles. [cité 5 janv 2019]; Disponible sur:
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Normandie/Bulletin-de-sante-publique-Normandie.-Decembre-2018>
7. Legifrance. Arrêté du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles [Internet]. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030824409>
8. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle Agenda 2017-2030 [Internet]. 2017 [cité 26 déc 2018]. Disponible sur:
<https://cns.sante.fr/actualites/presentation-de-strategie-nationale-de-sante-sexuelle/>
9. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Prévention et dépistage (avril 2018). Groupe des experts « Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH » [Internet]. 2018. Disponible sur: https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2018/04/experts-vih_prevention-depistage.pdf
10. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France [Internet]. [cité 26 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2024411/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-de-l-infection-a-vih-en-france
11. Dhumeaux D. Dépistage des hépatites B et C. Nouvelles recommandations. POST'U. 2015;13- 7.

12. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. Stratégies de dépistage biologique des hépatites virales B et C [Internet]. 2011 mars [cité 27 déc 2018] p. 113. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050355/fr/strategies-de-depistage-biologique-des-hepatites-virales-b-et-c
13. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite B [Internet]. [cité 27 déc 2018] p. 115. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2063232/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-b?cid=r_1437747
14. Haute Autorité de Santé. Place des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) dans la stratégie de dépistage de l'hépatite C [Internet]. 2014 mai [cité 27 déc 2018] p. 103. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1615995/fr/place-des-tests-rapides-d-orientation-diagnostique-trod-dans-la-strategie-de-depistage-de-l-hepatite-c
15. Haute Autorité de Santé. Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France. Synthèse et perspectives [Internet]. 2007 mai [cité 27 déc 2018] p. 30. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_548127/fr/evaluation-a-priori-du-depistage-de-la-syphilis-en-france
16. Legifrance. Décision du 24 janvier 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française n°0130 [Internet]. 8 juin 2018 [cité 27 déc 2018]; Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000037032478
17. Haute Autorité de Santé. Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis [Internet]. 2018 sept [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_2879431
18. Haute Autorité de Santé. Dépistage et prise en charge de l'infection à Neisseria gonorrhoeae : état des lieux et propositions : Synthèse [Internet]. 2010 déc [cité 27 déc 2018] p. 26. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1031776
19. William E, Cayley J. Effectiveness of Condoms in Reducing Heterosexual Transmission of HIV. Am Fam Physician. 1 oct 2004;70(7):1268- 9.
20. Strömdahl S, Hickson F, Pharris A, Sabido M, Baral S, Thorson A. A systematic review of evidence to inform HIV prevention interventions among men who have sex with men in Europe. Eurosurveillance. 16 avr 2015;20(15):21096.
21. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. JAMA. 12 juill 2016;316(2):171- 81.
22. Durand-zaleski I, Mutuon P, Charreau I, Tremblay C, Rojas D, Pialoux G, et al. Costs and benefits of on-demand Hiv preexposure prophylaxis in Msm. Aids. 2 janv 2018;32(1):95- 102.
23. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant. In: Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH [Internet]. 2017. p. 32. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>

24. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2018 [Internet]. 2018 janv [cité 24 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>
25. Haut Conseil de la Santé Publique. Guide pour l'immunisation en post-exposition : vaccination et immunoglobulines [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 févr [cité 17 oct 2018] p. 86. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=548>
26. Blanc A, Bonnet F, Brun-Vezinet F, Costagliola D, Dabis F, Delobel P, et al. Épidémiologie de l'infection à VIH en France. In: Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH [Internet]. 2017. p. 26. Disponible sur: <https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
27. ONUSIDA. 90-90-90: Une cible ambitieuse de traitement pour aider à mettre fin à l'épidémie du sida [Internet]. 2014 [cité 28 déc 2018] p. 33. Disponible sur: <http://www.unaids.org/fr/resources/documents/2014/90-90-90>
28. Semaille P. Counselling et infections sexuellement transmissibles. Minerva. 2009;8(5):62- 3.
29. Gautier A, Berra N. Les médecins généralistes face au dépistage du VIH : nouveaux enjeux, nouvelles pratiques ? In: Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Saint-Denis : INPES; 2011. p. 137- 55. (Baromètres santé). Disponible sur: inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/depistage-VIH.pdf
30. Van Der Schueren T. Sexualité et santé [Internet]. SSMG. [cité 1 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.ssmg.be/sexualite-et-sante/>
31. Pioche C, Léon L, Vaux S, Brouard C, Lot F. Dépistage des hépatites B et C en France en 2016, nouvelle édition de l'enquête LaboHep. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(11):188- 95.
32. Vaux S. Surveillance des hépatites B et C, Normandie. Bull Veille Sanit. juin 2017;(26):10.
33. Dépistage et PrEP en Normandie [Internet]. COREVIH Normandie (Comité de Coordination Régionale de lutte contre l'infection due au Virus de l'Immunodéficience Humaine). 2018 [cité 7 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.corevih-normandie.fr/depistage-en-normandie/>
34. Santé publique France. Infection par le VIH et les IST bactériennes. Point épidémiologique du 28 novembre 2017. [Internet]. 2017 nov p. 9. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>
35. Tran T, Cazein F, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Lot F. Découvertes de séropositivité VIH chez les seniors en France, 2008-2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(40- 41):792- 8.
36. Vaux S, Pioche C, Brouard C, Pillonel J, Bousquet V, Fonteneau L, et al. Surveillance des hépatites B et C. [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017 p. 28. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2017/Surveillance-des-hepatites-B-et-C>

37. Brouard C, Pioche C, Léon L, Lot F, Pillonel J, Larsen C. Incidence et modes de transmission de l'hépatite B aiguë diagnostiquée en France, 2012-2014. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(13- 14):237- 43.
38. Santé publique France. Epidémie d'hépatite A en France et en Europe - Point de situation au 13 novembre 2017 [Internet]. 2017 [cité 24 oct 2018]. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatitis-virales/Hepatitis-A/Points-d-actualite/Epidemie-d-hepatite-A-en-France-et-en-Europe-Point-de-situation-au-13-novembre-2017>
39. Ndumbi P, Freidl GS, Williams CJ, Mårdh O, Varela C, Avellón A, et al. Hepatitis A outbreak disproportionately affecting men who have sex with men (MSM) in the European Union and European Economic Area, June 2016 to May 2017. *Eurosurveillance*. 16 août 2018;23(33):1700641.
40. Santé publique France. Situation épidémiologique de l'hépatite A aiguë Point de situation au 28/02/2018. Point Épidémio [Internet]. 15 mars 2018 [cité 2 janv 2019]; Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques/Tous-les-numeros/Normandie/2018/Surveillance-de-l-hepatite-A-en-Normandie.-Point-epidemiologique-au-15-mars-2018>
41. VIRIOT D, Pioche C, Barret A, Taha M, Bluzat L, Hannachi O, et al. Bulletins des réseaux de surveillance des IST : Données au 31 décembre 2016. *Bull Réseaux Surveill IST*. avr 2018;(6):12.
42. La Ruche G, Goulet V, Bouyssou A, Sednaoui P, De Barbeyrac B, Dupin N, et al. Épidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France. *Presse Médicale*. avr 2013;42(4):432- 9.
43. Ndeikoundam N, Bouvet de la Maisonneuve P, Le Strat Y, Fouquet A, VIRIOT D, et al. Estimations nationales et régionales du nombre de diagnostics d'infections à Chlamydia et à gonocoque en France en 2016 [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France; 2018 [cité 2 janv 2019] p. 6. Disponible sur: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/Estimations-nationales-et-regionales-du-nombre-de-diagnostics-d-infections-a-Chlamydia-et-a-gonocoque-en-France-en-2016>
44. Cire Normandie. Les infections sexuellement transmissibles en région Normandie en 2016. *Bull Veille Sanit*. déc 2017;(27):11.
45. Goulet V, De Barbeyrac B, Raherison S, Prudhomme M, Velter A, Semaille C, et al. 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*. 5 avr 2011;(12):160- 3.
46. GIRARD T, MERCIER S, VIALON V, POUPET H, RAHERISON S, BEBEAR C, et al. Étude de prévalence de l'infection à Chlamydia trachomatis et des facteurs clinico-biologiques associés dans une population d'adolescents en rupture, 2006-2007. *Bull Epidemiol Hebd*. 8 sept 2009;(33):361- 4.
47. INPES. DÉPISTAGE DU VIH ET DES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST). *Inf Ressour Pour Prof Santé*. mai 2011;11.

