



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2018

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Analyse comparée des activités d'un CeGIDD et de leurs publics cible
dans un service hospitalier universitaire**

**Les caractéristiques de ces publics correspondent-elles à celles du
public VIH positif ?**

(CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine, les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles)

Présentée et soutenue publiquement le 2 juillet 2018 à 14h
au Pôle Formation
Par Alma Depreux

JURY

Président :

Monsieur le Professeur SENNEVILLE Eric

Assesseurs :

Madame la Professeur FAURE Karine

Monsieur le Professeur AMOUYEL Philippe

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur VALETTE Michel

Glossaire

ARV : Antirétroviral

BEH : Bulletin épidémiologique hebdomadaire

C3G : céphalosporines de 3ème génération

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

CHEMSEX : Sexe sous produits. Contraction des mots «chemicals» et «sex»

CT : Chlamydiae Trachomatis

FIST (fucking) : Acte sexuel qui consiste à introduire le poing dans l'anus

FSH : Femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

IM : Intramusculaire

IST : Infection sexuellement transmissible

LGBT : Lesbien, gay, bi, trans

LGV : Lymphogranulomatose vénérienne

NG : Neisseria gonorrhoeae

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PCR : Polymerase Chain Reaction

PrEP : Prophylaxie pré-exposition

PVVIH : Personne vivant avec le VIH

SLAM : Pratique particulière du chemsex avec injection par voie intraveineuse de produits de synthèse. Provient de slam = claquer en anglais

SUMIV : Service universitaire des maladies infectieuses et du voyageur

TPE : Traitement post exposition

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : Virus de l'hépatite C

Sommaire

1. Introduction	p. 5
2. Contexte	p. 6
2.1 De la naissance des CeGIDD	
2.1.1. Historique	
2.1.2. Aspects législatifs	
2.1.3. Pour quels besoins ?	
2.1.3.1. Epidémies IST-VIH	
2.1.3.1.1. Epidémiologie	
2.1.3.1.2. Complexification de leur prise en charge	
2.1.3.1.3. Facteurs explicatifs	
2.1.3.2. Les violences	
2.1.3.3. Les grossesses non désirées	
2.1.3.4. Les dysfonctions sexuelles	
2.1.4. Conclusion	
2.2 Le CeGIDD du SUMIV	
2.2.1. Activités préalables	
2.2.2. Trois populations	
2.2.2.1. AEV	
2.2.2.2. IDDIST	
2.2.2.3. PrEP	
3. Méthode	p. 25
3.1 Population	
3.2 Analyse descriptive	
3.2.1. Monovariée	
3.2.2. Bivariée	
3.3 Définition des cas	
4. Résultats	p. 27
4.1 Analyse de la population globale du CeGIDD	
4.1.1. Analyse socio-démographique	
4.1.2. Les IST	

- 4.2 Analyse des différents publics (AEV-PrEP-IDDIST)
 - 4.2.1. Analyse socio-démographique
 - 4.2.2. Synthèse démographique
 - 4.2.3. Les IST
 - 4.2.4. L'activité médicale
 - 4.2.5. Approche globale en santé sexuelle
- 4.3 Comparaison des publics de chaque activité avec les personnes nouvellement découvertes séropositives
 - 4.3.1. Analyse socio-démographique
 - 4.3.2. Analyse cartographique
 - 4.3.3. Les IST
- 4.4 Comparaison des HSH et des hommes HTS
 - 4.4.1. Analyse socio-démographique
 - 4.4.2. L'activité médicale
- 4.5 Comparaison de l'ensemble des HSH avec les personnes HSH nouvellement découvertes séropositives
 - 4.5.1. Analyse socio-démographique
 - 4.5.2. Les IST

5. Discussion

p. 66

- 5.1 Système d'information
- 5.2 Les hypothèses
 - 5.2.1. Qu'apprend-on sur nos publics ?
 - 5.2.2. Les patients du CeGIDD correspondent-ils aux patients nouvellement séropositifs ?
 - 5.2.3. L'abord des problématiques de santé sexuelle
- 5.3 Actions utiles
 - 5.3.1. Ciblage des personnes à risque du VIH
 - 5.3.2. La prévention
 - 5.3.3. Nécessité de travailler en réseau

6. Conclusion

p. 74

7. Bibliographie

p. 75

1. Introduction

La recrudescence d'épidémies d'IST et la poursuite de la propagation du VIH constituent un véritable phénomène de santé publique, pour lequel l'État a mis en place un nouveau dispositif de lutte depuis janvier 2016, les CeGIDD ayant vocation à devenir des centres de santé sexuelle. Leurs différentes actions sont ciblées vers plusieurs publics particulièrement à risque d'infection, ainsi trois motifs de consultation cohabitent, les AEV, l'IDIST et la PrEP. Le CeGIDD du SUMIV s'inscrit dans un contexte médical particulier du fait de sa longue expérience de combat contre le VIH au niveau régional. Qui sont les publics consultant au CeGIDD selon leurs motifs de consultation ? Le CeGIDD reçoit-il des patients à risque d'être positif pour le VIH ? Autrement dit les publics du CeGIDD correspondent-ils au profil des nouveaux patients diagnostiqués VIH, en particulier les bénéficiaires de la PrEP ? Le CeGIDD aborde-t-il de manière globale la santé sexuelle ? Il semblerait ainsi que l'épanouissement dans la sexualité ne soit pas encore pris pleinement en compte.

Nous commencerons par une description du contexte en présentant la succession des événements ayant amené à la création des CeGIDD puis en revenant sur les besoins auxquels le législateur a souhaité répondre et les raisons invoquées. Puis nous détaillerons l'offre spécifique du CeGIDD du SUMIV. La méthode d'analyse des données employée sera détaillée. Enfin les résultats présentés donneront lieu à une discussion visant à établir des actions utiles à l'amélioration de la mise en œuvre des missions.

2. Contexte

2.1 De la naissance des CeGIDD

2.1.1. Historique

- Rappel historique

1981 : premier cas d'infection à VIH aux États-Unis

1982 : premier cas d'infection à VIH en France

1983 : isolement du virus VIH

1988 : création des CDAG

1998 : recrudescence de l'infection à *Neisseria Gonorrhoeae*

2000 : résurgence de la syphilis

2003 : ré-émergence de la LGV rectale

2005 : création des CIDDIST

2016 : fusion des CDAG et des CIDDIST en CeGIDD

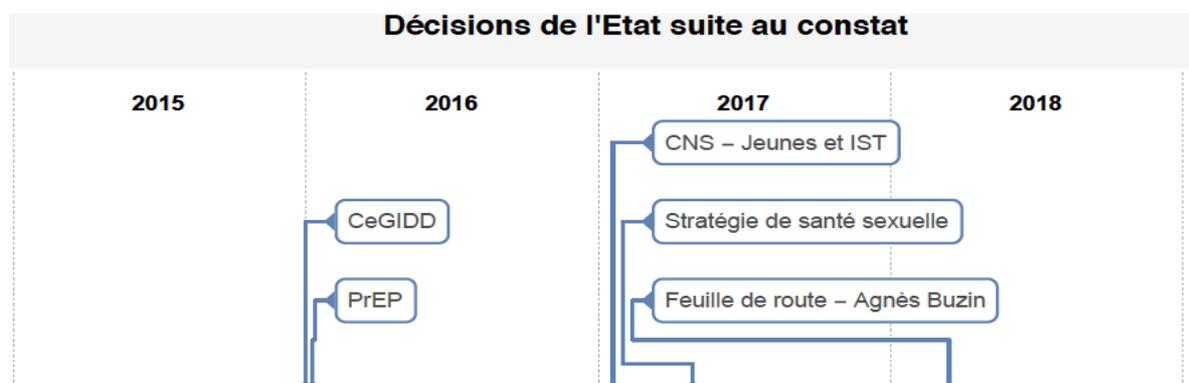
- CDAG et CIDDIST

Il existait deux structures publiques, toutes deux basées sur l'anonymat et la gratuité, qui avaient des fonctions complémentaires. Il s'agissait des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) qui avaient pour fonction de dépister le VIH, et des centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CIDDIST) qui se chargeaient des IST hors VIH. Leurs actions étaient donc complémentaires mais présentaient des lourdeurs administratives, des difficultés en termes de recueil épidémiologique et une complexité du parcours de soins pour le patient. D'autre part, elles ne s'intéressaient pas aux autres problématiques que peut soulever la sexualité.

La fusion des CDAG et CIDDIST en CeGIDD n'a pas été qu'une simplification administrative et financière. De nouvelles missions sont adjointes, telles que le dépistage des violences, des grossesses non désirées et des dysfonctions sexuelles, le but étant de devenir un centre de santé sexuelle. [21 ; 28]

2.1.2. Aspect législatif

Depuis 2010, de nombreuses instances sanitaires, comme l'Inspection Générale des Affaires Sociales, le Conseil National du Sida (avis du 13 septembre 2012), et des experts français de la prise en charge du VIH, ont recommandé la fusion des CDAG et des CIDDIST, dispositifs jugés trop complexes. [7]



- Création des CeGIDD en 2016

Le texte de loi suivant (Arrêté ministériel du 1er juillet 2015) définit les missions des CeGIDD, ainsi que les publics-cible (définis comme étant les publics les plus exposés aux risques d'IST et de VIH) et d'autres conditions inhérentes au bon fonctionnement de ces structures. [7 ; 28]

Les missions confiées sont :

- La prévention, le dépistage et le diagnostic du VIH et des hépatites, ainsi que l'orientation ou l'accompagnement vers des soins appropriés
- La prévention, le dépistage et le diagnostic des IST ainsi que leurs traitements en ambulatoire
- La prise en charge et le suivi d'un accident d'exposition au VIH, VHB et VHC
- La prévention des autres risques liés à la sexualité (grossesses non désirées, violences, dysfonctions sexuelles, addictions etc.)
- La prise en charge psychologique et sociale de première intention
- Le conseil et l'expertise auprès des professionnels locaux.

Apparaît la notion de publics-cible, c'est-à-dire les populations jugées les plus exposées aux risques de transmission du VIH, des IST, des hépatites virales B et C ou les plus éloignées du système de

soins qui doivent bénéficier prioritairement de ces structures.

