



HAL
open science

Étude épidémiologique prospective évaluant les prises de risques et l'accès au dépistage du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) des patients se présentant dans les services d'urgence du CHU de Nice

Gauthier Keirle

► To cite this version:

Gauthier Keirle. Étude épidémiologique prospective évaluant les prises de risques et l'accès au dépistage du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) des patients se présentant dans les services d'urgence du CHU de Nice. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02965786

HAL Id: dumas-02965786

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02965786v1>

Submitted on 13 Oct 2020

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.



UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA- ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE D'EXERCICE DE MÉDECINE

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de

Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice

Le vendredi 11 octobre 2019

Par

Gauthier KEIRLE

Né le 17 novembre 1992 à Tourcoing (59)

Interne D.E.S de Médecine Générale

Étude épidémiologique prospective évaluant les prises de risques et l'accès au dépistage du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) des patients se présentant dans les services d'urgence du CHU de Nice.

Devant le jury composé de :

Monsieur le Professeur DELOTTE Jérôme, Président du jury

Monsieur le Professeur FOURNIER Jean-Paul, Assesseur

Monsieur le Professeur LEVRAUT Jacques, Assesseur

Madame le Docteur CONTENTI Julie, Directrice de thèse

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen**Pr. BAQUÉ Patrick****Vice-doyens****Pédagogie****Pr. ALUNNI Véronique****Recherche****Pr DELLAMONICA jean****Etudiants****M. JOUAN Robin****Chargé de mission projet Campus****Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIÉL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIÉLS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRlich Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Constitution du jury en qualité de 4ème membre
Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Avoir eu l'occasion de travailler avec vous et de vous assister en consultation pendant mes trois mois de stage en gynécologie-obstétrique a été un réel plaisir et une source d'inspiration dans ma relation avec les patients. Je tenais à vous exprimer ma gratitude concernant votre appui pour ce projet de thèse et de m'avoir permis d'intégrer les urgences gynécologiques à ma recherche. Je vous prie de trouver ici, Monsieur, le témoignage de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Jean-Paul FOURNIER

Merci d'avoir accepté de me faire l'honneur de faire partie de ce jury de thèse. Je ne sais où commencer la liste de toutes les choses pour laquelle j'aimerais vous remercier du fond du cœur. Vous m'avez donné l'opportunité d'évoluer dans un environnement dans lequel je m'épanouis, de poursuivre ma formation au sein de votre équipe et avez soutenu ma vocation au sein de la médecine polyvalente. Merci de m'avoir fait confiance, il me tarde de poursuivre notre collaboration au sein de la MGU. Soyez assuré de mon plus grand respect.

À Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail de thèse. Je tenais à vous témoigner mon respect et mon admiration. Même à 17 internes aux urgences vous avez su vous rendre disponible pour chacun, me transmettant votre gout d'apprendre et de pratiquer ce métier en s'y épanouissant. Travailler en votre présence en SAUV a été un réel plaisir. Soyez assuré de mon plus grand respect.

À Madame le docteur Julie CONTENTI

Julie. Merci de m'avoir fait l'honneur et le plaisir de diriger cette thèse. Au moment où tu liras ces dernières lignes que j'ajoute à notre travail, j'aimerais que tu saches que tu es le médecin que j'admire le plus. Ta capacité (parfois surhumaine) à t'investir dans la recherche, dans l'universitaire, dans l'encadrement au sein du service me laisse sans voix. C'est encore plus injuste pour les autres que tu sois en plus un médecin infiniment compétent, et parmi les personnes les plus humaines qu'il m'ait été donné de rencontrer. Je te souhaite le bonheur dans tout ce que tu entreprendras, et te remercie encore infiniment.

A ma famille,

À mon exécration petite sœur. Merci d'être mon soutien sans faille, et de me supporter depuis 22 ans. Je ne pense pas que ce soit le job le plus facile du monde, pourtant on peut dire que tu t'en sors pas trop mal. En une phrase comme en mille pages, merci pour tout.

À toi, maman. Je pense qu'on a assez stressé pour toute une vie pendant la durée de mes études. Je nous revois faire des tours du lac en P1 à faire mille hypothèses sur ma carrière et mes choix. Je sais que tu seras toujours à mes côtés, dans les moments heureux comme dans ceux difficiles. Je ne serais pas arrivé si loin sans toi. Tu pourras toujours compter sur moi. Ton fils.

À toi, papa. Merci pour nos interminables fous rires, pour toutes nos aventures en vacances, et pour tous ces beaux moments qu'on partage. Je suis fier de tout ce que tu as fait pour moi, et je tenais à t'en remercier ici. Une vraie « éducation d'officier Sapeur-Pompier ! (si tu vois ce que je veux dire...) »

À Denise et Daniel, votre joie de vivre et votre ouverture d'esprit sont un plaisir constant. Je suis si heureux que vous soyez là pour cet événement.

À Monique et Daniel, merci pour tous ces souvenirs en votre compagnie. Combien d'heures a-t-on passé à pêcher, aller en forêt ou partir en bateau ? Merci pour tout !

Aux Devynck, Marc, Marie, Thomas et David. Merci pour votre présence. Comme le temps file. Il y a tout juste 3 ans j'étais chez vous à me torturer l'esprit sur mon premier choix de stage d'internat. Merci d'avoir été là.

Aux Keirle, Delphine, Fred, ma filleule Léna et Ambre (vous êtes peut-être encore un peu petites pour lire ce sujet de thèse !), Sandrine, Jérôme, Félix, Zoé, Hippolyte. Merci pour tout. J'ai la chance d'avoir une famille présente, avec laquelle je suis heureux de partager les moments les plus importants.

À mes amis,

À Mathilde, mon « matlorp ». Tu mérites bien la première place parmi les amis. On en a un tout petit peu bavé cette année (si si) mais au moins ça m'aura donné l'occasion de réaliser à quel point tu es indispensable pour moi. Je te souhaite le meilleur avec Flav' et Chouchou (même si j'attends encore de pouvoir le garder !). À nous.

À Jacques. Sacré Jacques. Je pense que ça ne serait pas très politiquement correct de raconter le centième de toutes les épopées qui nous sont tombées dessus ici. Merci d'être avec moi aujourd'hui.

À Milos, te lo scrivo così, grazie per tutto. Sono già passati 3 anni, da questo giorno dove ci siamo incontrati a Roma. Grazie per essere venuto, e non vedo l'ora di festeggiare quest'evento a Berlino. Con tanto amore Mellany !

À Marco, anche te ti voglio ringraziare per essere qua in questo giorno speciale. Sei stato bravissimo per farmi sopravvivere a Roma jungle. Sei stato il migliore (con Rosi...).

À Letizia, voila maintenant 12 ans qu'on se connaît... Des amitiés comme cela on les compte sur le doigt de la main. Merci pour tout. Gulli.

To Tijana, i'm so glad that you could have come here ! Sei un po pazza' , pero ti voglio bene ! Now that we both have finished our studies, i hope we will get more time for seeing each other (I'm not your toy !)

A Mattia, le plus Italien de mes amis parisien ! Fidèle à ta réputation, je suis sur qu'au moment où j'écris ces lignes tu as encore oublié de prendre ton billet d'avion pour venir ! Merci d'avoir été la pour moi .