6. Annexes

6.1 Annexe n°1 : questionnaire à destination des médecins généralistes

Questionnaire Thèse : médecins généralistes

Bonjour, je suis David VAUTRIN, interne en fin de cursus de médecine générale et je réalise un travail de thèse sur les modalités et l'offre de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).

Il existe maintenant depuis plusieurs années une très nette recrudescence des IST (<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infections-sexuellement-transmissibles/Bulletins-des-reseaux-de-surveillance-des-IST>).

Ce problème s'illustre par l'épidémie d'hépatite A ayant sévi très récemment (2017) en France (2980 cas de janvier à novembre 2017 versus 697 en 2016, <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Hepatites-virales/Hepatite-A/Points-d-actualite/Epidemie-d-hepatite-A-en-France-et-en-Europe-Point-de-situation-au-13-novembre-2017>) mais également dans notre région avec 79 cas du 1^{er} janvier au 30 septembre 2017 soit 9 fois plus qu'en 2016 sur la même période (http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/140667/508291/version/83/file/pe_VHA_normandie_300917.pdf) De nombreuses maladies devenues très rares comme la syphilis sont de nouveau d'actualité dans nos cabinets de médecine générale.

La lutte contre les IST et le VIH passe indéniablement, outre leur traitement, par le dépistage et la prévention. Elle passe aussi par l'adaptation de ces messages aux personnes assises en face de nous en consultation. Ceci suppose de considérer la sexualité comme une composante de la santé et de pouvoir aborder aisément ce sujet parfois sensible en consultation.

De nombreuses structures de prévention viennent en support pour lutter contre les IST : les CeGIDD (centres gratuits d'information de dépistage et de diagnostic), les planninges familiaux, les permanences d'accès aux soins, les services de maladies infectieuses, les associations...

Il n'en reste pas moins que le médecin généraliste est au cœur de ce dispositif de prévention, puisque, premier prescripteur de tests de dépistage, il est également le premier et parfois le seul recours pour certaines personnes ayant peu ou pas d'accès au système de santé.

Mais le dépistage est un sujet parfois sensible qui renvoie à la question de la sexualité, doit pouvoir être évoqué sans gêne en consultation. Aborder ce sujet, y penser à chaque occasion qui se présente en consultation permettrait une prévention efficace.

Je vous remercie par avance du temps que vous consacrerez à ce questionnaire d'une dizaine de minutes dont le but est d'évaluer et d'analyser l'offre et les modalités régionales de dépistage, ainsi que les freins éventuels.

Vous pouvez me transmettre vos réponses par mail à l'adresse suivante : vautrindavid76@gmail.com ou par courrier à l'adresse suivante : 5 rue du Docteur Cornet 76300 Sotteville-Lès-Rouen

Très fraternellement.

David VAUTRIN

1 Recueil de données sociodémographiques :

VOUS, médecin généraliste :

- Age : _____
- Sexe : _____
- Lieu d'exercice principal : _____
- Mode d'exercice :
 - 1- ☐ Libéral ☐ Salarié ☐ Mixte
 - 2- ☐ Installé ☐ Remplaçant ☐ Collaborateur ☐ Interne
 - 3- ☐ Cabinet de groupe ☐ Seul ☐ Maison de santé
- Activités associées : _____
- Etes-vous maître de stage universitaire :
☐ oui ☐ non

2 Offre de dépistage :

- Au cours des 6 derniers mois, combien de tests de dépistage du VIH et des IST avez-vous prescrit ?

Donnez un nombre précis :

Ou une évaluation :

- ☐ Aucun ☐ Moins de 6 (moins de 1/mois) ☐ Entre 6 et 12 (moins de 2/mois)

☐ Entre 12 et 18 (entre 2 et 3 par mois)

☐ Plus de 18 (≥ 3 /mois)

-Parmi les suivantes numérotez de 1 à 8 les situations les plus fréquentes pour lesquelles vous prescrivez un dépistage du VIH, des hépatites ou des IST :

☐ Prise de risque évoquée par le patient lors d'une consultation pour un autre motif

☐ Patient consultant pour une prise de risque

☐ Bilan systématique demandé par le patient sans notion de risque d'infection récent ou ancien

☐ Bilan « pré-conceptionnel », avant mariage, PACS...

☐ Grossesse

☐ Signes cliniques évocateurs d'IST ou d'infection par le VIH

☐ Pathologie pouvant être considérée comme opportuniste

☐ Changement de partenaire

☐ Autre motif fréquent (précisez svp) _____

- Pouvez-vous donner à titre d'exemple la situation dans laquelle vous avez prescrit votre **dernier** test de dépistage ?

- Avez-vous déjà été amené à ne pas prescrire un dépistage alors que vous le pensiez utile ?

☐ Oui ☐ non

Si oui, dites pourquoi :

☐ Barrière de langue ☐ Difficulté à aborder la question

☐ Difficulté de remboursement ☐ Refus du patient

☐ Présence d'un accompagnant lors de la consultation

☐ Autre(s) motif(s) :

- La prévalence des IST et/ou du VIH est plus importante dans certaines populations (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, Usager de drogues injectables, personnes originaires de zones de forte prévalence pour le VIH, travailleurs du sexe). Concernant ces groupes de personnes en particulier, quelle est votre prise en charge :

☐ Prise en charge similaire aux populations qui n'ont pas ces caractéristiques

☐ Prise en charge spécifique. Précisez SVP :

- Proposez-vous **systématiquement** un dépistage aux personnes faisant partie de ces populations ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ? _____

- Votre prescription de test de dépistage s'accompagne-t-elle d'une discussion autour de la prévention ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Uniquement au moment de rendre un résultat positif

☐ Uniquement au moment de rendre un résultat (qu'il soit négatif ou positif)

Si non pourquoi : _____

Si oui, abordez-vous la santé sexuelle dans son ensemble ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ? _____

- Pensez-vous qu'il existe désormais un traitement préventif, remboursé, s'adressant aux populations séronégatives mais à haut risque de transmission (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes multipartenaires, travailleurs du sexe) et qui permette de prévenir l'infection par le VIH ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

- Pensez-vous qu'une personne séropositive traitée efficacement et indétectable depuis 6 mois ne transmet pas l'infection par le VIH ? (TaSP)

☐ Oui ☐ Non ☐ Je ne sais pas

3 Modalités de dépistage :

- Dans le cadre d'un dépistage systématique chez un jeune patient qui n'a pas de symptômes, quelles IST dépistez-vous ?