Ainsi sont concernés :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- les personnes originaires d'une zone de forte prévalence (Afrique Subsaharienne, Asie, Amérique du sud) mais aussi les populations des départements français d'Amérique (DFA : Guyane, Guadeloupe, Martinique)
- les personnes consommant ou ayant consommé des substances psycho-actives
- 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 dont les partenaires sexuels sont infectés par le VIH
- les personnes hétérosexuelles ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze derniers mois, les femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes, les jeunes
- les personnes ayant au moins un autre facteur de risque (antécédent de transfusion, situation de précarité, pratiques sexuelles non protégées en présence de sang...).

L'objectif étant de promouvoir une vision et donc une prise en charge globale de la santé sexuelle.

- Mise en place de la PrEP

L'arrêté ministériel du 7 juin 2016 permet la délivrance de la PrEP dans les CeGIDD. La PrEP est une stratégie de prévention du VIH chez les populations les plus à risque, notamment chez les HSH. Elle consiste à prendre une combinaison de deux antirétroviraux (en un seul comprimé), soit quotidiennement, soit avant et après un rapport sexuel, pour réduire le risque de contamination par le VIH. Elle nécessite au minimum un suivi trimestriel de dépistage.

- Demande d'avis au CNS

Dans le rapport du 19 janvier 2017, le CNS préconise l'implantation de CeGIDD dans les lieux fréquentés par les jeunes, qui restent un public difficilement captable et chez qui les risques infectieux liés à la sexualité sont nombreux. [17]

- Stratégie de santé sexuelle

La stratégie de santé sexuelle publiée en 2017 se donne pour objectif, entre autres, de mieux informer, dépister et diagnostiquer les jeunes. Elle préconise donc d'intensifier l'éducation affective

et sexuelle chez les plus jeunes, au cours du secondaire, mais aussi de développer des centres de santé sexuelle au sein même des universités, en étendant les missions des Services Universitaires de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SUMPPS) aux consultations de contraception et de prévention des IST (Feuille de route par Agnès Buzyn – mars 2018). [26 ; 27]

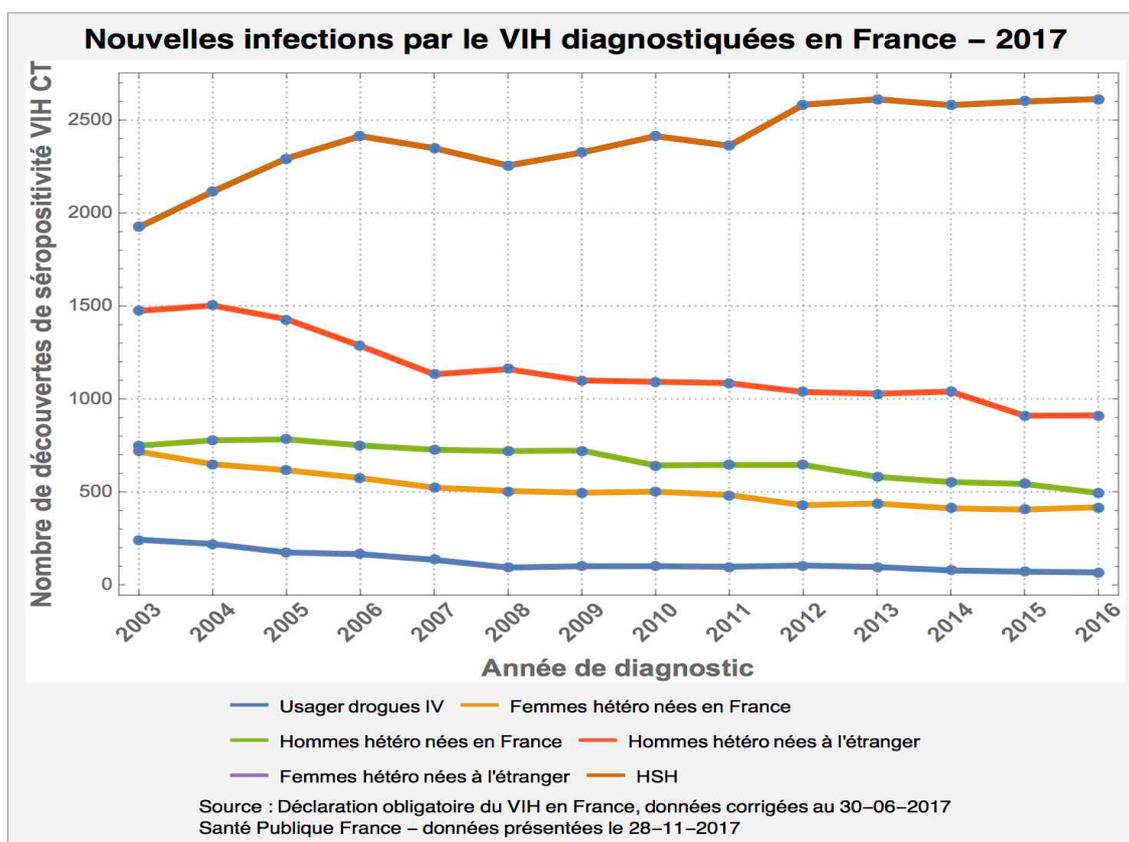
2.1.3. Pour quels besoins ?

2.1.3.1. Epidémies IST-VIH

2.1.3.1.1. Epidémiologie

- Au niveau national

Malgré l'amélioration de la prévention, du dépistage, du diagnostic et des traitements, on assiste à une recrudescence de certaines IST et à une stabilisation des séroconversions avec 6003 nouveaux patients séropositifs en 2016, soit environ 150000 personnes vivant en France avec le VIH et environ 25000 patients estimés séropositifs non diagnostiqués, formant ce qu'il est convenu d'appeler « l'épidémie cachée ». Selon les estimations, 50% des nouvelles infections seraient dues

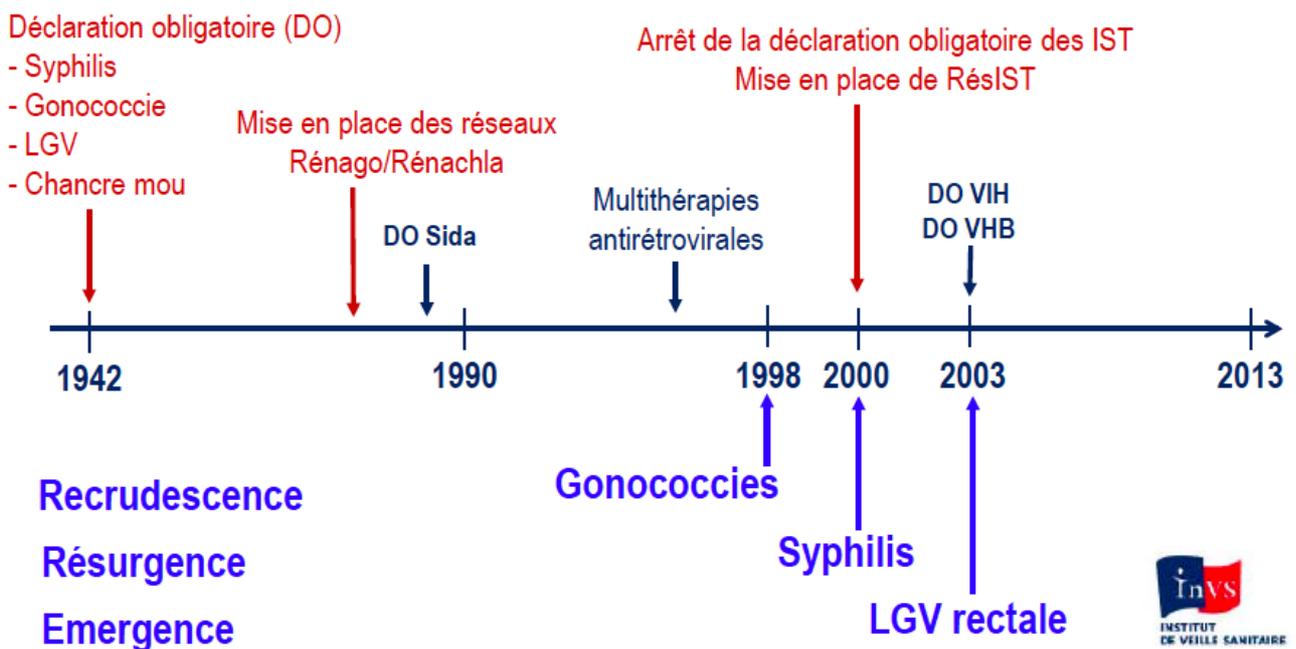


aux patients ignorant leur séropositivité. [5] Différentes études ont permis de cibler des populations plus à risque de contracter le VIH, comme les hommes ayant des relations sexuelles avec des

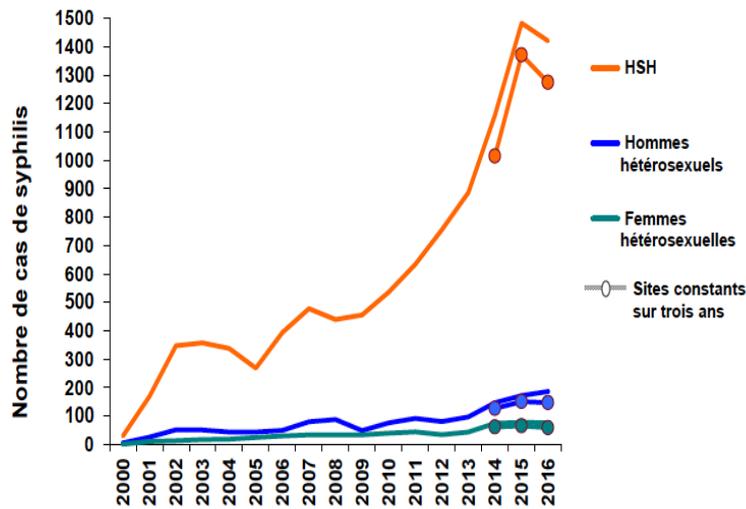
hommes (HSH), les usagers de drogues intraveineuses (UDI) et les hétérosexuels issus de l'immigration notamment subsaharienne ou caribéenne. Alors que les deux dernières catégories voient leur taux de séroconversion diminuer progressivement, les HSH au contraire restent une population très touchée par l'épidémie.