A ma bande de Nice, Cora, Wulfran, Lou, Walid, Edwige, Jérôme, Xavier, Roxane, Chloé...

A miei amici di Roma, Marco, Livio , Chiara, Azzu, Luca e Sabino

To my Team : Milos, Guilherme, Johannes. Can't wait to come back to business with you !

Aux découvertes de l'internat,

L'équipe de Fréjus, Toto, Flo, Laure

L'internat de l'Archet, quel été inoubliable !

A tous mes co-internes : Mention spéciale à Carole, Clo', Colaux, Toto, MC, Marion, Mathilde, JB, Thomas

À mes maitres de stage :

Richard, monsieur le maire, un grand merci pour ton enseignement, toutes ces heures à refaire le monde, et à ta vision toujours optimiste de la vie. J'ai passé un stage inoubliable avec toi.

Alain, le docteur général, des réanimés, des 4x4, des piscines, de la cuisine et des jardins. J'avais du mal à concevoir qu'on puisse être bon dans tous ces domaines avant de te rencontrer. Je n'ai pas vu le stage passer en ta compagnie, j'ai énormément appris, tu restes un de mes modèles en tant que médecin.

À Mathilde BUTORI. Je ne sais pas si tu liras ces lignes un jour, mais je tenais à te montrer mon plus profond respect. Tu es un médecin époustouflant. J'ai beaucoup appris à tes cotés

Aux médecins des urgences :Diane, Pierre, Caroline, Nicolas, Benoit, Fanny, Annabelle, Lise, Monique, Isa, Pauline, Nicolas. Travailler avec vous a été un plaisir et un honneur.

À toute l'équipe des urgences, un grand merci pour votre aide pendant ce travail de thèse. Merci pour votre présence, votre aide, votre soutien dans les moments difficiles et pour votre amitié.

Et enfin, à toi Lucile. Mon acolyte machiavélique. Je pense qu'on doit en être ce jour à 323422 heures au téléphone à débriefer, parler de tout et de rien (surtout de rien). MERCI pour ton soutien, ton aide, ta confiance et surtout, merci de m'avoir permis de continuer mon parcours en tant que docteur à tes cotés. T'es parfois un peu frontale, mais qu'est-ce que je t'adore !

Table des matières

<i>GLOSSAIRE</i>	12
<i>INTRODUCTION</i>	13
<i>MATÉRIEL ET MÉTHODES</i>	16
<i>RÉSULTATS</i>	17
<i>DISCUSSION</i>	22
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	26
<i>ANNEXES</i>	29
<i>RESUMÉ</i>	31
<i>SERMENT D'HIPPOCRATE</i>	32

GLOSSAIRE

CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic

CBS : Communications Brèves liées à la Sexualité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universitaire

FCU : Frottis Cervico-Utérin

HAS : Haute Autorité de Santé

HAV : Virus de l'Hépatite A

HBV : Virus de l'Hépatite B

HPV : Papillomavirus Humain

HSH : Homme ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PVIH : Personnes vivant avec le virus du VIH

TROD : Test Rapides d'Orientation Diagnostique

UDI : Utilisateurs de Drogues Injectables

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

TARV : Traitement Antirétroviral

INTRODUCTION

La prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) consiste en l'adoption de comportements sexuels à moindre risque grâce à l'information, l'accompagnement au dépistage de pathologies asymptomatiques ainsi que la prise en charge des partenaires afin d'en limiter leur propagation.¹ Ce dépistage est recommandé de manière générale, sur avis du clinicien devant une situation clinique ou anamnestique en faveur d'une infection à IST, un cas d'infection avérée chez un partenaire et devant certaines situations (grossesse, contraception, désir d'arrêt des préservatifs chez un couple stable). En outre, il est plus fréquent dans certains groupes à risque, désignés par la convention internationale de l'Onusida² comme population cible, ou « clé ». En effet, la répartition des IST en France, suit un modèle d'« épidémie concentrée » ou locale^{2,3} à savoir qu'elles touchent de manière disproportionnée certains groupes de populations, en affectant peu la population générale. Au vu de leur impact personnel pour le patient (maladies chroniques, parfois stigmatisantes, avec des traitements complexes) autant que pour leur coût (coordination inter-spécialistes, traitements longs et coûteux) une stratégie de dépistage optimale semble souhaitable.

Figurant parmi les principales IST en France par sa prévalence et son impact en santé publique, le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) touchait en 2013 environ 153 400 personnes (IC à 95 % : 150 300 – 156 200). Parmi les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), 84 % connaissaient leur infection, 75 % étaient sous traitement antirétroviral (TARV) et 68 % avaient une charge virale contrôlée (<50copies/mL)⁴. L'incidence est stable, estimée à 6000 cas par an en 2015, parmi lequel 70% d'hommes. La classe d'âge majoritaire est celle des 25-49 ans, représentant 70% des nouvelles infections³.

Plusieurs tests de dépistage sont actuellement disponibles. La référence reste le test combiné, dit ELISA de 4^e génération, détectant simultanément les anticorps anti VIH1 et 2 et antigène p24. Néanmoins, les Test Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD), donnent un résultat simple à lecture subjective en moins de 30 minutes. Au CHU de Nice, le TROD VIH nommé « Kit INSTI » se réalise en environ 5 minutes pour un coût de 5 euros comparé à environ 15 euros pour une sérologie sanguine.⁵ Ils souffrent toutefois d'un manque de sensibilité pour les prises de risques inférieures à 3 mois, car ils ne détectent pas l'antigène p24 dans le sang⁶; et ne peuvent conclure à une séronégativité formelle dans ce cas de figure. Tout résultat positif doit donc impérativement être confirmé par un test ELISA de référence.

Si des progrès ont été réalisés concernant le dépistage et le traitement des PVVIH³, des foyers d'épidémie cachés subsistent, liés aux délais longs entre l'infection et le diagnostic (3,3 ans en 2013⁴), avec 40% des infections diagnostiquées à un stade tardif (CD4 < 200/mm³)^{3,7}.

En 2016, *Marty et Al*⁷ décrit deux principaux foyers épidémiques. Tout d'abord, un aspect « Populationnel » où près de la moitié (45 %) des nouvelles contaminations surviennent chez les HSH². Dans ce groupe, l'incidence est particulièrement élevée, de l'ordre de 1 % par an^{3,8}, soit un taux 200 fois supérieur à celui de la population hétérosexuelle française. La population des hommes ayant eu des rapports sexuels avec les hommes (HSH) au cours de la vie a été estimée à 4,0 % [IC à 95 % : 3,5-4,6] de la population masculine de 18 à 69 ans, ce qui représenterait environ 870 000 hommes en 2017⁴. Viennent ensuite les populations de femmes (23 %) et d'hommes (16 %) hétérosexuels nés hors de France⁷. Chez les hétérosexuels originaires d'Afrique subsaharienne, elle est près de 30 fois plus élevée chez les hommes et 70 fois plus élevée chez les femmes que chez les hétérosexuels nés en France.³ En 2015, l'étude ANRS-PARCOURS a estimé que 30 à 49% des migrants séropositifs ont été infectés après leur arrivée en France⁹. Elle avance une situation de vulnérabilité via l'absence de titre de séjour ou de domicile fixe, des partenaires plus nombreux, ainsi qu'une plus forte prévalence de commerce sexuel chez ces populations^{2,10}. Enfin, les Utilisateurs de Drogues Injectables (UDI) (< 2 %), pour moitié nés hors de France, dont la prévalence diminue également⁴. Elle a été estimée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) à 148 000 utilisateurs. Les hommes (8 %) et les femmes (6 %) hétérosexuels nés en France ne représentent plus qu'une faible proportion de nouveaux cas, stable voire en légère diminution³. Le second foyer épidémique revêt un aspect « Spatial » avec trois régions Françaises concentrant plus de la moitié des primo-infections en 2013^{3,7} : Ile-de-France (44%) ; Provence-Alpes-Côte-D'azur PACA (7%) et Rhône-Alpes (5%). Les départements d'outre-mer (DOM) comptent l'incidence et le délai avant le diagnostic le plus élevé du pays, notamment en Guyane Française ainsi qu'en Guadeloupe dû aux mouvements de populations migrantes^{3,7}