- Comment rédigez-vous votre d'examen (sérologie, frottis...) lorsque vous souhaitez dépister :

a. Le VIH : _____

b. L'hépatite B : _____

c. L'hépatite C : _____

d. La syphilis : _____

e. L'infection à Chlamydiae Trachomatis :

1) Chez l'homme : _____

2) Chez la femme : _____

f. L'infection à Gonocoque :

1) Chez l'homme : _____

2) Chez la femme : _____

- Dans quelle structure vos patients réalisent-ils leur test ?

☐ Laboratoire de ville

☐ Laboratoire hospitalier

☐ Réalisation des prélèvements au cabinet de médecine générale

☐ En centre de dépistage (CeGIDD, anciennement CDAG-CIDIST)

☐ Autre _____

- Vous arrive-t-il de réaliser des TROD (Test Rapides d'Orientation Diagnostique) pour le diagnostic des IST au cabinet ?

☐ Oui ☐ Non

- Si oui dans quelle(s) situation(s) et pour quelle(s) pathologie(s) :

- Connaissez-vous l'existence des CeGIDD (Centres Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic)

☐ Oui ☐ Non ☐ Oui mais je ne connais pas bien ces structures

- Vous arrive-t-il d'adresser vos patients dans un centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic ? (CeGIDD)

☐ Oui ☐ Non

Si oui dans quelle(s) circonstance(s) : _____

Si non, pourquoi ? _____

- Selon vous, en plus de l'activité de dépistage, les CeGIDD peuvent-ils :
 - 1- Traiter sur place les IST ? ☐ Oui ☐ Non
 - 2- Prescrire une contraception ? ☐ Oui ☐ Non
 - 3- Réaliser certaines vaccinations (hépatite B, hépatite A) ? ☐ Oui ☐ Non
 - 4- Donner un traitement d'urgence contre le VIH après une prise de risque ?
☐ Oui ☐ Non
 - 5- Donner la « pilule du lendemain » ? ☐ Oui ☐ Non
 - 6- Donner des conseils en matière de santé sexuelle ? ☐ Oui ☐ Non

4 Vaccinations

- Selon vous, la vaccination contre l'hépatite A est-elle recommandée pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ? ☐ Oui ☐ Non
Proposez-vous cette vaccination ? ☐ Oui ☐ Non

Pouvez-vous justifier votre choix ? _____

- Après un dépistage proposez-vous le cas échéant une mise à jour de la vaccination hépatite B ? ☐ Oui ☐ Non
Pouvez-vous justifier votre choix ? _____

- Selon vous, la vaccination contre les infections à papillomavirus (HPV) est-elle recommandée chez les hommes de moins de 25 ans qui ont des relations sexuelles avec des hommes ? ☐ Oui ☐ Non
Proposez-vous cette vaccination dans cette indication ? ☐ Oui ☐ Non

Pouvez-vous justifier votre choix ? _____

5 Besoin d'information

- Ressentez-vous un besoin de d'information sur le dépistage et le traitement des IST ? ☐ Oui
☐ non

Précisez votre demande : _____

- Ressentez-vous un besoin d'information sur les moyens de préventions disponibles (préservatifs, traitement préventif, traitement post-exposition...) ?
☐ Oui ☐ non

Précisez votre demande : _____

- Ressentez-vous un besoin d'information sur la vaccination comme outil de prévention des IST ?
☐ Oui ☐ Non

Précisez votre demande : _____

Je vous remercie de votre participation à ce questionnaire

Souhaitez-vous que je vous adresse une copie électronique de mon mémoire de thèse ?

Si oui précisez votre adresse mail :

6.2 Annexe n°2a : Tableau de données issues du questionnaire médecin généraliste

Disponible en ligne en suivant le lien : <https://docs.google.com/spreadsheets/d/1R1eJ-d9QlRua6D52KrDBjtOrPCVk2skxCzpyvIbbBPI/edit?usp=sharing>

6.3 Annexe n°2b : statistiques issues du questionnaire médecin généraliste

400 appels passés dans des cabinets de médecines générales avec proposition de questionnaires avec si souhait de répondre envoi du questionnaire par mail ou par papier

Diffusion du questionnaire par des collègues médecins généralistes par mail

Nb Réponse 48 N = 48

Pouvez-vous précisez votre âge ?

- Moins de 30 ans : 25 (52%)
- Entre 30 et 40 ans : 16 (33,3%)
- Plus de 40 ans : 7 (14.6%)
- Min : 25 ans
- Max : 63 ans
- Moyenne : 33.8 ans

Pouvez-vous précisez votre sexe ?

- Féminin : 26 (54.2%)
- Masculin : 20 (41.7%)
- Refus de réponse : 2 (4.2%)

Lieu d'exercice :

- Grande ville : 30 (62.5%)
- Milieu Rural : 18

Quel est votre mode d'exercice principal ?

- Libéral : 42 (87.5%)
- Salarié : 6 (12.5%)

Dans quel type de cabinet travaillez-vous ?

- Cabinet de groupe : 34 (70.8%)
- Maison de santé : 8 (16.7%)
- Seul : 1 (2.1%)
- CHU et remplacement : 3 (6.3%)
- Interne en stage : 1 (2.1%)

Quel est votre statut au sein du cabinet ?

- Médecin installé : 20 (41.7%)
- Médecin remplaçant : 13 (27.1%)
- Internes : 10 (20.8%) dont 5 remplacent en libéral, 2 en stage ambulatoire, 3 alternants CHU et remplacement libéraux
- Collaborateur libéral : 5 (10.4%)

Avez-vous d'autres activités que la médecine générale ?

- Non : 41 (85.4%).
- Oui : 7 (14.6%) dont 2 médecins du sport, 1 urgentiste, 1 addictologue, 2 universitaires, 1 santé voyages et CeGIDD

Etes-vous maître de stage universitaire ?

- Non : 37 (77.1%)
- Oui : 11 (22.9%)

Évaluation du nombre de tests prescrits sur les 6 derniers mois ?

- Moins de 6 : 9 (18.6%)
- Entre 6 et 12 : 19 (39.6%)
- Entre 12 et 18 : 10 (20.1%)
- Plus de 18 : 10 (20.1%) (médecins essentiellement Rouen elbeuf Sotteville lès Rouen je croise les stats en fonction du sexe, de l'âge et du mode d'exercice)

Parmi les suivantes numérotez de 1 à 8 les situations les plus fréquentes pour lesquelles vous prescrivez un dépistage du VIH, des hépatites ou des IST ?