C'est dans ce contexte que s'est développée la PrEP (Prophylaxie Pré-Exposition) qui a permis une diminution de l'incidence de l'infection à VIH de 86% dans les études Proud et Ipergay.

La surveillance des IST a évolué en France et permet d'affirmer la présence d'un problème de santé publique à savoir, la présence d'épidémies d'IST sur le territoire qui s'installent de manière durable depuis la fin des années 1990. Ainsi la syphilis qui avait quasiment disparu fait de nouveau parler d'elle, le gonocoque revient sur le devant de la scène et la lymphogranulomatose vénérienne n'est plus rare. En 2014, 41% des IST diagnostiquées l'étaient chez des jeunes de 15 à 24 ans, chez qui le niveau de connaissance en termes d'IST et de VIH semble décliner par rapport aux générations précédentes et chez qui l'utilisation du préservatif serait en baisse.

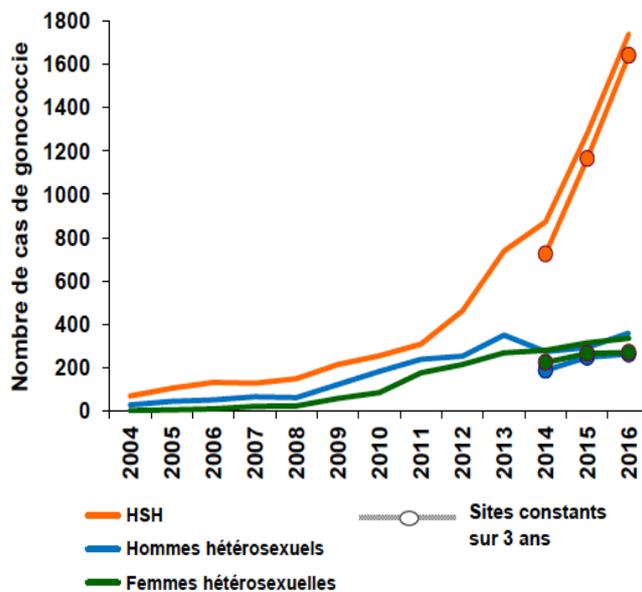


Pour la syphilis, on constate une résurgence de cette pathologie depuis le début du millénaire, surtout au sein de la population HSH qui compte, en 2010, 83% des personnes infectées. Cette proportion est relativement stable, en 2015 on dénombre 85% d'HSH parmi les personnes syphilitiques. Les hommes constituent le réservoir du *Treponema Pallidum* cumulant 95% des infections déclarées. La co-infection avec le VIH concerne 21% de la population nationale. [13 ;



Source: Santé publique France, réseau RésIST, 2000-2015

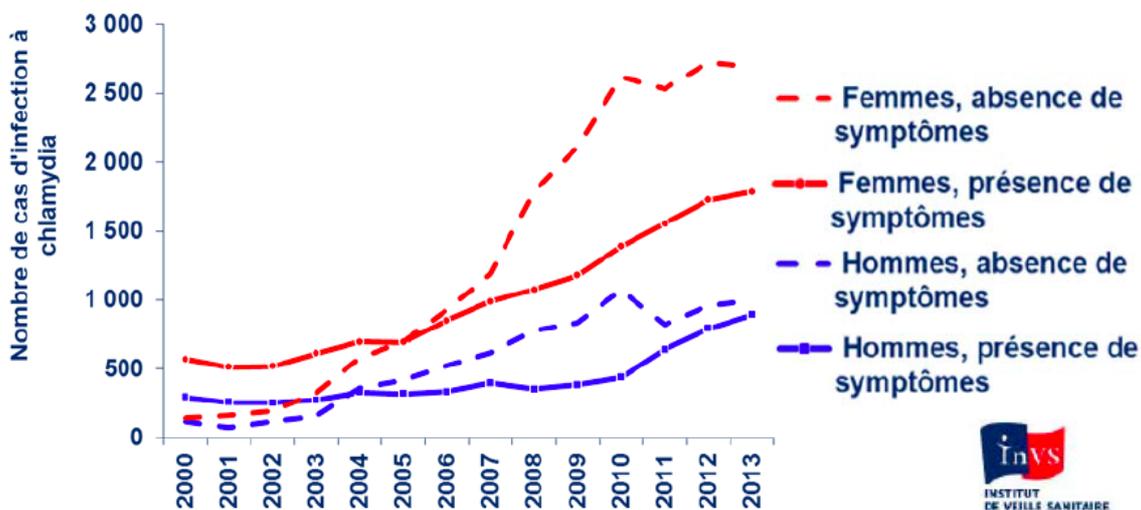
L'infection à *Neisseria Gonorrhoeae* connaît une forte augmentation surtout depuis ces dernières années, avec 127% de progression entre 2014 et 2016 chez les HSH. Elle touche davantage d'hommes que de femmes (83% vs 17%), avec une proportion plus élevée d'HSH que d'hommes hétérosexuels. À noter une importante proportion de portage asymptomatique, ce qui diffère de la description clinique classique très bruyante. Par ailleurs le taux de personnes co-infectées par le VIH est de 10%. [13 ; 18; 19 ; 24]



Source: Santé publique France, réseau RésIST, 2004-2016

On voit aussi augmenter la prévalence de l'infection à *Chlamydiae Trachomatis* qui atteint

aujourd'hui 6% de la population sexuellement active et jusque 9% chez les jeunes, avec un net tropisme pour les femmes qui en 2010 représentaient 71% de l'épidémie et 63% en 2016. [13 ; 18 ; 19 ; 24]

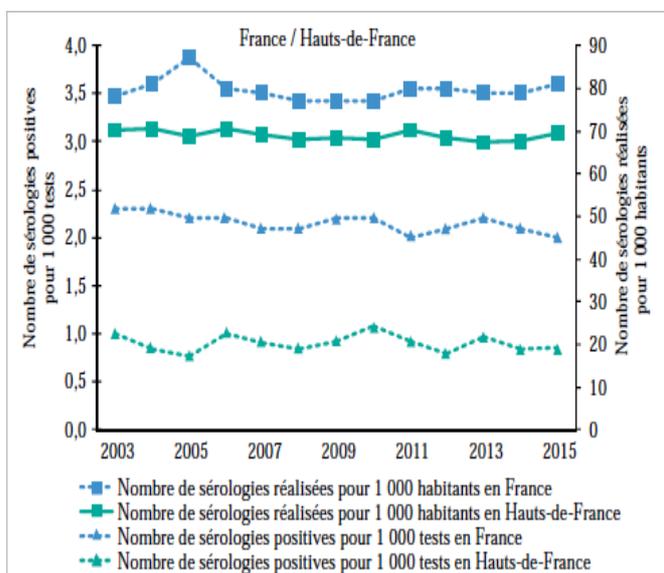


- Chez les jeunes

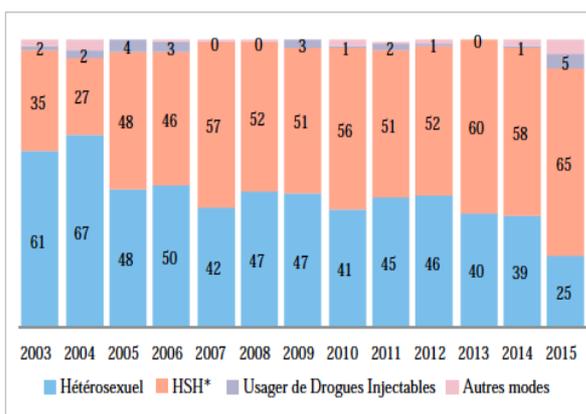
Les jeunes de 15 à 24 ans constituent une population chez qui la prévalence des IST est importante, cela s'explique notamment par un nombre plus élevé de partenaires sexuels que chez les tranches d'âge supérieures et par un usage du préservatif non systématique. Ces jeunes qui n'ont pas connu l'épidémie de VIH des années 1980 ne se sentent pas concernés, d'autant plus que le VIH ne tue plus comme précédemment, il devient une maladie chronique pour laquelle l'espérance de vie est presque identique aux non porteurs du virus. La méconnaissance des IST ne les incite pas à se protéger. On constate donc des chiffres élevés, les jeunes représentent 78% des cas de CT, 66% des cas de NG et 33% des cas de syphilis.

- Au niveau régional

On compte dans la région plus de 4300 personnes vivant avec le VIH.



Évolution de la part des principaux modes de contamination parmi les découvertes de séropositivité VIH déclarés dans les Hauts-de-France (en %)



Source : Santé publique France, données DO VIH brutes au 31/12/2015
Les données 2013 et 2014 ne sont pas encore consolidées et doivent être interprétées avec prudence

Source : Santé publique France, données LaboVIH, 2015 hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

La région Hauts-de-France compte moins de sérologies VIH réalisées que la moyenne nationale (69 pour 1000 habitants contre 81 pour 1000) et parmi ces sérologies, la proportion de celles qui reviennent positives est relativement stable dans la région depuis 2013 avec une oscillation entre 0,8 et 1,1 sérologie positive pour 1000 tests effectués. Ce taux est deux fois inférieur au taux national, mais se rapproche du taux de découvertes en France hexagonale hors Ile-de-France. Le profil de ces nouveaux patients séropositifs a des caractéristiques notables, dans les Hauts-de-France la proportion d'hommes est plus importante que dans le reste de la France métropolitaine (72% vs 69%), ils sont également plus jeunes que dans le reste de la France (21% de moins de 25 ans contre 17%). La contamination chez les hommes se fait majoritairement par voie homo/bisexuelle (59%), chez les femmes 88% des contaminations ont eu lieu au cours de relations hétérosexuelles. Globalement en 2015, 57% de l'ensemble des découvertes de séropositivité concernaient des HSH. [9 ; 33]

Pour la syphilis, les hommes sont très majoritairement touchés par la syphilis, on compte 95% d'hommes quelle que soit leur orientation sexuelle. Au prisme de l'orientation sexuelle on retrouve 86% d'HSH. La part des patients co-infectés par le VIH et la syphilis représente 50% des découvertes de syphilis récentes. [33]

Pour le Gonocoque, la proportion de femmes en Hauts-de-France est plus faible qu'au niveau national avec seulement 6% de femmes touchées. En revanche la population HSH est davantage atteinte avec 82% des cas. Et la proportion de co-infection est franchement plus élevée que dans l'ensemble du territoire avec un taux de 45% (versus 10%). [33]

Pour le Chlamydia, des études locales comme EDDISTU ou encore EDDISTMA qui étudiaient la prévalence du CT chez les populations estudiantines ou chez les entrants en maison d'arrêt, ont retrouvé des chiffres de prévalence très élevés tels qu'en université 7,7% des hommes et 10,3% des femmes, et 8,3% des hommes à l'entrée en maison d'arrêt.