Cette notion d'épidémie concentrée et de populations « clé » a conduit les autorités de santé à réactualiser les recommandations de dépistage de l'Afssaps de 2009, optimisées selon chaque groupe « clé »³. Il est recommandé tous les trois mois pour les HSH et tous les ans pour les UDI ou pour les populations migrantes d'origine Sub-Saharienne ou d'Amérique centrale. Pour la population générale, une fois dans la vie suffit, en tenant compte des foyers régionaux d'épidémie listés ci-dessus. Enfin, on dépiste sur circonstances (grossesse, Interruption volontaire de grossesse, incarcération) ou si diagnostic d'autre IST, ou rapport à risque récent.

De manière commune à toutes les IST, il ressort qu'une grande partie des patients « échappe » au dépistage. En tout premier lieu, la méconnaissance du risque ou des maladies semble être le facteur limitant le plus important. Ainsi, sur une cohorte de patients anglaise¹¹, 59,3% d'HSH et 55,8% de migrants non testés récemment s'évaluaient comme à risque. De plus, la culpabilité, la perte d'estime de soi, la crainte de l'exclusion, de perte d'anonymat ou encore l'ignorance de l'existence de

traitements gratuits sont encore fortement répandus, surtout chez les populations vulnérables. L'absence initiale de symptômes est aussi une explication avancée à l'absence de consultation¹². Enfin, la précarité financière ou l'éloignement géographique de certains patients est un dernier obstacle, limitant l'accès aux soins d'une partie des patients les plus isolés¹³.

Face à ces contraintes et afin d'atteindre des patients échappant aux structures de soins habituelles (généralistes, gynécologues), les autorités sanitaires Françaises ont choisi, en 2015, de fusionner les structures de prévention existantes en une entité unique appelée CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic. Ces structures ont une vocation de prévention, de diagnostic et de soins dans le champ des infections sexuelles, ainsi qu'une aide d'accès à la contraception. Ils interviennent également en missions dites « hors-les-murs » en milieu associatif (AIDES ,médecins du monde)³.

Concernant les Service d'Accueil d'Urgence, la littérature suggère que les patients y consultant de manière rapprochée ont sensiblement plus de chances d'être isolés culturellement (nés hors du pays concerné) ou plus isolés socioéconomiquement (pas de couverture sociale, précarité, divorcé ou séparé, sans emploi)¹⁴. Cette fréquence augmente d'autant plus que se cumulent les facteurs de vulnérabilité sociale¹⁵. A notre connaissance, aucune étude épidémiologique évaluant les populations à risque d'IST n'a été réalisée dans les urgences de la région PACA. Cela semblerait d'autant plus pertinent que cette région est décrite comme la deuxième Française en termes de diagnostic de primo-infection VIH. Qui plus est, les Alpes-Maritimes sont une zone de flux migratoire, avec 10% de la population née hors du pays¹³ et une exposition particulière aux migrants clandestins, suivis par la PASS¹⁶ (Permanence d'Accès aux Soins de Santé, réservée aux patients sans couverture sociale, d'origine étrangère en situation irrégulière le plus souvent). Ne se rendant peu ou pas dans les circuits classiques de médecine générale, il semblerait pertinent de choisir un lieu tel que les urgences où ces patients consultent.

Nous avons donc, au cours de ce travail de thèse, essayé d'identifier la prévalence de patients à risque vis-à-vis du VIH transitant par les urgences gynécologiques et générales du CHU de Nice chez qui il serait licite de proposer un test de dépistage.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive prospective, via la distribution d'un questionnaire rempli de manière anonyme par les patients majeurs de moins de 35 ans se présentant aux services d'accueil des urgences générales (SAU) et gynécologiques du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nice. Ce dernier (*Cf document Annexe 1*) était distribué lors de l'admission du patient par le personnel médical ou paramédical, accompagné d'une note d'information. Il était rempli par le patient, de préférence seul, puis remis au médecin référent du patient. Deux parties distinctes étaient abordées. Premièrement, les informations démographiques du patient, leurs habitus sexuels ainsi que leurs statuts vaccinaux. Dans un second volet, les patients étaient interrogés sur leur rapport aux structures de dépistage existantes via un questionnaire à choix multiples ; ainsi que leur avis concernant la réalisation d'un test de dépistage VIH lors de leur passage aux urgences.

Les patients considérés comme n'étant pas en pleine possession de leurs moyens psychiques (ivresse, stupéfiants, état clinique instable, handicap mental, décompensation psychiatrique) n'étaient pas inclus, de même que les patients étrangers transitoirement en France (touristes).

En fonction de leur distribution, les données sont présentées sous forme de moyennes (\pm DS) pour les variables continues et de pourcentages pour les variables catégoriques. Les pourcentages ont été comparés à l'aide du test du Chi². Une analyse multivariée utilisant une régression logistique par une méthode rétrospective a été utilisée pour déterminer les facteurs indépendamment associés à une variable dépendante catégorique. Le rapport de cotes correspondant avec leur intervalle de confiance à 95% a été utilisé pour évaluer le poids de chaque facteur pour cette association. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel statistique MedCalc (MedCalc software bvba, Osteende, Belgique, <http://www.medcalc.org>; 2014). Une valeur p inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

Dans notre cohorte, l'appartenance à un des sous-groupes parmi l'origine Sub-Saharienne, l'appartenance à la filière PASS ou l'orientation sexuelle HSH classait le patient au sein du groupe des populations « clé » et donc à risque élevé de portage du VIH. Nous avons par ailleurs souhaité évaluer la part de patients présentant (ou ayant présenté) des conduites sexuelles à risque ou étant insuffisamment informé sur le sujet. Elle englobe dans notre étude les patients ne sachant pas ce qu'est une IST et son mode de transmission, ceux ayant déjà des antécédents d'IST, les personnes n'ayant jamais fait de test ainsi que les célibataires et/ou multipartenaires n'utilisant pas systématiquement le préservatif.

RESULTATS

Nous avons inclus 525 patients et exclu 18 questionnaires incomplets ou ininterprétables, pour un total de 507 questionnaires analysés. Les données générales de la population sont présentées dans le Tableau 1.