	1	2	3	4	5	6	7	8
Prise de risque évoquée par le patient lors d'une consultation pour un autre motif	8 (16.7%)	8 (16.7%)	7 (14.6%)	15 (31.2%)	2 (4.2%)	5 (10.4%)	0	3 (6.3%)
Prise de risque	5 (10.4%)	7 (14.6%)	15 (31.2%)	5 (10.4%)	4 (8.3%)	9 (18.6%)	3 (6.3%)	0
Bilan systématique demandé par le patient	9 (18.6%)	13 (27.1%)	6 (12.5%)	5 (10.4%)	5 (10.4%)	4 (8.3%)	3 (6.3%)	3 (6.3%)
Pre conceptionnel	2 (4.2%)	2 (4.2%)	4 (8.3%)	3 (6.3%)	8 (16.7%)	8 (16.7%)	6 (12.5%)	15 (31.2%)
Grossesse	10 (20.1%)	8 (16.7%)	7 (14.6%)	12 (25%)	3 (6.3%)	4 (8.3%)	1 (2.1%)	3 (6.3%)
Signes IST	7 (14.6%)	3 (6.3%)	4 (8.3%)	0	15 (31.2%)	7 (14.6%)	11 (22.9%)	1 (2.1%)
Opportuniste	5 (10.4%)	2 (4.2%)	2 (4.2%)	0	3 (6.3%)	9 (18.8%)	16 (33.3%)	11 (22.9%)
Changement de partenaire	2 (4.2%)	5 (10.4%)	3 (6.3%)	8 (16.7%)	8 (16.7%)	2 (4.2%)	8 (16.7%)	12 (25%)

3 premiers motifs de prescription : Grossesse (52.1%), bilan systématique (58.3%) et prise de risque (56.2%)

Autre motif fréquent de prescription non évoqué ci-dessus ? (N=5)

- Première contraception (1)
- AES (1)
- Partenaire infecté (2)
- Stage à l'étranger (1)

Pouvez-vous donner à titre d'exemple la situation dans laquelle vous avez prescrit votre dernier test de dépistage ? (N=40)

- Grossesse : 7
- Changement de partenaire : 5
- Prise de risque : 7

- Signes cliniques : 12
- Routine : 5
- Contraception : 2
- Retour de voyage : 2

Avez-vous déjà été amené à ne pas prescrire un dépistage alors que vous le pensiez utile ?

- Non : 39 (81.3%)
- Oui : 9 (18.8%)

Motif (N = 9)

- Refus du patient : 8 (88.9%)
- Difficulté à aborder la question : 1 (11.1%)

La prévalence des IST et/ou du VIH est plus importante dans certaines populations (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, Usager de drogues injectables, personnes originaires de zones de forte prévalence pour le VIH, travailleurs du sexe). Concernant ces groupes de personnes en particulier, quelle est votre prise en charge :

- Prise en charge spécifique : 37 (77.1%)
- Prise en charge similaire à la population générale : 11 (22.9%)

Pouvez-vous précisez SVP : (N=36)

- Dépistage plus fréquent : 28 (77.8%)
- Adressage en MIT : 1
- Evaluation précise du risque : 3
- Dépistage VHC et VHA : 4

Proposez-vous systématiquement un dépistage aux personnes faisant partie de ces populations ?

- Oui : 28 (58.3%)
- Non : 20 (41.7%)

Si non, Pourquoi ? (N= 20)

- Risque de perdu de vue : 1
- Pas systématique : 1
- Risque non identifié : 5

- Couple stable : 2
- Difficulté à aborder le sujet en consultation : 5
- Identification préalable de prise de risque : 4
- Oubli : 1
- Autre : 1

Votre prescription de test de dépistage s'accompagne-t-elle d'une discussion autour de la prévention ?

- Oui : 43 (89.6%)
- Non : 1 (2.1%) justification manque de temps
- Uniquement en cas de résultats positifs : 4 (8.3%)

Si oui, abordez-vous la santé sexuelle dans son ensemble ? N=47

- Oui : 27 (57.4%)
- Non : 20 (42.6%)

Si non pourquoi ? (N=20)

- Gêne, peur d'être intrusif : 9
- Manque de temps : 9
- Pas nécessaire : 2

Pensez-vous qu'il existe désormais un traitement préventif, remboursé, s'adressant aux populations séronégatives mais à haut risque de transmission (hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes multipartenaires, travailleurs du sexe) et qui permette de prévenir l'infection par le VIH ?

- Oui : 35 (72.9%)
- Non : 3 (6.3%)
- Ne sait pas : 10 (20.8%)

Pensez-vous qu'une personne séropositive traitée efficacement et indétectable depuis 6 mois ne transmet pas l'infection par le VIH ? (Treatment As Prevention TaSP)

- Oui : 28 (58.3%)
- Non : 13 (27.1%)

- Ne sait pas : 7 (14.6%)

Dans le cadre d'un dépistage systématique chez un jeune patient qui n'a pas de symptômes, quelles IST dépistez-vous ?

- VIH : 48 (100%)
- Hépatite B : 45 (93.8%)
- Hépatite C : 44 (91.7%)
- Syphilis : 40 (83.3%)
- Chlamydiae : 19 (39.6%)
- Gonocoque : 11 (22.9%)
- HSV : 1 (2.1%)
- Mycoplasmes 2 (4.2%)

Dépistage VIH

- Sérologie : 42 (87.5%)
- PCR : 1 (2.1%)
- Autre réponse : 5 (10.4%)

Hépatite B :

- Ag HBS et Ac anti HbS : 3 (6.3%)
- Ac Hbc et Ac Hbs pas d'ag : 1 (2.1%)
- 3 marqueurs : 4 (8.3%)
- 3 marqueurs + Ac Hbe : 1 (2.1%)
- Ag seul 4 (8.3%)
- Sérologie VHB : 34 (70.8%)
- Ag et Ac Hbc : 1 (2.1%)

Hépatite c

- Sérologie : 45 (93.6%)
- PCR : 1 (2.1%)
- Autre réponse : 2 (4.2%)

Syphilis

- Sérologie ou TPHA ou TPHA VDRL ou test EIA : 47 (98%)
- Autre réponse : 1 (2%)

Chlamydiae homme

- PCR 1^{er} jet : 22 (45.8%) dont 2 plusieurs sites (4.2%)
- Sérologie : 4 (8.3%)
- Prélèvement urètre sans PCR : 7 (14.6%)
- PCR urètre : 5 (10.4%)
- ECBU : 6 (12.5%)
- Pas de dépistage : 3 (6.3%)
- Autre : 1 (2.1%)

Chlamydiae femme

- PCR sur prélèvement gynécologique : 17 (35.4%)
- PCR urinaire : 7 (14.6%)
- Prélèvement gynécologique sans PCR : 18 (37.5%)
- ECBU avec recherche de chlamydiae sans PCR : 2 (4.2%)
- Autres 1 (2.1%)
- Sérologie : 1 (2.1%)
- Pas de dépistage et traitement si symptôme : 2 (4.2%)

Gonocoque homme

- Prélèvement urétral sans PCR : 22 (45.8%)
- PCR urine : 6 (12.5%)
- PCR urètre : 4 (8.3%)
- PCR et culture : 3 (6.3%)
- ECBU avec recherche gonocoque : 9 (18.8%)
- Pas de dépistage : 2 (4.2%)
- Autre : 2 (4.2%)

Gonocoque femme

- Culture prélèvement gynécologique : 29 (60.4%)
- Ne sait pas : 2 (4.2%)
- Culture urine : 5 (10.4%)
- PCR gynécologique : 8 (16.7%)
- Pas de dépistage : 2 (4.2%)
- PCR et culture : 1 (2.1%)
- Autre 1 (2.1%)

Dans quelle structure vos patients réalisent-ils leur test ?

- Labo privé : 47 (97.9%)
- Hôpital : 5 (10.4%)
- Cabinet : 1 (2.1%)
- CeGIDD : 10 (20.8%)

Vous arrive-t-il de réaliser des TROD (Test Rapides d'Orientation Diagnostique) pour le diagnostic des IST au cabinet ?

- Non : 48 (100%)

Connaissez-vous l'existence des CeGIDD (Centres Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic) ?