Le virus de l'hépatite A est transmis par ce que l'on appelle le péril oro-fécal, habituellement retrouvé chez les voyageurs allant dans des pays où les conditions d'hygiène peuvent être plus précaires qu'en France. Or en 2017 une épidémie a sévi dans notre région principalement chez les HSH mais a pu se répandre au sein de la population générale. On l'a attribué à des pratiques sexuelles pouvant engendrer un contact similaire à celui du péril oro-fécal. Ainsi une large campagne de vaccination a eu lieu. L'épidémie a pris fin selon les pouvoirs publics en janvier 2018.

2.1.3.1.2. Complexification de leur prise en charge

- De plus en plus nombreuses

Le panel des potentielles infections sexuellement transmissibles est large et impose au prescripteur de réaliser un dépistage de première intention copieux. C'est d'autant plus vrai chez les personnes séropositives avec une charge virale indétectable qui ont un risque important d'IST. Ainsi ne sont pas rares les co-infections VIH-Syphilis, VIH-Gonocoque, VIH-LGV, etc. De plus, des infections comme le gonocoque s'exprimaient de manière franche, or de nos jours on constate un nombre important d'infections à gonocoque asymptomatiques. Il faut donc de nouveau rechercher cette bactérie lors d'un dépistage, ce qui ne faisait plus forcément partie des habitudes des cliniciens.

Par ailleurs, des épidémies d'hépatites A et C sont apparues de manière épisodique, alors qu'elles ne sont classiquement pas décrites comme étant vénériennes.

- Des complications

La complexité de la prise en charge des IST est due notamment aux portages asymptomatiques qui peuvent entraîner, outre la contamination des partenaires et la propagation de l'IST en question, des séquelles physiques sur le long terme, comme le *Chlamydiae Trachomatis*, qui est la première cause d'infertilité d'origine infectieuse, responsable également de grossesse extra-utérine pouvant engager le pronostic vital. L'infection à NG est asymptomatique chez 70% des femmes, en l'absence de traitement elle peut être responsable de salpingite, d'infertilité tubaire, etc. et chez l'homme elle peut entraîner des complications loco-régionales à type d'abcédation, de prostatite, d'épididymite. Elle peut également évoluer vers une forme septicémique.

- Des résistances

L'apparition de résistances aux antibiotiques est un problème constant. Ainsi pour le Gonocoque on a constaté une diminution progressive de la sensibilité des souches aux C3G, particulièrement au céfixime. De nombreuses résistances aux C3G orales ont été décrites et même une dizaine d'observations de souches résistantes à la ceftriaxone. Ce qui a conduit à abandonner l'usage des C3G orales mais aussi de la pénicilline (10 à 20% de résistances), des cyclines (40 à 50% de résistances) et des fluoroquinolones (> 50% de résistances).

En ce qui concerne l'infection à CT, il est aujourd'hui conseillé d'utiliser la doxycycline pendant 7 jours plutôt que le traitement par azithromycine en dose unique qui risquerait de faire émerger des résistances de *Mycoplasma Genitalium*. [31]

2.1.3.1.3. Facteurs explicatifs

- L'évolution des sexualités

L'évolution des sexualités pourrait-elle expliquer en partie les épidémies d'IST ?

Population générale

L'enquête sur la sexualité des Français réalisée en 2006 nous apprend que l'âge au premier rapport sexuel est quasiment le même actuellement (17,2 ans pour les hommes et 17,6 ans pour les femmes). Les rapports oro-génitaux sont devenus des pratiques courantes dans les deux sexes. Les hommes ont presque 3 fois plus de partenaires que les femmes (11,6 contre 4,4), cet écart diminue dans la population des 18 - 24 ans, et un homme sur quatre après 50 ans a déjà eu un rapport sexuel tarifé. L'homosexualité reste stable chez les hommes, à hauteur de 4,1%, en revanche davantage de femmes (4%) déclarent avoir déjà eu des rapports sexuels avec une partenaire du même sexe par rapport à l'enquête précédente datant des années 1990. [2 ; 6] D'après plusieurs études, les FSF auraient un risque accru de contracter des IST comparativement aux femmes hétérosexuelles, du fait d'un âge d'entrée dans la sexualité plus précoce, d'un nombre de partenaires plus élevé et de pratiques sexuelles plus diversifiées. Or la plupart des FSF s'imaginent ne pas courir de risque par rapport aux IST et au VIH. Nombreuses sont celles qui ne savent pas comment se protéger de ces risques. [10]

Chez les HSH

Dans l'étude Prévagay réalisée en 2015 dans plusieurs grandes villes de France dont Lille, 86% des HSH interrogés avaient eu plusieurs partenaires au cours des douze derniers mois, et 37% en avaient eu plus de 10. L'usage du préservatif était inconstant, ainsi 62% des fellations entre partenaires occasionnels ne sont pas protégées, et 57% des personnes interrogées avaient été exposées à au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel. [22]

L'étude de Adam *et al.* met en lumière la prévalence du mal-être parmi les HSH et l'existence d'un lien entre la sexualité à risque et la dépression. Ce lien est d'autant plus vrai chez les PVVIH et chez les déprimés chroniques. Ainsi l'activité sexuelle compulsive (spirale de l'envie de sexe quand un mal-être existe, augmentation de la compulsion sexuelle et perte de contrôle) est utilisée pour restaurer le bien-être de la personne (dépression, faible estime de soi, solitude, etc.), ce phénomène constitue une prise de risques très importante chez les séronégatifs et encore davantage chez les séropositifs. La réduction de ce mal-être par le sexe entraîne un bénéfice éphémère et pousse à

consommer davantage de sexe, à avoir plus de partenaires. [1]

Dans un monde connecté et mondialisé, tendant à l'hyper-consommation

L'accès à la pornographie a d'abord été facilité par la VHS et les vidéo-clubs, de nos jours c'est sur internet qu'elle s'est répandue. Ainsi 92% des hommes et 73% des femmes de 18 à 69 ans en ont déjà regardé. L'âge moyen du premier visionnage est de 15,7 ans chez les hommes et 17,6 ans chez les femmes. Chez les hommes, l'initiation à la masturbation est souvent contemporaine des premiers visionnages pornographiques. La pornographie est donc devenue une première approche de la sexualité pour bon nombre d'adolescents, avec comme conséquences un nombre plus élevé de partenaires et des pratiques plus diversifiées que chez les non-consommateurs de pornographie, donc un risque accru d'IST. [20]

Par ailleurs l'avènement des applications géolocalisées et sites de rencontres virtuelles a conduit à démultiplier les possibilités de rencontre et donc aussi les risques encourus. Ainsi une femme sur dix et 13% des hommes s'y sont déjà connectés en 2006. Cette proportion augmente largement dans les générations les plus jeunes avec 36% des femmes de 18-19 ans.

La mondialisation n'est pas étrangère à ces phénomènes, aujourd'hui on peut facilement se déplacer ne serait-ce qu'à travers l'Europe pour un week-end, ainsi nombreux sont les patients qui partent vers Bruxelles, Berlin, les Baléares pour faire la fête et plus si affinités.

Quelques exemples

Lors des consultations du CeGIDD du SUMIV, on constate en effet une augmentation importante du nombre de partenaires sexuels, notamment chez les femmes, mais aussi une augmentation de la sexualité sous produits (l'alcool en premier lieu bien sûr, mais aussi des produits illicites).

En voici quelques exemples :

- Boite gay berlinoise : Berghain « *Je n'ai jamais vu aussi trash. Incroyable le nombre de gars qui font des fist fucking directs sans gel. Tout cela est favorisé par la prise de produits. Avant il y avait des groupes restreints pour les pratiques hard, maintenant c'est banalisé* » (propos d'un patient sous PrEP)
- Soirée étudiante à Lille : Edhec etc. « *Les OB (Open Bars), on y vient en K-Way et bottes de pluie, on se jette les verres de bière au visage, il y a plein de liquide par terre : de la bière, de l'urine. On consomme énormément d'alcool. On déchire nos vêtements, certains couchent ensemble en plein milieu. On y vient déjà alcoolisé, on ne tiendrait pas une minute en étant sobre.* » (propos d'une étudiante)

- L'utilisation de produits psychotropes

Définition

La pratique du ChemSex (Chemical Sex), c'est-à-dire l'usage de produits psycho-actifs lors des rapports sexuels, comme le GHB, la cocaïne, les amphétamines, etc , s'est répandue depuis le début des années 2000 jusqu'à sa démocratisation à partir de 2007, largement favorisée par l'existence d'applications géolocalisées sur smartphone, ainsi que par la diffusion des produits illicites sur le darknet. Il en va de même pour la pratique du Slam, c'est-à-dire l'usage de drogues intraveineuses en contexte sexuel. La plupart des produits utilisés le sont pour leurs propriétés stimulantes (augmentation de l'euphorie, de l'excitation et de l'endurance sexuelle). [16]

On identifie deux types de profil d'utilisateurs du ChemSex : les clubbers et les sexers, les premiers sont plus jeunes et fréquentent des lieux publics, les seconds plus âgés fréquentent davantage les soirées privées, à domicile. En ce qui concerne les slamers, le cadre des soirées est quasiment exclusivement privé. Il semblerait que la pratique du Chemsex augmente de manière parallèle au nombre de partenaires sexuels et soit plus répandue parmi les HSH en quête de sensations fortes ou qui pratiquent une sexualité à risque. Or les soirées privées ne sont pas accessibles aux acteurs de prévention.