A propos des populations clés, 7,7% des patients dépendent de la filière de soins PASS, 4,9% sont des HSH et 4,5% des patients sont originaires d'Afrique Sub-Saharienne. A noter également que 10,9% des patients déclarent avoir déjà eu un antécédent d'IST, et un peu plus d'un quart (26,4%) ne savent pas ce qu'est une IST ou son mécanisme de transmission. Par ailleurs, plus de la moitié (58,3%) des patients célibataires et/ou multipartenaires n'utilisent pas systématiquement le préservatif lors des rapports et plus d'un tiers (34,7%) de la population interrogée rapporte n'avoir jamais réalisé de test de dépistage d'IST. Concernant d'autres marqueurs de prévention, une faible partie (27,9% pour l'hépatite A, et 38,5% pour l'hépatite B) des patients disent être vaccinés pour les virus de l'hépatite. Seules 27,8% des femmes de plus de 25 ans disent être à jour de leur frottis, et 12,2% des patientes disent être couvertes vis-à-vis du HPV.

Concernant le dépistage et la prévention des IST, on retient tout d'abord que plus des deux tiers (71,8%) des patients interrogés déclarent n'avoir jamais abordé cette thématique avec leur médecin généraliste. Les freins et réticences les plus évoqués (figure 1) sont d'abord l'oubli pour 30,6% d'entre eux et la gêne pour plus d'un quart des patients (27,8%). Ainsi, seul 16,7% des patients ne rapportent aucun frein à en discuter. Ils sont en outre 29,6% à déclarer n'avoir peu ou pas de suivi chez le médecin généraliste. On remarque que seulement 8,1% des patients se sentent limités par le jugement du médecin ou par la peur des résultats, et enfin qu'un patient sur dix (10,5%) dit ne pas avoir les moyens financiers pour consulter un médecin généraliste.

Variables	n (%)
Données démographiques :	
<i>Age (ans)</i>	
18-25	244 (48,1%)
26-35	263 (51,9%)
<i>Sexe</i>	
F	245 (48,3%)
H	262 (51,7%)
<i>Patients PASS</i>	39 (7,7%)
<i>Patients affiliés à la CMU</i>	115 (22,7%)
<i>Pays de Naissance :</i>	
France	377 (74,4%)
Autre	130 (25,6%)
<i>Dont origine Sub-Saharienne</i>	23 (4,5%)
Habitus :	
<i>Célibataire et/ou multipartenaire</i>	264 (52%)
<i>Couple stable</i>	243 (48%)
<i>HSH</i>	25 (4,9 %)
Santé sexuelle :	
<i>Antécédent d'IST :</i>	52 (10,9%)
<i>Mécanisme de transmission des IST non connu</i>	134 (26,4%)
<i>Date du dernier test de dépistage</i>	
[0-3 mois]	60 (11,8%)
[3- 6 mois]	76 (15%)
[6- 12 mois]	35 (6,9%)
[>12 mois]	160 (31,5%)
Jamais	176 (34,7%)
<i>Patientes prenant une contraception</i>	106 (43,2%)
<i>FCU à jour :</i>	72 (27,4%)
<i>Usage inconstant du préservatif</i>	346 (68,3%)
<i>Dont célibataire/multipartenaire n'utilisant pas systématiquement les préservatifs</i>	154 (58,3%)
Statut vaccinal :	
<i>HAV</i>	123 (27,9%)
<i>HBV</i>	170 (38,5%)
<i>HPV (femme)</i>	55 (12,2%)

Tableau 1 : Résumé des données démographiques, habitus et antécédents des patients.

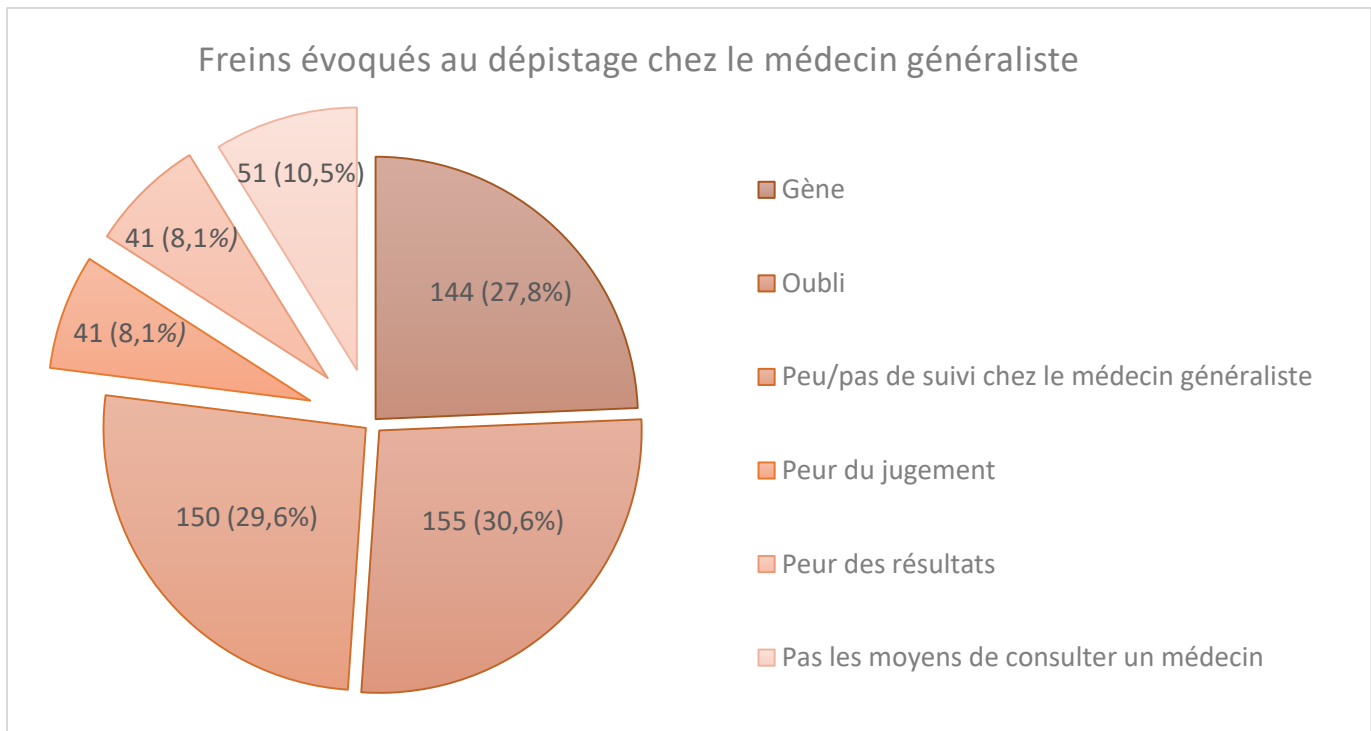


Figure 1 : Répartition des principaux freins au dépistage chez le médecin généraliste exprimés par les patients consultant aux urgences.

A propos du CeGIDD (figure 2), moins d'un quart (23,3%) des patients consultés connaissent l'existence de ce recours aux soins, et seul un tiers d'entre eux (8,5%) y ont déjà consulté.