- Oui : 24 (50%)
- Non : 3 (6.3%)
- Oui mais je ne connais pas bien ces structures : 21 (43.8%)

Vous arrive-t-il d'adresser vos patients dans un centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic ? (CeGIDD)

- Oui : 23 (47.9%)
- Non : 25 (52.1%)

Si oui dans quelle(s) circonstance(s) ? N=23

- Mineurs : 3 (13%)
- Anonymat et confidentialité : 11 (47.8%)
- Précarité et difficultés sociales : 6 (26.1%)
- Prise de risque récente ou majeure : 6 (26.1%)
- Demande de dépistage : 2 (8.6%)
- RDV plus rapide : 1 (4.3%)
- Manquant : 2 (8.6%)

Si non, pourquoi ? N=25

- Eloignement géographique : 8 (32%)
- Pas eu l'occasion : 4 (16%)
- Souhait du patient de faire son dépistage en ville : 3 (12%)
- Méconnaissance des structures : 10 (40%)
- Pas d'intérêt : 1 (4%)

Selon vous, en plus de l'activité de dépistage, les CeGIDD peuvent-ils :

Traiter sur place les IST ?

- Oui : 35 (72.9%)
- Non : 13 (27.1%)

Prescrire une contraception ?

- Non : 31 (64.6%)
- Oui : 17 (35.4%)

Réaliser certaines vaccinations (hépatite B, hépatite A) ?

- Oui : 37 (77.1%)
- Non : 11 (22.9%)

Donner un traitement d'urgence contre le VIH après une prise de risque ?

- Oui : 45 (93.8%)
- Non : 3 (6.3%)

Donner la « pilule du lendemain » ?

- Oui : 29 (60.4%)
- Non : 19 (39.6%)

Donner des conseils en matière de santé sexuelle ?

- Oui : 48 (100%)

Selon vous, la vaccination contre l'hépatite A est-elle recommandée pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ?

- Oui : 33 (68.8%)
- Non : 15 (31.3%)

Proposez-vous cette vaccination ?

- Non : 31 (64.6%)
- Oui : 17 (35.4%)

Pouvez-vous justifier votre choix ?

Si non : (N=23 répondants)

- Méconnaissance : 11 (47.8%)
- Maladie non mortelle : 1 (4.3%)
- Situation non rencontrée : 2 (8.7%)
- Méconnaissance de la sexualité des patients : 2 (8.7%)
- Oubli : 6 (26.1%)
- Non remboursé : 2 (8.7%)

Si Oui : N = 7 répondants

- Départ à l'étranger : 4 (57,1%)
- En fonction des risques : 3 (42.9%)

Après un dépistage proposez-vous le cas échéant une mise à jour de la vaccination hépatite B ?

- Oui : 42 (87.5%)
- Non : 6 (12.5%)

Pouvez-vous justifier votre choix ?

Si oui : N=15 répondants

- Prévention, mise à jour des vaccins : 8 (53.3%)
- Contagiosité du virus et risque de CHC : 2 (13.3%)
- En fonction du contexte (professionnels de santé ou risque d'ist) : 5 (33.3%)

Si non : N=3 répondants

- En fonction du contexte : 1
- Oubli : 1
- Sérologie douteuse : 1

Selon vous, la vaccination contre les infections à papillomavirus (HPV) est-elle recommandée chez les hommes de moins de 25 ans qui ont des relations sexuelles avec des hommes ?

- Non : 25 (52.1%)
- Oui : 23 (47.9%)

Proposez-vous cette vaccination dans cette indication ?

- Non : 39 (81.3%)
- Oui : 9 (18.8%)

Pouvez-vous justifier votre choix ?

Si non : N=24

- Méconnaissance des recommandations : 13 (54.1%)
- Méconnaissance de la sexualité des patients : 3 (12.5%)
- Non remboursée : 4 (16.7%)
- Oubli : 3 (12.5%)
- Réticence du médecin : 1 (4.2%)
- Réticence du patient : 1 (4.2%)

Si oui : N=3

- Diminution du risque de condylome et de cancer anal : 2 (66.6%)
- Vaccination universelle devrait être proposée car difficile de parler sexualité avec les ados : 1 (33.3%)

Ressentez-vous un besoin de d'information sur le dépistage et le traitement des IST ?

- Oui : 38 (79.2%)
- Non : 10 (20.8%)

Pouvez-vous préciser votre demande ? N=19

- Création d'un site internet type CRAT mais pour le dépistage : 1 (5.3%)
- Modalités de dépistage, recommandations, identifications des populations à risque, structures pour orienter les patients : 11 (57.9%)
- TROD et annonce de TROD positif : 2 (10.5%)

Ressentez-vous un besoin d'information sur les moyens de préventions disponibles (préservatifs, traitement préventif, traitement post-exposition...) ?

- Oui : 27 (56.3%)
- Non : 21 (43.8%)

Pouvez-vous préciser votre demande ? N= 14

- ARV et ses indications (Traitement, Prep, TPE), disponibilité en ville et possibilité de prescription et de prise en charge financière : 14 (100%)

Ressentez-vous un besoin d'information sur la vaccination comme outil de prévention des IST ?

- Oui : 18 (37.5%)
- Non : 30 (62.5%)

Pouvez-vous préciser votre demande ? N=6

- Hépatite A : 2 (33.3%)
- HPV : 2 (33.3%)
- Recommandations notamment chez les populations à risque : 2 (33.3%)

6.4 Annexe n°3 : Questionnaire laboratoires

- Combien de sites comportent le laboratoire et est-il adossé à un CeGIDD ?
- Pour le dépistage du VIH, quelles techniques de dépistage et modalités de prélèvement utilisez-vous ? Disposez-vous de données sur le nombre de tests réalisés et sur le nombre de positifs ?
- Pour le dépistage du VHB, quelles techniques de dépistage et modalités de prélèvement utilisez-vous ? Disposez-vous de données sur le nombre de tests réalisés et sur le nombre de positifs ?
- Pour le dépistage du VHC, quelles techniques de dépistage et modalités de prélèvement utilisez-vous ? Disposez-vous de données sur le nombre de tests réalisés et sur le nombre de positifs ?
- Pour le dépistage de la syphilis, quelles techniques de dépistage et modalités de prélèvement utilisez-vous ? Disposez-vous de données sur le nombre de tests réalisés et sur le nombre de positifs ?
- Pour le dépistage du *Chlamydiae*, quelles techniques de dépistage et modalités de prélèvement utilisez-vous ? Disposez-vous de données sur le nombre de tests réalisés et sur le nombre de positifs ?
- Pour le dépistage du gonocoque, quelles techniques de dépistage et modalités de prélèvement utilisez-vous ? Disposez-vous de données sur le nombre de tests réalisés et sur le nombre de positifs ?
- Quelles sont les horaires d'ouverture du laboratoire ?
- Vous arrive-t-il de réaliser des tests de dépistage sans prescription à la demande du patient ?
- Comment vos patients récupèrent-ils leurs résultats ?
-

6.5 Annexe n°4 : réponses au questionnaire laboratoire

6.5.1 Laboratoire de Dieppe :

- Laboratoire privé regroupant 4 sites : Dieppe, Saint Aubin, Saint Valéry en Caux et Neuville-les-Dieppe. Laboratoire également adossé au CeGIDD de Dieppe
- Dépistage du VIH

Par sérologie ELISA sur prélèvement sanguin

Non réalisé sur place et envoyé au laboratoire de Neufchâtel

Nombre de dépistage du 31/10/2018 au 30/11/2018 extrait du logiciel du laboratoire : 277 tests