Au niveau national

D'après l'enquête du Net Gay Baromètre en 2013, 60,5% des personnes ont consommé au moins une fois de l'alcool ou du cannabis dans un contexte sexuel, 12,6% des HSH interrogés ont eu au moins une fois recours au Chemsex, pour le Slam il s'agissait d'une proportion bien moindre (1,2%). Parmi les prépeurs, l'enquête de Pialoux *et al.*, réalisée en 2017, retrouvait des proportions plus importantes avec quatre personnes sur dix qui déclaraient pratiquer le Chemsex et 4% le Slam.

En 2017, le BEH mettait en évidence que plus de 80% des consommateurs de produits psycho-actifs dans un cadre sexuel connaissent des prises de risques sexuels. En effet, ces types de pratiques augmentent le risque de transmission des IST, du fait du partage de matériel (matériel d'injection, matériel de snif) mais aussi du fait des pratiques sexuelles (rapports sexuels non protégés, Fist-fucking, Booty bumping, etc.) qui ont souvent lieu avec des partenaires multiples. Elles ont pu contribuer à l'émergence d'épidémies d'hépatites A et d'hépatites C, qui normalement ne sont pas sexuellement transmissibles. [16]

Au niveau local

A Lille en 2015, d'après l'étude Prévagay, 18% des personnes interrogées déclaraient avoir eu

recours à des produits psycho-actifs (hors alcool, cannabis et poppers) au moins une fois durant l'année. Pour le slam, ils étaient nettement moins nombreux avec 1% des personnes interrogées. [22]

2.1.3.2 Les violences

Les violences, notamment sexuelles, peuvent accroître les risques d'IST et de VIH.

- Définition

Le terme violences englobe au moins six types de violences différentes telles que les violences verbales (cris, injures, ...), les violences psychologiques (humiliations, menaces, ...), les violences physiques (coups, brûlures, séquestration, ...), les violences sexuelles (viol conjugal, pratique sexuelle imposée, ...), les violences économiques (privation de ressources, interdiction de travailler, ...) et enfin les violences administratives (confiscation de papiers, limite d'accès aux droits, ...). Les violences touchent majoritairement les femmes mais aussi les minorités telles que les violences liées à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre.

- Rappel historique

1750 avant JC : Dans l'un des premiers textes juridiques connus, le Code d'Hammurabi, le viol est puni de peine de mort.

1810 : Apparition du viol comme crime dans le code pénal.

1980 : Apparition de la définition du viol dans la loi " Tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise est un viol " (article 222.23 du code pénal). Il devient passible de 15 ans de réclusion criminelle.

1989 : Première campagne nationale d'information et création des commissions départementales d'action contre les violences faites aux femmes.

1990 : Le viol conjugal est reconnu et est considéré comme une circonstance aggravante.

1992 : Définition du harcèlement sexuel au travail.

1999 : Proclamation de la « Journée internationale pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes » qui aura lieu le 25 novembre, par l'Assemblée générale des Nations Unies.

2002 : Définition par l'OMS des violences sexuelles : «Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail.» [30]

2012 : Redéfinition par la loi française du harcèlement sexuel : « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante. » (art 222-33 du code pénal)

2014 : Loi du 14 mai 2014 ratifiant la convention du Conseil de l'Europe (« Convention d'Istanbul ») sur la prévention et la lutte contre les violences à l'égard des femmes et la violence domestique.

2016 : Peine de prison et amende pour le phénomène dit « revanche pornographique » : diffusion pornographique sans le consentement de la personne.

2017 : Allongement des délais de prescription en cas de viol et d'agression sexuelle à 20 et 6 ans.

On constate que la législation autour de la problématique des violences de genre s'accélère depuis les années 1980. Leurs définitions ne sont pas immuables et s'adaptent aux évolutions de la société.

- Un phénomène qui n'est pas anecdotique

En France, chaque année environ 93000 femmes (soit 254 femmes par jour) sont victimes de viol ou de tentative de viol, parmi elles, elles sont près de la moitié à ne faire aucune démarche, et environ un tiers à avoir consulté un médecin. Chaque année on compte environ 15000 hommes (soit 41 hommes par jour) victimes de viol ou de tentative de viol. Soit respectivement 16% et 5% de la population française, d'après l'enquête Cadre de vie et Sécurité (CSF). En 2011, 4983 plaintes pour viol ont été déposées, 3742 ont été commis à l'encontre des femmes dont 906 étaient des viols conjugaux, 432 plaintes ont été déposées par des hommes dont 179 concernaient des viols conjugaux. [2 ; 6 ; 8]

Si l'on prend en compte les attouchements en plus des viols et tentatives de viol, on obtient près de 30% des femmes et 8,6% des hommes. En 2012, parmi les victimes de coups et violences volontaires non mortels par conjoint ou ex-conjoint, 83% sont des femmes et 17% des hommes, soit 9766 plaintes.

Une femme sur dix de moins de 20 ans a déjà été agressée sexuellement au cours de sa vie. En 2016, 19700 mineurs déclaraient avoir vécu des violences sexuelles dont 78% étaient des femmes. [29 ; 32]

- La culture du viol

La culture du viol est définie comme « la manière dont le viol est perçu/représenté dans l'imaginaire collectif, dans une société donnée et à une époque donnée », en France on a encore 40% de la

population qui considère que la responsabilité du violeur est atténuée si la victime a eu une attitude provocante en public ou a flirté avec lui, de même que si la victime portait une tenue sexy pour 27% des Français. Un quart de la population considère que forcer une personne à faire une fellation n'est pas un viol, que réaliser un acte de pénétration avec un doigt sur une personne qui le refuse n'est pas un viol. 20% environ de la population estime qu'il n'y a pas de viol lorsque la personne cède quand on la force ou encore estime que forcer sa conjointe à avoir un rapport sexuel alors qu'elle le refuse n'est pas un viol. Autant considèrent que beaucoup de femmes qui disent « non » à une proposition de relation sexuelle veulent en fait dire « oui ». [15]

On constate que ces violences sont banalisées, ce qui n'aide pas à les dépister ni à les éviter.

- Chez les LGBT

Entre 2012 et 2013, les violences déclarées auprès de SOS Homophobie ont augmenté de 78%, elles concernent toute la communauté LGBT (Lesbophobie, gayphobie, biphobie, transphobie) et se traduisent par des insultes (39% des déclarations), des rejets, des menaces (22%) et autres. Dans la moitié des cas, ces violences ont lieu sur internet. Ainsi 31% des HSH ont été victimes d'actes homophobes en 2016, 59% des lesbiennes déclarent avoir été victimes de lesbophobie, qui résulte d'une double discrimination homophobe et sexiste. [8]

Or on sait que beaucoup de médecins ont du mal à poser la question de la violence, et encore plus parfois en ce qui concerne les violences sexuelles. Cette difficulté s'ancre dans des craintes telles que la peur d'être intrusif, de porter des préjugés sur la sexualité, de générer une souffrance, mais aussi peur de ne pas savoir gérer la situation, de se retrouver seul, de ne pas savoir vers qui orienter.

- Conséquences

Ces violences ne sont jamais sans conséquences et s'expriment de façons extrêmement variées, de fait il n'est pas possible de dresser un tableau de symptomatologie typique. Une étude menée par l'OMS en 2013 a pu mesurer cependant que les femmes victimes de violences de la part de leur partenaire intime ont deux fois plus de risques de connaître des problèmes d'alcool, de dépression, de recourir à l'interruption volontaire de grossesse, et quatre fois et demi plus de risques de se suicider. Les conséquences des violences sexuelles ont un impact sur la santé physique, psychologique et aussi un impact social.

2.1.3.3 Les grossesses non désirées

La prévention des grossesses non désirées est l'une des missions des CeGIDD, elle participe au

bien-être et à l'épanouissement dans la sexualité. Cela peut être un moment de promotion du préservatif afin de lutter contre les IST et le VIH.

- Au niveau national

En France, une femme de 15 à 49 ans sur trois aura une grossesse non prévue et parmi elles, six sur 10 aboutiront à une interruption volontaire de grossesse (IVG), ce taux est plus élevé chez les 20-24 ans puis chez les 25-29 ans. Les principales raisons expliquant la survenue de ces grossesses non prévues sont l'absence d'un moyen de contraception dans 46% des cas, l'oubli de pilule pour 44% des femmes et un problème de préservatif dans 9% des cas. En somme la moitié des grossesses non désirées surviennent alors qu'une contraception est mise en place.

En 2010, huit femmes sur dix sexuellement actives et en âge de procréer utilisaient une contraception. Une femme sur cinq a déjà eu recours à la contraception d'urgence au cours de sa vie, chez les moins de 25 ans ce ratio augmente à deux femmes sur cinq.

Chez les 15-49 ans, en 2016, la pilule représentait 42,7% des contraceptifs utilisés, avec un taux bien plus élevé chez les jeunes de 20 à 24 ans, puis les Dispositifs Intra-Utérins (DIU) concernaient 25,4% des femmes, majoritairement celles de plus de 35 ans. Le préservatif masculin est utilisé par 12,5% des femmes, en majorité chez les moins de 20 ans. [2 ; 3 ; 11]

- Au niveau régional

Les trois quarts des jeunes de 15 à 25 ans ont déjà eu des relations sexuelles, ce chiffre est comparable à la moyenne française. En 2005, un quart des jeunes ont déjà eu recours à la contraception d'urgence, ce chiffre a quasiment doublé en cinq ans, un problème de préservatif a été la cause de ce recours dans la moitié des cas, suivi par des problèmes de pilule (24%). Ces chiffres sont similaires à ceux de l'ensemble de la France. Parmi ces jeunes, 5% ont eu recours à une IVG et seulement un sur six a bénéficié d'un dépistage du VIH.

Plus de huit jeunes sur dix utilisent un moyen de contraception, la pilule et le préservatif dominent largement le devant de la scène chez les jeunes nordistes (76% et 38% respectivement). [9]

2.1.3.4 Les dysfonctions sexuelles

L'abord des dysfonctions sexuelles est important dans une vision globale de la sexualité. Ces dysfonctions peuvent entraîner des risques d'usage de produits, de frustration sexuelle et de prise de risques en réponse à cette dernière.