En dehors du médecin généraliste (figure 3), une grande partie des patients (61,5%) dit avoir reçu des informations concernant la prévention des IST en milieu scolaire et presque la moitié (49,3%) via les médias (internet, réseaux sociaux, télévision, journaux). Les autres items sont moins représentés (médecine du travail, laboratoire d'analyse, planning familial et milieu associatif). Un dixième (11,4%) des patients ont coché l'item « Autre », complétant la question par d'autres sources telles que le bouche à oreille, la médecine pénitentiaire ou encore l'éducation par un parent. Dernièrement, une faible part (11%) de l'échantillon n'a coché aucune réponse parmi celles suggérées.

Concernant l'acceptabilité d'un dépistage du VIH au sein même des urgences, près d'un patient sur deux (46,7%) se déclare comme très en faveur du test et désirerait en bénéficier. Seul un dixième de la cohorte (11%) se dit opposé à cette idée (figure 4).

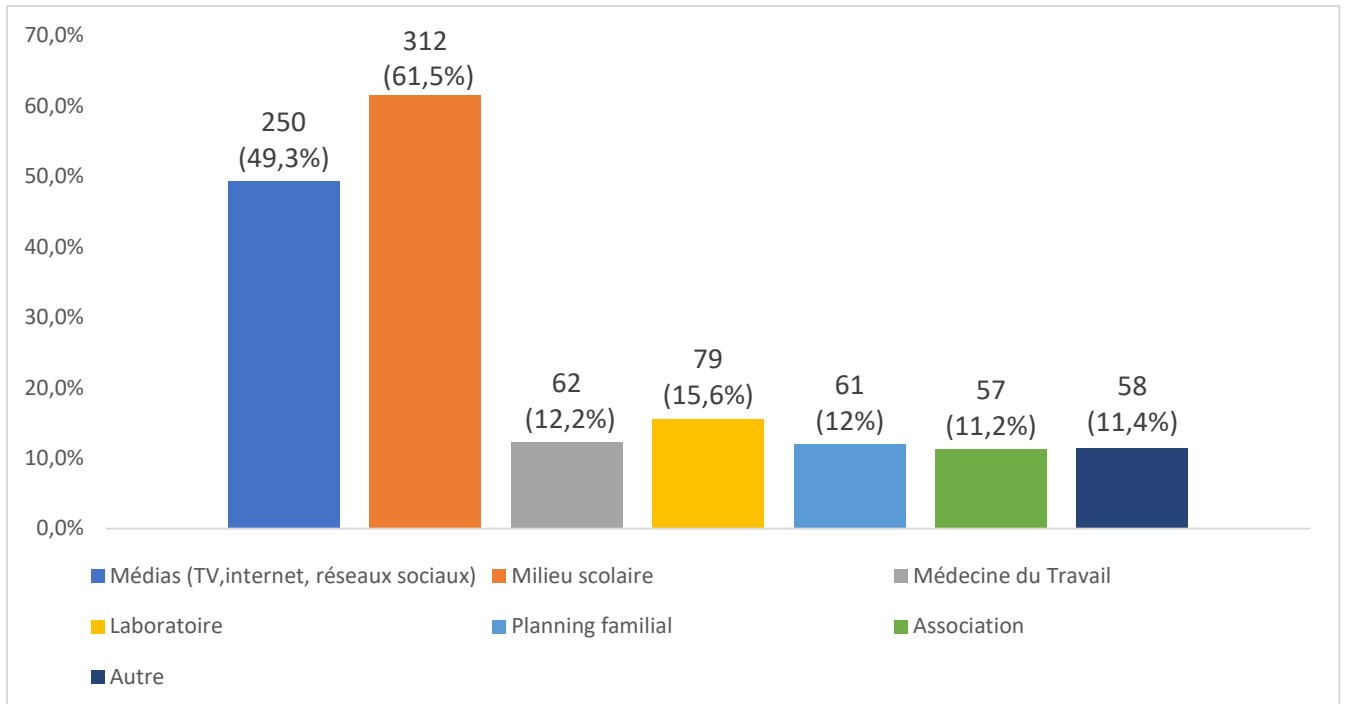


Figure 3 : Répartition des sources d'information sur le dépistage hors médecin généraliste des patients consultant aux urgences.

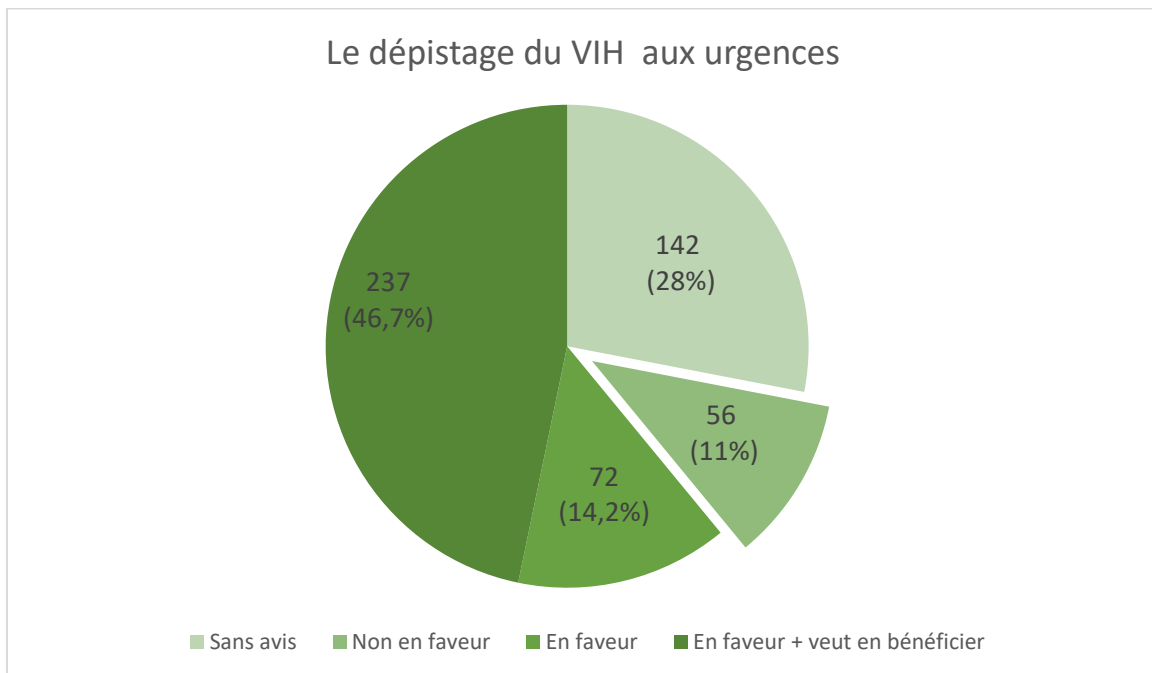


Figure 4 : Acceptabilité d'un test VIH au sein des urgences pour les patients y consultant.

Dans un second temps, nous avons analysé plusieurs variables afin de mettre en évidence des facteurs de risque associés à un antécédent déclaré d'IST (tableau 2).

Variable	Odds ratio (OR)	IC (95%)	p
<i>HSH</i>	5	[2,1-12,5]	0,0004
<i>Patients Sub-Sahariens</i>	2,7	[0,9-7,8]	0,06
<i>Célibataires et/ou multipartenaires sans usage du préservatif</i>	1,6	[0,9-3,1]	0,09

Tableau 2 : Analyse multivariée des groupes de patients liés à un antécédent d'IST

Les HSH sont statistiquement plus à risque d'avoir eu un antécédent d'IST au cours de leur vie. Un lien semblant probable mais non statistiquement significatif est retrouvé avec les patients d'origine Sub-Saharienne et les célibataires/multipartenaires.