Un seul test positif sur les 6 derniers mois

- Dépistage VHB

Par sérologie

3 marqueurs si prescription de sérologie VHB par le médecin ou suivi de prescription si prescription de marqueurs

Nombre de test du 31/10/2018 au 31/11/2018 : 254

- Dépistage du VHC

Par sérologie

Nombre de tests : 275

- Dépistage du *Chlamydiae*

En cas de prescription de dépistage *Chlamydiae*, réalisation de PCR majoritairement 1^{er} jet ou urètre chez l'homme (rares dépistages pharynx et anus) et sur prélèvement gynécologique ou urines réalisé par le biologiste chez la femme

PCR non réalisée sur place et non couplée

Inscrite à la nomenclature et remboursée pour un site

En pratique si 3 sites pas de facturation au patient

Pas d'auto prélèvement vaginal chez la femme car le prélèvement réalisé par le biologiste médical serait plus fiable car précis, permet d'orienter la recherche de pathogène grâce à la clinique (ajout d'une recherche de tel ou tel germe par exemple *Gardnarella* en cas de signes évocateurs) et

permet de repérer certaines situations cliniques nécessitant une prise en charge spécialisée (salpingite ?)

Réalisation des prélèvements locaux par le biologiste

En cas de prescription de sérologie *Chlamydiae*, réalisation de la sérologie

Nombre de PCR : col 33 et 1^{er} jet 84

Nombre de sérologie : 33

- Dépistage du gonocoque

Si prescription dépistage du gonocoque ou PCR : réalisation de PCR sur prélèvement urinaire ou urètre, gynécologique occasionnellement anus et pharynx

Encensement systématique de gélose chocolat afin de disposer d'un antibiogramme en cas de positivité.

PCR couplée de dépistage chlamydiae et gonocoque++ sur place investissement récent dans un automate de dépistage.

Acte de biologie inscrit à la nomenclature et remboursé pour un site (cf. ci-dessus)

Réalisation des prélèvements locaux par le biologiste (cf. ci-dessus)

Nombre de test : 30

Si prescription de culture par le médecin, pas de PCR

- Dépistage syphilis

Réalisation du TPHA seul en cas de dépistage (application des dernières recommandations) avec réalisation du VDRL si TPHA positif)

Non réalisé sur place

Nombre : 262

- Horaires d'ouvertures du laboratoire : 7h30 – 12h30 et 14h30 18h30 du lundi au vendredi et 7h30 12h30 le samedi
- Vous arrive-t-il de réaliser des tests de dépistage sans prescription à la demande du patient ?

Oui uniquement pour le VIH en moyenne 1 par jour à la charge du patient

Rendu du résultat par le biologiste en cas de résultat positif (nous discutons d'un cas récent de découverte de positivité annoncé par un des biologistes du labo, test réalisé à la demande du patient)

- Rendu des résultats

En cas de résultats négatifs, adressés au médecin et au patient (courrier postal, internet, au comptoir remis par la secrétaire, récupération des résultats à la pharmacie)

En cas de résultats positifs VIH, pas de rendu au patient, communication des résultats au médecin traitant par courrier ou internet et appel du médecin, réorientation du patient vers son médecin.

En cas de résultats positifs VHB VHC syphilis chlamydiae gonocoque : remise du résultat au patient et au médecin et appel du médecin prescripteur par le biologiste

6.5.2 Laboratoire de Rouen

- Plusieurs sites de laboratoires privés Rouen gauche et droite
- Dépistage du VIH

Dépistage par sérologie combinée de détection des anticorps HIV 1 et 2 et de l'antigène P24

Nombre de test du 01/10/2018 au 31/10/2018 : 780 sur 9800 dossiers

Si positif confirmation par WB (envoi à Biomnis) et 2^e détermination

Sur ce mois : 3 tests positifs (1 faux positif et 2 découvertes)

Habituellement 4 à 5 vraies découvertes par an

Convention avec Médecins du monde : si TROD positifs VIH, confirmation au labo

Travaille avec l'OFII qui adresse des personnes a priori séropositives pour confirmation

Donc biais de recrutement

- Dépistage du VHB

Si prescription de sérologie VHB : dépistage Ag HBS et Ac anti Hbc

Si prescription de marqueurs spécifiques, respect de la prescription

Nombre de tests : 525 tests

Pas de données sur le nombre de positifs

- Dépistage du VHC

Par sérologie

Test de confirmation par 2^e technique si positif

Nombre de tests : 695 tests

Tests positifs : 3 dont un faux positif

- Syphilis

Par sérologie de dépistage recherche d'IGG totales spécifiques anti T Pallidum et réalisation du RPR quantitatif (test non tréponémique) en cas de positivité (envoi à Biomnis)

Nb de tests : 254 tests

- Dépistage du *Chlamydiae*

En cas de prescription de dépistage chlamydiae, réalisation de PCR couplée chlamydiae et gonocoque.

Inscrit à la nomenclature et remboursée, forfait unique quel que soient le nombre de sites et le ou les tests demandés (chlamydia et ou gonocoque)

Réalisation de prélèvement col ou gynécologique ou urines par des IDE formées et de prélèvements pharynx ou anus ou urètre par le biologiste en fonction de la prescription

Pas d'auto prélèvements mais y réfléchissent.

Nb de PCR : 193 tous sites confondus

Pas de données disponibles sur positifs mais impression de souvent rendre des résultats positifs

Si prescription de sérologie chlamydiae, réalisation de sérologie chlamydiae avec si résultats positifs une incitation à l'intention dans le commentaire au dépistage par PCR sur prélèvements locaux

Nb de sérologies chlamydiae : 41

- Dépistage du gonocoque :

En cas de prescription de dépistage gonocoque (PCR ou culture ou ECB ou prélèvement local gynécologique pharynx anus urètre...) réalisation systématique d'une PCR couplée chlamydiae et gonocoque et ensemencement systématique d'une gélose chocolat pour culture et antibiogramme sauf un cas de dépistage ECB du premier jet car non inscrit à la nomenclature et réalisation dans ce cas d'un ECBU classique.

Modalités de prélèvement identiques au *Chlamydia*

- Organisation du labo :

Horaires : ouvert du lundi au vendredi de 7h30 à 18h30 et le samedi de 7h30 à 12h30

Réalisation de tests HIV et ou IST sans prescription, à la charge financière du demandeur après avoir rempli une fiche d'information datée et signée

Nb sur 10/2018 : 3 pour le VIH

En cas de résultats positifs, annonce faite par le biologiste, pas d'information du médecin traitant qui n'a pas prescrit la sérologie

- Rendu de résultats :

En cas de résultats négatifs, adressés au patient (internet, au comptoir, courrier) et au médecin prescripteur

En cas de résultats positifs pour VIH pas de rendu au patient et attente de la confirmation (WB si VIH + 2^e détermination) avant communication au médecin prescripteur (courrier et téléphone). Info du patient sur la nécessité de contrôler sans donner le résultat. Me rapporte une situation où un WB est revenu positif donc la personne a été adressée au CHU et finalement résultats négatifs au CHU. Mauvaise manipulation du technicien, a contaminé le tube avec le sang d'un autre patient VIH + connu qui était venu au labo pour d'autres analyses. Depuis attente de la 2^e détermination avant de donner un résultat.