- Dans la population générale

Les dysfonctions sexuelles masculines sont dominées par l'éjaculation précoce chez plus d'un homme sur trois (39%), les troubles du désir chez plus d'un homme sur cinq (22%), les dysfonctions érectiles (16% des hommes) et les troubles de l'orgasme chez 14% d'entre eux.

Chez les femmes on retrouve par ordre décroissant, les troubles de l'orgasme chez plus d'une femme sur trois (36%) ainsi que dans des proportions similaires les troubles du désir qui concernent 35% des femmes interrogées et enfin les rapports sexuels douloureux qui ont déjà concerné 16% de la population féminine.

Les hommes et les femmes sont respectivement 32,9% et 26,4% à ne pas faire de démarche pour améliorer leurs troubles. [14]

- Chez les HSH

Les difficultés sexuelles les plus fréquentes chez les HSH sont les troubles de l'érection, qu'ils soient isolés ou associés à des troubles du désir. Parmi les troubles éjaculatoires, ce sont les anéjaculations et les éjaculations retardées qui sont les plus fréquentes, en revanche l'éjaculation précoce est plus rare. Les troubles érectiles seraient en particulier liés à de l'anxiété de performance. À noter également des dyspareunies notamment anorectales, qui sont plus fréquentes lors d'une pénétration anale réceptive qu'insertive. Il existe aussi un trouble appelé sexualité compulsive, hypersexualité ou encore dépendance sexuelle, défini comme un manque de contrôle du comportement sexuel ou une incapacité à réduire le nombre de partenaires. Ce dernier comportement est particulièrement à risque en termes d'IST et de VIH. [1]

- Chez les PVVIH

La fréquence des troubles de l'érection et des troubles du désir semble plus marquée chez les séropositifs, de manière plus ou moins associée à des conduites d'évitement sexuel ou de dépression. Certains auteurs ont rattaché la baisse momentanée des mesures de prévention, notamment du bare-backing (rapports sexuels non protégés) à un moyen de lutter contre la dépression et la lassitude de l'usage du préservatif. [1 ; 23]

2.1.4. Conclusion

Dans une approche plus globale de la sexualité on voit bien qu'il existe de multiples facteurs pouvant influencer la survenue d'une IST ou du VIH au cours de la vie. Les IST sont de plus en plus présentes, l'infection à VIH ne régresse pas, les modalités de la sexualité évoluent avec une

tendance à la prise de risques. Toutes ces notions sont importantes à prendre en compte pour réaliser une prévention plus ajustée aux personnes à risque.

2.2 Le CeGIDD du SUMIV

2.2.1. Activités préalables

- Cadre initial

Le CeGIDD du SUMIV a ses particularités propres. En effet il est né de la fusion des CDAG et CIDDIST antérieurs, au sein d'un service universitaire de maladies infectieuses qui prend en charge et est référent régional de l'infection par le VIH. Les missions d'information, de dépistage et de traitement des IST étaient présentes ainsi que la prise en charge des accidents d'exposition virologique. Le SUMIV a également accueilli l'étude concernant la PrEP, Ipergay.

- Choix structurels

La construction du CeGIDD s'est donc faite sur ces bases, avec trois groupes principaux de patients, à savoir ceux venant pour un accident d'exposition, ceux suivis pour une PrEP, et les autres venant pour du dépistage d'IST. Naturellement, au sein de ce CeGIDD, l'acteur principal est l'infectiologue qui oriente au besoin vers d'autres professionnels.

- Système d'information spécifique : OrdoCeGIDD

Un logiciel spécifique a été mis en place, il permet de recueillir une base de données grâce à son interface d'interrogation au cours des consultations.

2.2.2. Trois populations

2.2.2.1. AEV

Ce motif de consultation est le plus ancien au CeGIDD du SUMIV car cette consultation a été mise en place depuis la création des CDAG. Il regroupe à la fois les accidents d'exposition au sang dans un contexte professionnel, mais aussi les accidents d'exposition sexuelle. Au cours de cette consultation est décidée la mise en place d'un traitement post-exposition en fonction du risque encouru.

2.2.2.2. IDDIST

Les consultations d'information et de dépistage sont plus récentes que les consultations pour AEV,

elles sont contemporaines de l'apparition des CIDDIST et se sont rapidement ancrées dans l'activité du CeGIDD, témoignant des besoins de la population.

2.2.2.3. PrEP

La PrEP est le motif de consultation le plus récent, n'étant disponible que depuis juin 2016 dans les CeGIDD. Elle a néanmoins rapidement trouvé son public.

3. Méthode

Cette étude est une analyse comparée, observationnelle, descriptive, rétrospective, mono-centrique. La demande d'autorisation auprès de l'INDS est en cours.

3.1 Population

Cette étude est une analyse comparative de trois populations définies par leurs motifs de consultation : AEV, PrEP ou IDDIST, comprise entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2017, au sein du CeGIDD du SUMIV de Tourcoing, ce qui représente 1624 personnes. Le motif de consultation AEV a été amputé des consultations d'exposition virologique dans un cadre professionnel. Nous gardons la terminologie AEV mais il s'agit d'un accident d'exposition sexuelle. Pour nos analyses bivariées, nous avons utilisé les données relatives aux patients du SUMIV ayant été diagnostiqués positifs au VIH durant l'année 2017, cela représente 82 patients.

3.2 Analyse descriptive

3.2.1. Monovariée

Elle permet de contrôler la qualité des valeurs pour chaque variable. Elle permet également de construire des hypothèses à vérifier par les analyses bivariées.

3.2.2. Bivariée

Elle permet la comparaison des trois groupes entre eux, grâce aux tests statistiques et aux graphiques. Les variables utilisées sont :

- des variables quantitatives avec comparaison de moyennes (analyse de variances : ANOVA à 1 facteur)
- des variables qualitatives avec comparaison de proportions (test de Chi-2 en cas d'applicabilité ou test exact de Fisher).

Elle compare également chacun des groupes aux nouveaux patients VIH. Ainsi que les HSH par rapport aux HSH nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH, pour répondre à l'hypothèse d'une différence socio-démographique et/ou d'une différence de positivité à une IST lors de la première consultation de dépistage des IST, entre ces populations.

3.3 Définition des cas

On peut considérer qu'il existe cinq états possibles pour un patient face à une IST : être

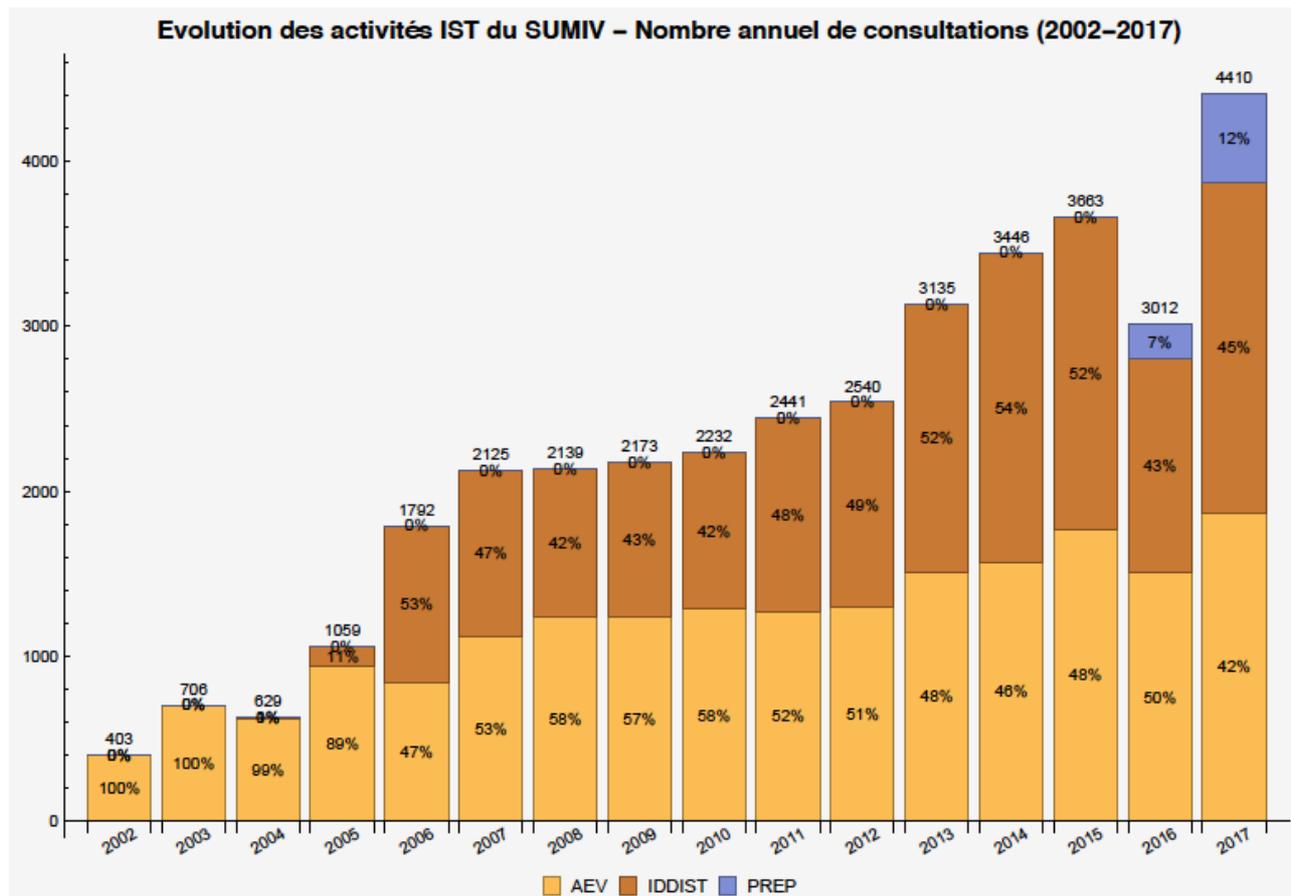
asymptomatique avec une preuve biologique, être symptomatique avec une preuve biologique, être symptomatique sans preuve biologique (traitement probabiliste), avoir été en contact avec un partenaire positif à une IST, être négatif.