Sur notre échantillon d'étude, 77 (15%) des patients rentrent dans la définition du groupe à haut risque tel que décrit précédemment. Ils sont 443 (87,4%) à présenter, ou à avoir présenté des conduites à risque. Qui plus est, la population « clé » présente statistiquement plus de chances de présenter des conduites à risque ou un manque d'information sur les IST ($p < 0,04$) comparé au reste de la cohorte.

DISCUSSION

A l'issue de ce travail, nous sommes en mesure d'estimer la prévalence de patients appartenant aux populations « clé » sur notre cohorte, chez qui il serait licite de proposer un dépistage pour le VIH. Cette valeur de 15% a été définie comme englobant les patients HSH, ceux appartenant à la filière PASS et enfin les patients déclarant une origine Sub-Saharienne. Cette tendance a été sans doute surestimée et aurait été plus précise via une définition plus objective du terme de « migrant », que nous avons choisi ici d'identifier via les patients affiliés à la filière PASS ainsi qu'aux patients déclarant une origine Sub-Saharienne. Cette définition peut comprendre des patients expatriés de longue date n'étant pas (ou plus) considérés comme migrants. Cette valeur relativement élevée peut aussi s'expliquer dans notre échantillon par une proportion élevée de patients nés à l'étranger ou PASS.

Sur notre échantillon, une forte proportion des patients n'a jamais abordé le sujet avec leur médecin. Ils l'expliquent en majorité par un oubli du sujet ou encore par le fait de ne pas être suivis par un généraliste. Néanmoins, seul un quart des patients exprime une gêne à aborder le sujet. Ces réticences, traitées dans de nombreux sujets de thèse de médecine générale, ont également fait l'objet d'une missive de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé)¹⁷ préconisant la généralisation par les médecins généralistes de Communications Brèves liées à la Sexualité « CBS ». Ces dernières doivent être réalisées de manière opportuniste plutôt que systématiquement par le médecin généraliste. Parallèlement, une certaine gêne se retrouve aussi du côté médical, où seule la moitié des médecins généralistes se dit à l'aise pour parler de problématiques sexuelles selon un article paru dans le journal du sida de 2008¹⁸. La peur de paraître intrusif, de choquer ou encore de rompre la relation de confiance sont des liens évoqués. Il semble être plus simple pour certains médecins interrogés dans cet éditto d'en discuter après une prise de risque, plutôt que lors d'une consultation sans lien avec le sujet.

Dans notre cohorte, près de neuf patients sur dix rapportent des prises de risque sans usage du préservatif, des antécédents d'IST ou des lacunes éducationnelles dans ce domaine. Qui plus est, 34,71% des patients interrogés n'ont jamais réalisé de dépistage d'IST. Ces marqueurs sont en outre retrouvés plus fréquemment dans la population à haut risque. En population générale, une revue de la littérature¹⁹ concernant l'efficacité des méthodes de prévention et d'éducation identifie le milieu scolaire comme un des leviers d'action les plus efficaces. Il s'agit pour 61,53% des patients que nous avons interrogé du principal vecteur d'information. Ainsi, les ministères de la santé et de l'enseignement ont récemment instauré un « service sanitaire » de trois mois pour toutes les professions médicales (médecins, dentistes, pharmaciens, sage-femme), durant lequel les étudiants seront invités à intervenir en milieu scolaire afin de débattre des thématiques de l'addiction, de l'activité physique, de la nutrition et surtout sur la prévention des risques sexuels²⁰. Le développement

de nouvelles technologies (applications mobiles, communication multimédia) est aussi décrit comme une piste prometteuse. Parallèlement, des interventions ciblées auprès des minorités (migrants, HSH) par des animateurs ou des professionnels de santé semblent efficaces. Elles permettent d'atteindre les groupes les plus à risque, et sont souvent dépendantes du milieu associatif^{3,12,19}

Concernant la pertinence d'un dépistage, plusieurs stratégies possibles ont été étudiées dans la littérature. A titre d'exemple, certains auteurs ont analysé l'intérêt d'un dépistage du VIH systématique (tel que réalisé par exemple aux Etats-Unis²¹ ou en Espagne²²) ou ciblé sur les populations à risque. Aux Etats-Unis, Hauukos et Al. ont comparé l'efficacité d'un dépistage généralisé par rapport au dépistage ciblé, et ont retrouvé 0,24% patients atteints du VIH dans le premier groupe, contre 4% dans le dépistage ciblé²³.

Au sein des urgences Françaises Parisiennes et d'Ile-de-France, différentes équipes ont évalué l'intérêt d'un dépistage généralisé, retrouvant des résultats globalement concordant. L'acceptabilité est élevée, variant de 69,9% à 88% selon les études^{24,25} mais nuancée d'une faisabilité (patients éligibles pour lequel le test a été effectué) très modeste évaluée entre 3,9% et 8%. Elle est d'autant plus faible²⁶ dans les centres les plus fréquentés (>75 passages/jour). Il ressort donc de la littérature française qu'un dépistage généralisé par TROD est globalement bien accepté par les patients mais difficile à organiser et avec un rendement faible variant de 0,14% à 0,55%^{24,25,27}, d'autant plus dans les services ayant un flux élevé de patients. On constate également qu'entre 85% et 100%^{24,25,27} des découvertes diagnostiques provenaient de patients issus des populations clés (HSH, migrants sub-Sahariens et UDI). Près de la moitié (43%) d'entre eux n'avaient jamais été testés auparavant

Un dépistage ciblé orienté sur quelques questions simples semblerait plus pertinent à mettre en œuvre au sein des services d'urgence en France, qui plus est au sein des structures avec le plus de passage en termes de patients comme c'est le cas aux urgences du CHU de Nice avec presque 100 000 passages par an en 2018. Il nous paraît judicieux de le proposer aux patients identifiés comme appartenant aux groupes les plus à risque. Concernant la quasi-totalité des autres patients, un conseil minimal de dépistage en externe, ou à minima d'en discuter avec leur médecin traitant paraît souhaitable, s'intégrant dans une notion plus globale de « santé sexuelle » regroupant le dépistage, l'usage de contraception ou des préservatifs jusqu'à la promotion de la vaccination en population générale telle que décrite par l'OMS.

Une solution alternative à un dépistage hospitalier serait l'orientation des patients vers des structures alternatives, telles que le CeGIDD, inconnu des trois quarts des patients ayant été interrogés. En outre, depuis le 1^{er} juillet 2019, un nouveau dispositif de prévention porté par « Vers

Paris sans sida » et « *Objectif zéro sida : Nice et les Alpes maritimes s'engagent* » a vu le jour, permettant aux personnes qui le souhaitent de se faire dépister pour le VIH gratuitement et sans ordonnance en laboratoire²⁸.

Ce scénario s'applique également aux autres infections sexuelles. Par exemple, en 2009, sur un panel de 2000 médecins généralistes contactés par téléphone, la recherche du virus de l'hépatite B était systématiquement réalisée chez 73,1% des UDI, à 61,8% dans l'entourage des personnes porteuses de l'antigène HBs et chez 55,9% des personnes ayant un comportement sexuel à risque²⁹.