En cas de résultats positifs VHB VHC pas de rendu au patient et envoi et appel du médecin prescripteur

En cas de résultats positifs *Chlamydia*, gonocoque, syphilis, rendu au patient et au médecin

6.6 Annexe n°5 : canevas de recueil de données au CeGIDD

- Organisation au sein du CeGIDD : sites de dépistage, horaires d'ouverture, personnels, délégation de tâches, circuit de l'utilisateur au sein de la structure, consultations sur et sans RDV, durée des consultations
- Modalités et indications de dépistage pour le VIH
- Modalités et indications de dépistage pour le VHB
- Modalités et indications de dépistage pour le VHC
- Modalités et indications de dépistage pour la Syphilis
- Modalités et indications de dépistage pour le *Chlamydiae*
- Modalités et indications de dépistage pour le gonocoque
- Réalisation de TROD
- Missions assurées par la structure : counselling, PreP, TPE, délivrance gratuite de préservatifs, de documentation, vaccinations (types, indication et modalités), traitement sur place des IST, actions hors les murs.

6.7 Annexe n°6 : recueil de données CUPIDON

6.7.1 CeGIDD CHU de Rouen site principal

CHU - Rouen - medecin

Saisie temps réel

Saisie à posteriori

Date de début

01

06

2018

 (jj/mm/aaaa)

Date de fin

30

11

2018

 (jj/mm/aaaa)

Antenne

HCN - Rouen

Lancer le rapport

Consultations d'accueil

Nombre de personnes venues en consultation individuelle d'accueil pour information et/ou dépistage915

dont nombre de personnes dépistées pour au moins un test (VIH, hépatites, IST)959

Nombre de personnes venues en consultation pour remise de résultats, quel que soit le test rendu (VIH, hépatites, IST)909

Activité de dépistage

Nombre de personnes testées pour le VIH928

dont nombre de personnes confirmées positives pour le VIH1

dont nombre de personnes nouvellement diagnostiquées0

dont nombre de personnes nouvellement infectées0

Nombre de personnes testées pour le VHC831

dont nombre de personnes confirmées positives pour le VHC (Ac antiVHC +)3

Nombre de personnes testées pour le VHB889

dont nombre de personnes confirmées positives pour l'Ag HBs5

Publics jeunes accueillis

CHU - Rouen - medecin

Saisie temps réel

Saisie à posteriori

Date de début 01 06 2018  (jj/mm/aaaa)Date de fin 30 11 2018  (jj/mm/aaaa)

Antenne HCN - Rouen

Lancer le rapport

Publics accueillis

Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)		144
Hétérosexuel(le)s multipartenaires (deux partenaires et plus dans les 12 derniers mois)		302
Dont Hommes		143
Dont Femmes		158
Dont Transgenres		1
Personnes migrantes		107
Dont Hommes		66
Dont Femmes		39
Dont Transgenres		1
Personnes usagères de drogues (IV,snif...)		51
Dont Hommes		30
Dont Femmes		19
Dont Transgenres		1
Personnes qui se prostituent		5
Dont Hommes		4
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		1
Personnes en situation de précarité		140
Dont Hommes		94
Dont Femmes		44
Dont Transgenres		1
Nombre total d'hommes accueillis		579
Nombre total de femmes accueillis		452
Nombre total de TRANS accueillis		2
Publics jeunes accueillis		
Femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 30 ans		686
Femmes de moins de 25 ans		309
Homme de moins de 30 ans		377
Mineurs (inférieure à 18 ans)		88
Femmes mineures (inférieur à 18 ans)		49
Hommes mineurs (inférieur à 18 ans)		39

Saisie temps réel

Saisie à posteriori

Date de début 01 06 2018  (jj/mm/aaaa)Date de fin 30 11 2018  (jj/mm/aaaa)

Antenne HCN - Rouen

Lancer le rapport

Activité de dépistage et diagnostic des IST

A - Syphilis

Nombre de tests réalisés		978
Dont Hommes		550
Dont Femmes		412
Dont Transgenres		3
Nombre total de cas de syphilis diagnostiqués hors cicatrice sérologie		5
Dont Hommes		5
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0
Nombre de syphilis précoces diagnostiquées		2
Dont Hommes		2
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0

B - HPV

Nombre de frottis réalisés		1
Dont Hommes		0
Dont Femmes		1
Dont Transgenres		0
Nombre de pathologies cervico-utérines		0
Dont Hommes		0
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0
Nombre de diagnostics de condylomes		10
Dont Hommes		6
Dont Femmes		4
Dont Transgenres		0

C - Hépatite B

Nombre de dépistages du VHB réalisés (Ag HBS seul ou associé à d'autres marqueurs)		841
Dont Hommes		459
Dont Femmes		372
Dont Transgenres		2
Nombre de dépistages positifs pour l'Ag HBS		5
Dont Hommes		5
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0

diagnostic des IST

CHU - Rouen - medecin

Saisie temps réel

Saisie à posteriori

Dont Transgenres	2
Nombre de dépistages positifs pour les anticorps VHC	4
Dont Hommes	3
Dont Femmes	1
Dont Transgenres	0
E - Gonococcies	
Nombre de tests réalisés (culture et/ou PCR)	968
Dont Hommes	530
Dont Femmes	426
Dont Transgenres	2
Nombre de gonococcies diagnostiquées (quelle que soit la localisation, isolement d'au moins une souche de gonocoque ou PCR positive)	24
Dont Hommes	18
Dont Femmes	6
Dont Transgenres	0
F - Chlamydioses	
Nombre de tests réalisés (PCR)	965
Dont Hommes >= 30 ans	188
Dont Hommes < 30 ans	340
Dont Femmes >= 25 ans	128
Dont Femmes < 25 ans	295
Dont Transgenres	2
Nombre de chlamydioses diagnostiquées	71
Dont Hommes >= 30 ans	12
Dont Hommes < 30 ans	20
Dont Femmes >= 25 ans	6
Dont Femmes < 25 ans	32
Dont Transgenres	0
Dont nombre de LGV diagnostiquées	0
Dont Hommes >= 30 ans	0
Dont Hommes < 30 ans	0
Dont Femmes >= 25 ans	0
Dont Femmes < 25 ans	0
Dont Transgenres	0
G - Autres infections sexuellement transmissibles	
Nombre d'herpes génitaux diagnostiqués (hors sérologie)	6
Dont Hommes >= 30 ans	0
Dont Hommes < 30 ans	6
Dont Femmes >= 25 ans	0
Dont Femmes < 25 ans	0
Dont Transgenres	0
Autres IST diagnostiquées	228
Dont Hommes >= 30 ans	24
Dont Hommes < 30 ans	46

6.7.1 CeGIDD de Rouen Antenne

CHU - Rouen - medecin

Saisie temps réel
Saisie à posteriori

Date de début	01	06	2018	(jj/mm/aaaa)
Date de fin	30	11	2018	(jj/mm/aaaa)
Antenne	HSJ - Rouen			

[Lancer le rapport](#)

Consultations d'accueil

Nombre de personnes venues en consultation individuelle d'accueil pour information et/ou dépistage	148
dont nombre de personnes dépistées pour au moins un test (VIH, hépatites, IST)	165
Nombre de personnes venues en consultation pour remise de résultats, quel que soit le test rendu (VIH, hépatites, IST)	139