Nous avons donc le choix entre plusieurs définitions d'une positivité à une IST. Nous aurions pu choisir une définition épidémiologique, se basant uniquement sur la positivité d'une biologie. Ou bien choisir une définition qui intègre les résultats biologiques et/ou la mise en place d'un traitement, ce qui nous permet de nous situer davantage du point de vue de l'activité réelle du clinicien. C'est cette dernière définition que nous avons choisi d'utiliser.

Nous avons aussi fait le choix, lors de la comparaison des publics entre eux au travers des IST, de ne prendre en compte que leur statut lors de la première consultation, en effet les individus bénéficiant de la PrEP sont les seuls à avoir un suivi longitudinal tandis que ceux venant pour un AEV ou pour un IDDIST ont une prise en charge plus ponctuelle.

4. Résultats

L'activité du CeGIDD au cours de l'année 2017 s'inscrit dans une évolution des activités IST du SUMIV depuis plusieurs années avec initialement uniquement des consultations pour AEV. Puis avec la création des CIDDIST sont apparues les consultations pour IDDIST qui ont rapidement trouvé leur place et enfin depuis 2016 et la création des CeGIDD les activités se sont enrichies grâce à la PrEP.



4.1 Analyse de la population globale du CeGIDD

4.1.1. Analyse socio-démographique

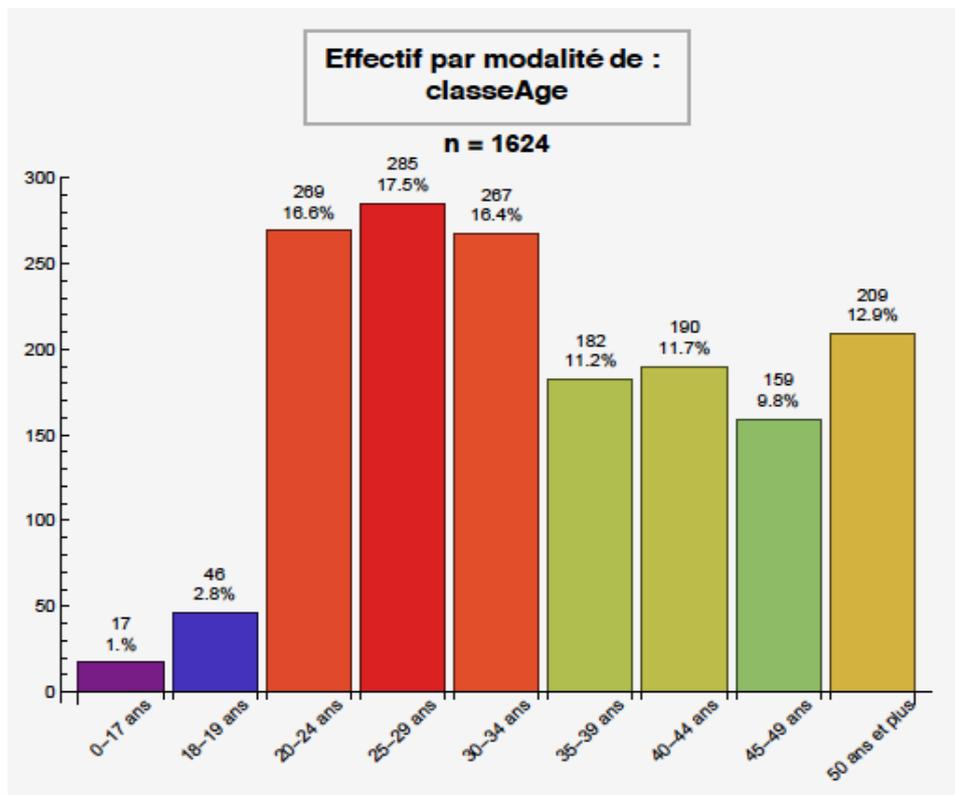
- Le sexe et l'âge

La population du CeGIDD est constituée aux trois quarts environ d'hommes (76,6%). Environ six personnes sur dix consultant au CeGIDD ont plus de 30 ans.

Sexe			
modalité	n_i	f_i	IC_i
F	380	23.40%	[21.36%–25.54%] L=4.18
M	1244	76.60%	[74.46%–78.64%] L=4.18

classeAge2			
modalité	n_i	f_i	IC_i
inf30ans	617	37.99%	[35.62%–40.4%] L=4.78
supEg30ans	1007	62.01%	[59.6%–64.38%] L=4.78

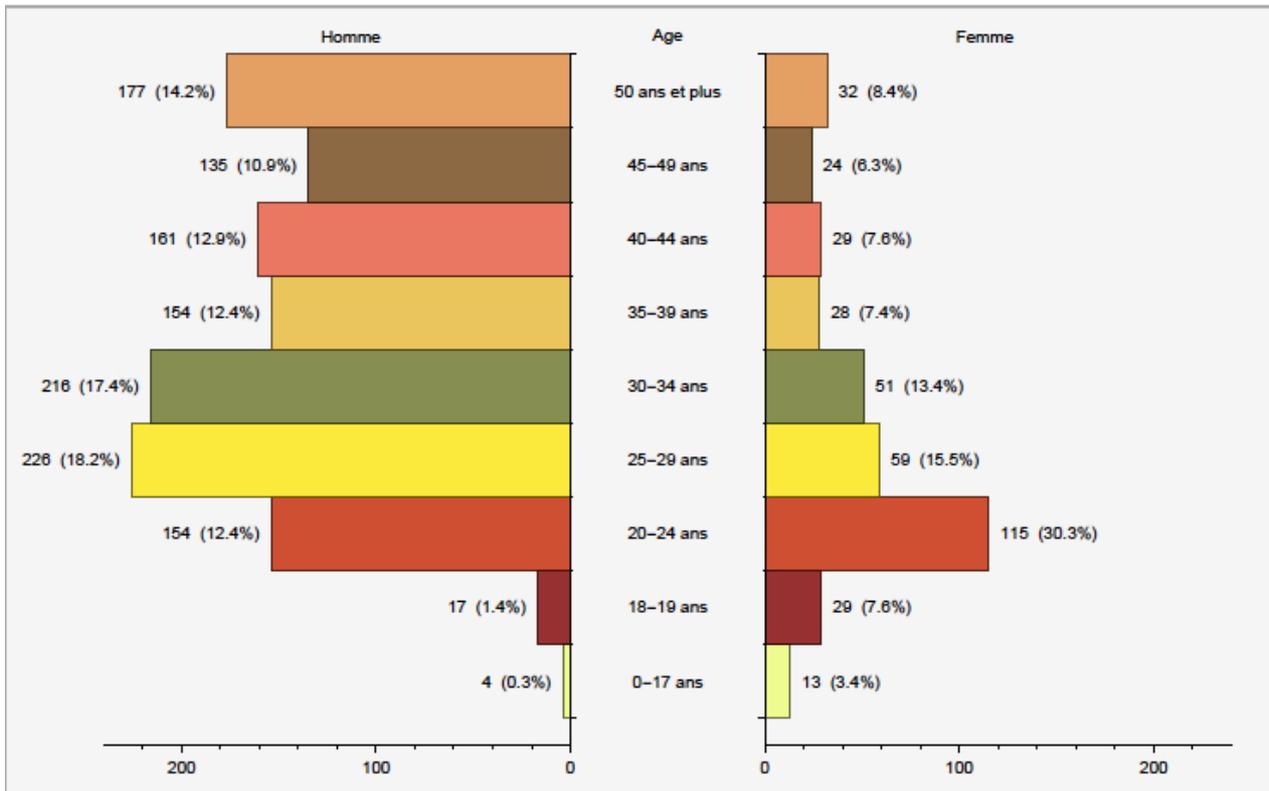
Les classes d'âge sont toutes représentées. Les groupes les plus représentés sont les 20-34 ans, ils représentent 50,5% de la population du CeGIDD, viennent ensuite les plus de 35 ans. En revanche on constate que seulement 3,8% de la population a moins de 20 ans.



- L'âge en fonction du sexe

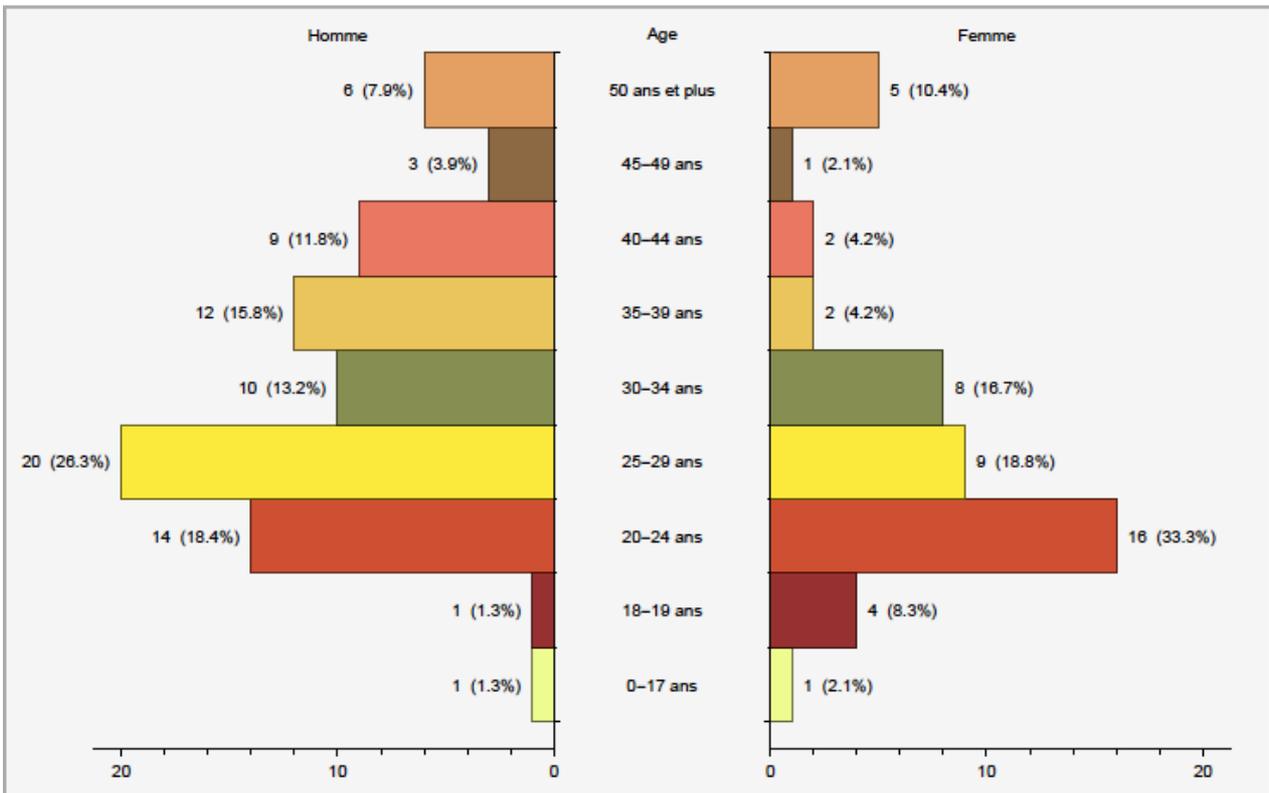
On voit que quel que soit le sexe, toutes les classes d'âge sont représentées bien que dans des proportions variables. Chez les hommes, il y a une majorité de personnes ayant entre 25 et 29 ans, talonnés de près par les 30-34 ans, les plus de 50 ans constituent tout de même le troisième groupe. Chez les femmes, le groupe dominant est plus jeune, un tiers d'entre elles ont entre 20 et 24 ans. On constate que parmi les plus jeunes (moins de 20 ans), il y a davantage de femmes que d'hommes.