En matière de co-infections, on note dans notre étude une prévalence déclarative de vaccination inférieure aux moyennes nationales. Seuls 38,46% des patients se disent vaccinés contre l'HBV contre 43,1% des enfants nés en 2009 (pas d'estimation chez les adultes jeunes par l'INVS)³⁰, ce qui peut sembler comparable. En revanche, seules 12,2% des jeunes femmes interrogées se disent protégées contre l'HPV contre 23,7% des adolescentes nées en 2012 totalement vaccinées et 29,4% de celles nées en 2003 et n'ayant reçu qu'une dose³¹ soit une valeur nettement inférieure. On remarquera également qu'elles sont seulement 27,37% à déclarer être à jour du FCU entre 25 et 35 ans, contre une valeur estimée par la Haute Autorité de Santé (HAS) aux alentours de 60% chez les femmes entre 25 et 49 ans³². Au niveau national, ces valeurs sont en hausse ces dernières années, encouragées par la nouvelle loi de vaccination obligatoire pour 11 vaccins³³ couvrant l'HBV ou encore par la vaccination précoce en âge scolaire pour l'HPV. Pour les pays ayant adopté cette politique depuis plusieurs années, on peut constater par exemple une baisse consécutive de 60% des dysplasies du col de bas et haut grade (CIN2/3) au Danemark³⁴ et de 65% à 72% en Australie³⁵, sur des cohortes regroupant plusieurs millions de patientes. Une adoption de ces conduites en France semblerait souhaitable.

A notre connaissance, aucune étude aux urgences de ce type n'avait été réalisée en région PACA. Par ailleurs, si plusieurs travaux de thèse ont parcouru le sujet de l'accès au dépistage et du lien avec le médecin traitant, elles se déroulaient pour la plupart hors secteur hospitalier. Nous avons donc proposé d'exporter ces travaux sur une population plus défavorisée socioéconomiquement, et échappant souvent aux circuits classiques de soins.

Ce travail comporte toutefois un biais notable, à savoir qu'il se base sur des données déclaratives, remplies par des patients pouvant être gênés de répondre aux questions, où ne connaissant pas certaines réponses (statut vaccinal, date du dernier test, FCU). Il aurait été intéressant également de connaître le nombre de questionnaire distribués mais non remplis. Par ailleurs, l'analyse statistique a été basée sur l'antécédent déclaratif d'IST, qui a sûrement été sous-estimé dans notre étude (gêne, peur du jugement à répondre par l'affirmative, non connaissance du diagnostic d'IST).

Il serait à notre sens possible de compléter ce travail par une étude interventionnelle évaluant l'impact du TRODD aux urgences de Nice en concertation avec les équipes d'infectiologie.

En conclusion, nous pouvons proposer une prévalence de 15% de patients à haut risque de portage du VIH parmi les 18- 35 ans transitant par les urgences du CHU de Nice. Un test de dépistage rapide lors de leur passage à l'hôpital serait bénéfique, dans la mesure où seulement 11% des patients sont opposés à l'idée de réaliser ce dernier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Dermatologie (SFD). Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement transmissibles. (2016).
2. United Nations program for Acquired Immune Deficiency Syndrom (UNAIDS). Guide de terminologie de l'Onusida. (2015).
3. HAS. Réévaluation de la stratégie de dépistage de l'infection à VIH en France. 307 (2017).
4. Blanc, A. *et al.* Groupe d'experts pour la prise en charge du VIH. 26 (2017).
5. Moudoulaud, D. Présentation des TROD, Journées Nationales d'Infectiologie (JNI). (2014).
6. GERES (Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants). Formation sur l'utilisation des TROD. (2014).
7. Marty, L. Mapping the HIV epidemic to improve prevention and care: the case of France. (2016).
8. Vu, S. L. *et al.* Population-based HIV-1 incidence in France, 2003–08: a modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases* **10**, 682–687 (2010).
9. Desgrées du Loû, A. Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude ANRS-PARCOURS. *BEH* **7** (2015).
10. Desgrees-du-Lou, A. *et al.* Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS* **30**, 645–656 (2016).
11. Clifton, S. *et al.* HIV testing, risk perception, and behaviour in the British population. *AIDS* **30**, 943–952 (2016).
12. Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé. Dépistage du VIH/sida chez la personne migrante/étrangère. 4
13. ARS. Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis 2018-2023.
14. Lang, T. *et al.* Using the hospital emergency department as a regular source of care. *Eur. J. Epidemiol.* **13**, 223–228 (1997).

15. Bieler, G. *et al.* Social and Medical Vulnerability Factors of Emergency Department Frequent Users in a Universal Health Insurance System. *Academic Emergency Medicine* **19**, 63–68 (2012).
16. InfoMigrants. Les PASS, des centres pour soigner les personnes invisibles et à la rue. (2018).
17. Toskin, I. *et al.* WHO guideline for brief sexuality-related communication: implications for STI/HIV policy and practice. *Reproductive Health Matters* **23**, 177–184 (2015).
18. Darmon, L. Médecins généralistes- Savent-ils parlent du sida? *LEJOURNALDUSIDA | n° 206 | juin 2008*
19. Kersaudy-Rahib, D., Clément, J., Lamboy, B. & Lydié, N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. *Sante Publique* **S1**, 13–23 (2013).
20. Ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse. Prévention : intervention d'étudiants en santé dans les écoles et établissements scolaires. (2018).
21. CDC. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. (2006).
22. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. (2014).
23. Haukoos, J. S. *et al.* Routine Opt-Out Rapid HIV Screening and Detection of HIV Infection in Emergency Department Patients. *JAMA* **304**, 284–292 (2010).
24. Mortier, E. Acceptabilité du dépistage rapide du VIH dans un service d'urgence hospitalier d'Île-de-France, janvier-avril 2008. *BEH thématique 45-46 4* (2008).
25. Casalino, E. *et al.* Twelve Months of Routine HIV Screening in 6 Emergency Departments in the Paris Area: Results from the ANRS URDEP Study. *PLoS ONE* **7**, (2012).
26. Crémieux, A.-C. *et al.* Acceptabilité et faisabilité du dépistage systématique du VIH dans 27 services d'urgences d'Île-de-France (ANRS 95008 et Sidaction), mai 2009-août 2010. *BEH 45-46 4* (2010).

27. d'Almeida, K. W. *et al.* Modest Public Health Impact of Nontargeted Human Immunodeficiency Virus Screening in 29 Emergency Departments. *Arch Intern Med* **172**, 12–20 (2012).
28. «VIHTEST», le dépistage en laboratoire gratuit et sans ordonnance disponible à Paris et Nice. *vih.org* (2019).
29. Gautier, A. & Jestin, C. Viral hepatitis screening offered by general practitioners, France, 2009. *BEH* **4** (2011).
30. Données de couverture vaccinale hépatite B par groupe d'âge. *SantepubliqueFrance.fr* (2019).
31. Données de couverture vaccinale papillomavirus humains (HPV) par groupe d'âge. *SantepubliqueFrance.fr* (2019).
32. HAS. Recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* **40**, 279–282 (2010).
33. DICOM_Lisa.C. 11 vaccins obligatoires en 2018. *Ministère des Solidarités et de la Santé* (2019).
34. Baldur-Felskov, B., Dehlendorff, C., Munk, C. & Kjaer, S. K. Early Impact of Human Papillomavirus Vaccination on Cervical Neoplasia--Nationwide Follow-up of Young Danish Women. *JNCI Journal of the National Cancer Institute* **106**, djt460–djt460 (2014).
35. Gertig, D. M. *et al.* Impact of a population-based HPV vaccination program on cervical abnormalities: a data linkage study. *BMC Medicine* **11**, (2013).