Activité de dépistage

Nombre de personnes testées pour le VIH	155
dont nombre de personnes confirmées positives pour le VIH	0
dont nombre de personnes nouvellement diagnostiquées	0
dont nombre de personnes nouvellement infectées	0
Nombre de personnes testées pour le VHC	149
dont nombre de personnes confirmées positives pour le VHC (Ac antiVHC +)	0
Nombre de personnes testées pour le VHB	144
dont nombre de personnes confirmées positives pour l'Ag HBs	0

Publics jeunes accueillis

CHU - Rouen - medecin

Saisie temps réel

Saisie à posteriori

Date de début 01 06 2018  (jj/mm/aaaa)Date de fin 30 11 2018  (jj/mm/aaaa)

Antenne HSJ - Rouen

[Lancer le rapport](#)

Publics accueillis

Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)		18
Hétérosexuel(le)s multipartenaires (deux partenaires et plus dans les 12 derniers mois)		77
Dont Hommes		44
Dont Femmes		33
Dont Transgenres		0
Personnes migrantes		19
Dont Hommes		8
Dont Femmes		11
Dont Transgenres		0
Personnes usagères de drogues (IV,snif...)		5
Dont Hommes		3
Dont Femmes		2
Dont Transgenres		0
Personnes qui se prostituent		2
Dont Hommes		2
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0
Personnes en situation de précarité		17
Dont Hommes		9
Dont Femmes		7
Dont Transgenres		0
Nombre total d'hommes accueillis		103
Nombre total de femmes accueillies		76
Nombre total de TRANS accueillis		0
Publics jeunes accueillis		
Femmes de moins de 25 ans et hommes de moins de 30 ans		115
Femmes de moins de 25 ans		52
Homme de moins de 30 ans		63
Mineurs (inférieure à 18 ans)		11
Femmes mineures (inférieur à 18 ans)		7
Hommes mineurs (inférieur à 18 ans)		4

Saisie temps réel

Saisie à posteriori

Date de début 01 06 2018  (jj/mm/aaaa)Date de fin 30 11 2018  (jj/mm/aaaa)

Antenne HSI - Rouen

Lancer le rapport

Activité de dépistage et diagnostic des IST

A - Syphilis

Nombre de tests réalisés		167
Dont Hommes		94
Dont Femmes		70
Dont Transgenres		0
Nombre total de cas de syphilis diagnostiqués hors cicatrice sérologie		2
Dont Hommes		2
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0
Nombre de syphilis précoces diagnostiquées		0
Dont Hommes		0
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0

B - HPV

Nombre de frottis réalisés		0
Dont Hommes		0
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0
Nombre de pathologies cervico-utérines		0
Dont Hommes		0
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0
Nombre de diagnostics de condylomes		8
Dont Hommes		3
Dont Femmes		5
Dont Transgenres		0

C - Hépatite B

Nombre de dépistages du VHB réalisés (Ag HBS seul ou associé à d'autres marqueurs)		135
Dont Hommes		74
Dont Femmes		59
Dont Transgenres		0
Nombre de dépistages positifs pour l'Ag HBS		0
Dont Hommes		0
Dont Femmes		0
Dont Transgenres		0

diagnostic des IST

CHU - Rouen - medecin

Saisie temps réel

Saisie à posteriori

Dont Transgenres	0
Nombre de dépistages positifs pour les anticorps VHC	0
Dont Hommes	0
Dont Femmes	0
Dont Transgenres	0
E - Gonococcies	
Nombre de tests réalisés (culture et/ou PCR)	182
Dont Hommes	102
Dont Femmes	77
Dont Transgenres	0
Nombre de gonococcies diagnostiquées (quelle que soit la localisation, isolement d'au moins une souche de gonocoque ou PCR positive)	2
Dont Hommes	1
Dont Femmes	1
Dont Transgenres	0
F - Chlamydioses	
Nombre de tests réalisés (PCR)	182
Dont Hommes >= 30 ans	42
Dont Hommes < 30 ans	59
Dont Femmes >= 25 ans	23
Dont Femmes < 25 ans	54
Dont Transgenres	0
Nombre de chlamydioses diagnostiquées	25
Dont Hommes >= 30 ans	8
Dont Hommes < 30 ans	7
Dont Femmes >= 25 ans	2
Dont Femmes < 25 ans	7
Dont Transgenres	0
Dont nombre de LGV diagnostiquées	0
Dont Hommes >= 30 ans	0
Dont Hommes < 30 ans	0
Dont Femmes >= 25 ans	0
Dont Femmes < 25 ans	0
Dont Transgenres	0
G - Autres infections sexuellement transmissibles	
Nombre d'herpes génitaux diagnostiqués (hors sérologie)	14
Dont Hommes >= 30 ans	14
Dont Hommes < 30 ans	0
Dont Femmes >= 25 ans	0
Dont Femmes < 25 ans	0
Dont Transgenres	0
Autres IST diagnostiquées	218
Dont Hommes >= 30 ans	45
Dont Hommes < 30 ans	8

RESUME :

Dans un contexte de recrudescence des IST, le dépistage et la prise en charge des IST sont des éléments essentiels de la stratégie de lutte contre l'épidémie et de prévention, impliquant de nombreux acteurs. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'offre et les modalités de dépistage et de prévention des IST en Seine-Maritime.

Durant 3 mois, 400 médecins généralistes ont été sollicités pour répondre à un auto-questionnaire sur les modalités de dépistage et de prévention. Deux laboratoires de biologie privés ont été interrogés par entretien semi-directif portant sur les modalités de dépistage et des données épidémiologiques recueillies. Les modalités de dépistage d'un CeGIDD ont été décrites, et des données épidémiologiques recueillies.

Parmi les 48 médecins généralistes ayant répondu à l'enquête, 79% semblaient connaître les populations « clés » les plus à risque d'IST. Mais peu considéraient l'appartenance à un groupe à risque comme un motif de dépistage. La part des dépistages ciblés, à l'initiative du médecin n'était que de 29%, bien moindre que les dépistages systématiques » ou à la demande du patient. Les modalités de dépistages pouvaient également être inadéquates, ne recherchant pas l'ensemble des IST (81%), ou selon des modalités inadaptées. Les laboratoires ne corrigeaient que partiellement les erreurs relevées dans les modalités de dépistage. Les outils de prévention récents, tels que PrEP, vaccination contre le Papillomavirus... n'étaient que partiellement connus ou employés. Le CeGGID touchait un public plus ciblé, se traduisant par un taux de positivité accru des prélèvements à la recherche de *Chlamydiae trachomatis*, mais avec un taux très faible de dépistage de l'infection par le VIH, incitant à mieux s'articuler avec les autres acteurs du dépistage.

Une optimisation de l'offre de dépistage en direction de populations mieux identifiées comme à fort risque d'IST semblait recommandée, pouvant passer par des formations, initiale et continue, en médecine générale, et pouvant porter tant sur la capacité à aborder la santé sexuelle en médecine générale, que sur les modalités diagnostiques et les outils de prévention. Une meilleure articulation des dispositifs de dépistage entre eux, pour une meilleure adéquation entre les offres et les besoins des usagers, semblait également une piste d'amélioration, pour un dépistage mieux ciblé et plus efficace.

MOTS CLES : Dépistage –VIH –Infections sexuellement transmissibles (IST) – Médecine générale – CeGIDD

JURY

Président : M. le Professeur François CARON

Membres : M. le Professeur Manuel ETIENNE, Mme le Professeur Elisabeth MAUVIARD, M. le Docteur Gérard DUBOIS.

DATE DE SOUTENANCE : 17 janvier 2019