ANNEXES

Étude épidémiologique prospective évaluant les prises de risques et l'accès au dépistage du *Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH)* des patients se présentant dans les services d'urgence du CHU de Nice.

Informations générales	CMU	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	PASS (<i>feuille orange</i>)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non
	Age :	<input type="checkbox"/> 18 – 25 ans	<input type="checkbox"/> 26- 35 ans.	Sexe	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> F
	Situation :	<input type="checkbox"/> En couple stable		<input type="checkbox"/> Célibataire OU Multipartenaire		
	Né en France	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non :			
		<i>Précisez :</i>				
Contexte	HSH : (homme ayant des relations sexuelles avec homme)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	Savez-vous ce qu'est une IST (infection sexuellement transmissible) et comment l'attrape-t-on ?		
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	
	Date dernier test d'IST ?	<input type="checkbox"/> <3 mois	<input type="checkbox"/> 3- 6 mois	<input type="checkbox"/> 6- 12 mois	<input type="checkbox"/> > 12 mois	<input type="checkbox"/> Jamais
	Contraception :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	Frottis cervico-utérin (FCU) régulier (1 tous les 3 ans après 2 normaux à 1 an après 25 ans)		
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	
	Préservatifs :	<input type="checkbox"/> Oui : toujours		<input type="checkbox"/> non : pas toujours		
	Avez-vous déjà eu une IST ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non			
Vaccins	HAV (virus hépatite A) :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non	HPV : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non (Human Papillomavirus/ col utérus)		
	HBV (virus hépatite B):	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> non			

1 – Médecin généraliste	Avez- vous déjà parlé d'IST avec votre médecin généraliste ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
	Quels sont selon vous les freins à la prescription du dépistage chez le généraliste ?	<input type="checkbox"/> Gêne à en discuter	<input type="checkbox"/> Oubli			
		<input type="checkbox"/> Pas/peu de suivi chez un médecin généraliste				
		<input type="checkbox"/> Impression de jugement de la part du médecin				
		<input type="checkbox"/> Peur que les résultats du laboratoire arrivent au domicile				
		<input type="checkbox"/> Manque de moyens /Pas de couverture sociale				
2 - CeGIDD	Connaissez-vous le CeGIDD : « Centre Gratuit d'Information et de Dépistage et de Diagnostic »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui : Y avez-vous consulté ?		
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
3 – Aux urgences	Seriez-vous en faveur de la possibilité de réalisation d'un test VIH lors de votre passage aux urgences (circuit-court) ou en maison médicale ?	<input type="checkbox"/> Oui et j'aimerais en bénéficier				
		<input type="checkbox"/> Oui mais je préfère ne pas être dépisté aux urgences				
		<input type="checkbox"/> Sans avis		<input type="checkbox"/> Pas en faveur		
4- Autres intervenants	Par quels autres biais avez-vous été déjà été informé sur les IST ?	<input type="checkbox"/> Milieu scolaire	<input type="checkbox"/> Laboratoire d'analyse			
		<input type="checkbox"/> médecine du travail	<input type="checkbox"/> Planning familial			
		<input type="checkbox"/> autre :				
		<input type="checkbox"/> Milieu associatif	<input type="checkbox"/> Médias (TV, radio, magazine)			

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une étude réalisée par le CHU de Nice, nous vous proposons de réaliser ce questionnaire, qui sera analysé de manière ANONYME, en vue d'améliorer notre prise en charge des différentes pathologies liées à l'activité sexuelle (VIH, hépatites, cancer du col utérin et condylomes génitaux) ainsi que votre accès au dépistage de ces pathologies.

Nous vous invitons à répondre à ce questionnaire, de préférence seul. Vous pouvez demander l'aide de tout personnel médical si vous ne comprenez pas le sens d'une question. Nous vous demanderons de remettre ce document au médecin lorsque vous l'aurez complété.

En vous remerciant par avance,

L'équipe médicale des urgences du CHU

KEIRLE Gauthier, Interne

Julie Contenti, médecin

RESUMÉ

Introduction : La persistance d'une épidémie « cachée » du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) en France est un problème majeur de santé publique. Elle s'explique par l'existence de foyers populationnels (migrants Sub-Sahariens et Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres Hommes ou HSH) et régionaux. La disparité d'accès au dépistage chez certaines populations isolées ou démunies a conduit les autorités de santé à introduire des recours alternatifs au médecin généraliste pour ces derniers. Les services d'accueil des urgences sont un recours fréquent de consultation pour ces populations. Nous avons donc essayé d'identifier la prévalence de patients à risque vis-à-vis du VIH transitant par les urgences gynécologiques et générales du CHU de Nice chez qui il serait licite de proposer un test de dépistage.

Matériel et méthodes : Étude épidémiologique descriptive prospective, via un questionnaire rempli de manière anonyme par les majeurs de moins de 35 ans consultant aux urgences. L'appartenance à un groupe parmi l'origine Sub-Saharienne, à la filière PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) ou l'orientation sexuelle HSH classait le patient comme à risque élevé de portage du VIH. Nous avons par ailleurs souhaité évaluer la part de patients présentant des conduites sexuelles à risque ou étant insuffisamment informé sur le sujet. Ce paramètre était évalué via un antécédent déclaré d'IST (Infection sexuellement transmissible), la méconnaissance de la notion d'IST, l'absence préalable de dépistage au cours de la vie et enfin à l'absence d'utilisation du préservatif chez les patients célibataires et/ou multipartenaires. Enfin, les patients étaient questionnés sur leur acceptabilité d'un test de dépistage du VIH aux urgences.

Résultats : Sur les 507 patients inclus, 77 (15%) faisaient parti du groupe à haut risque de portage du VIH. Presque neuf patients sur dix (87,4%) de la cohorte a présenté des conduites à risque, et ce de manière plus fréquente ($p < 0,04$) dans la population à haut risque. Les HSH étaient plus à risque d'avoir présenté un antécédent déclaré d'IST (OR=5 [2,1-12,5]). Une relation entre cet antécédent et le groupe d'origine Sub-Saharienne semble possible mais non significative (OR=2,7 [0,9-7,8]). Par ailleurs, plus des deux tiers (71,8%) des patients n'avaient jamais abordé le sujet des IST avec leur médecin généraliste. Enfin, 11% des patients se déclaraient comme non en faveur d'un dépistage du VIH aux sein des urgences.

Conclusion : nous pouvons proposer une prévalence de 15% de patients à haut risque de portage du VIH parmi les 18- 35 ans transitant par les urgences du CHU de Nice. Un test de dépistage rapide lors de leur passage à l'hôpital serait bénéfique, dans la mesure où seulement 11% des patients sont opposés à l'idée de réaliser ce dernier.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.