"Pyramide des âges - CeGIDD"



- L'anonymat

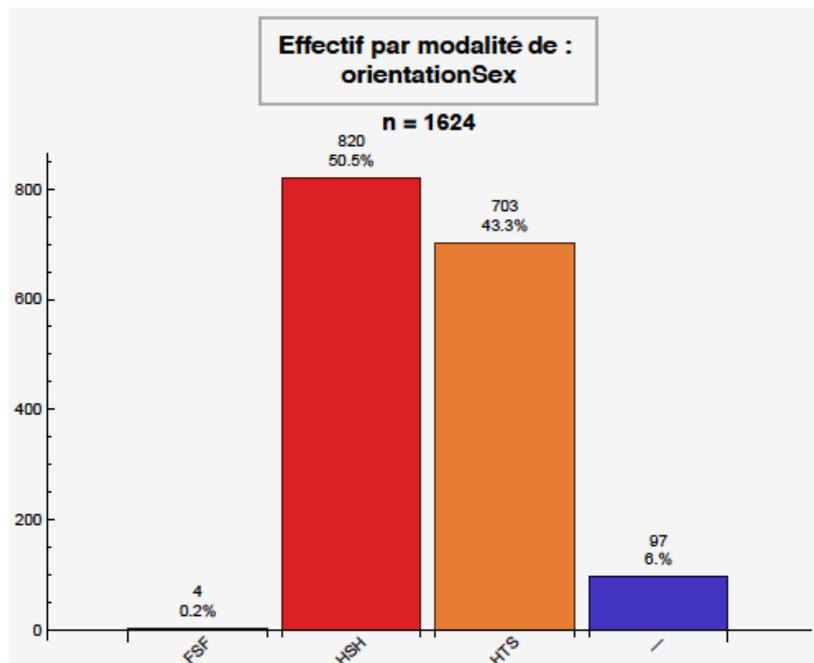
"Ages des patients sous anonymat"



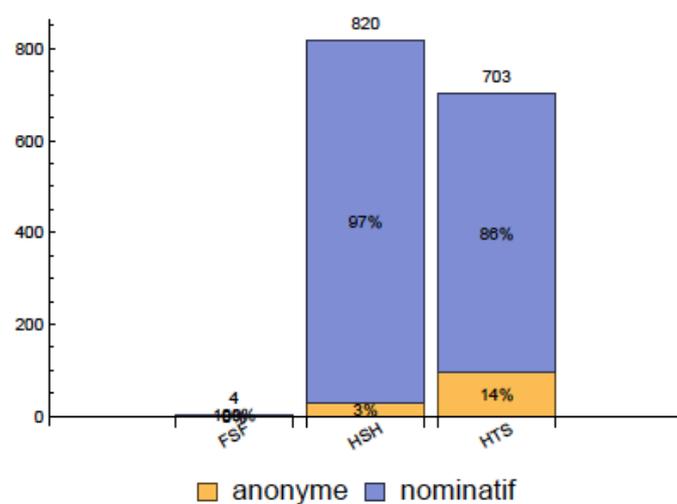
Les demandes d'anonymat concernent toutes les classes d'âge et les deux sexes. Chez les moins de 20 ans l'anonymat est demandé essentiellement par des femmes.

- L'orientation sexuelle

Notre population est constituée pour moitié d'HSH, environ 43% se déclarent hétérosexuels (HTS), et seulement 4 personnes sont des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF). Les 6% restant sont issus de données non renseignées.



- L'anonymat en fonction de l'orientation sexuelle



L'anonymat concerne essentiellement des personnes HTS. Parmi les FSF aucune demande

d'anonymat n'a été émise.

- Population particulière, les moins de 20 ans

Les moins de 20 ans sont essentiellement des femmes. Chez les mineurs le motif de consultation est, sept fois sur 10, pour un accident d'exposition sexuelle, entre 18 et 19 ans, ce ratio diminue à 46% des demandes.

4.1.2 Les IST

- Le Chlamydiae Trachomatis

L'infection à CT a concerné 219 personnes, soit 13,5% de la population globale du CeGIDD. 85% des personnes positives au CT sont des hommes. La prévalence de l'infection au CT chez les hommes de moins de 30 ans est de 16,7% contre 14,2% chez les plus de 30 ans ($p < 0,003$)

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	PREP	total ligne
CTbioTtConsinit	CTbioTtConsinit_Non	92.2 % 130 38.9 %	77.9 % 176 52.7 %	82.4 % 28 8.38 %	83.3 % 334 100. %
	CTbioTtConsinit_Oui	7.80 % 11 16.4 %	22.1 % 50 74.6 %	17.6 % 6 8.96 %	16.7 % 67 100. %
total colonne		100. % 141 35.2 %	100. % 226 56.4 %	100. % 34 8.48 %	100. % 401 100. %

Hommes < 30 ans et CT positif

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	PREP	total ligne
CTbioTtConsinit	CTbioTtConsinit_Non	92.6 % 175 24.2 %	82.4 % 403 55.7 %	87.9 % 145 20.1 %	85.8 % 723 100. %
	CTbioTtConsinit_Oui	7.41 % 14 11.7 %	17.6 % 86 71.7 %	12.1 % 20 16.7 %	14.2 % 120 100. %
total colonne		100. % 189 22.4 %	100. % 489 58.0 %	100. % 165 19.6 %	100. % 843 100. %

Hommes > 30 ans et CT positif

Chez les femmes, l'infection à CT est moins présente. Elle a concerné 32 femmes, soit 8,4% des femmes du CeGIDD. Chez les femmes de moins de 25 ans, elle a pourtant touché 12,7% de cette population. Une femme de moins de 25 ans a six fois plus de risques de contracter le CT qu'une femme de plus de 25 ans ($p = 0,01$)

Femmes < 25 ans et CT positif

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	PREP	total ligne
CTbioTtConsinit	CTbioTtConsinit_Non	95.5 % 63 46.0 %	81.1 % 73 53.3 %	100. % 1 0.730 %	87.3 % 137 100. %
	CTbioTtConsinit_Oui	4.55 % 3 15.0 %	18.9 % 17 85.0 %	0 0 0	12.7 % 20 100. %
total colonne		100. % 66 42.0 %	100. % 90 57.3 %	100. % 1 0.637 %	100. % 157 100. %

- Le Gonocoque

Le gonocoque a infecté 171 personnes, dont 92% d'hommes. La prévalence dans la population générale du CeGIDD est de 10,5%.

Chez les hommes de moins de 30 ans, la prévalence a été mesurée à 14%, cette population représente un tiers des infections au NG ($p = 0,0016$)

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	PREP	total ligne
NGbioTtConslnit	NGbioTtConslnit_Non	94.3 % 133	81.0 % 183	85.3 % 29	86.0 % 345
	NGbioTtConslnit_Oui	5.67 % 8	19.0 % 43	14.7 % 5	14.0 % 56
<i>total colonne</i>		100. % 141	100. % 226	100. % 34	100. % 401
		35.2 %	56.4 %	8.48 %	100. %

Hommes < 30 ans et NG positif

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	PREP	total ligne
NGbioTtConslnit	NGbioTtConslnit_Non	95.2 % 180	84.7 % 414	89.1 % 147	87.9 % 741
	NGbioTtConslnit_Oui	4.76 % 9	15.3 % 75	10.9 % 18	12.1 % 102
<i>total colonne</i>		100. % 189	100. % 489	100. % 165	100. % 843
		22.4 %	58.0 %	19.6 %	100. %

Hommes > 30 ans et NG positif

Les femmes sont moins souvent atteintes, chez toutes les femmes elle est retrouvée dans 3,4% des situations, la prévalence chez les moins de 25 ans atteint 5,7%.

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	PREP	total ligne
NGbioTtConslnit	NGbioTtConslnit_Non	98.5 % 65	91.1 % 82	100. % 1	94.3 % 148
	NGbioTtConslnit_Oui	1.52 % 1	8.89 % 8	0 0	5.73 % 9
<i>total colonne</i>		100. % 66	100. % 90	100. % 1	100. % 157
		42.0 %	57.3 %	0.637 %	100. %

Femmes < 25 ans et NG positif

- La syphilis

La syphilis est l'IST la plus fréquente au CeGIDD en 2017 lors des premières consultations. Elle a concerné 226 personnes. Parmi ces personnes infectées, 92,4% étaient des hommes. Ce sont les hommes de plus de 30 ans qui ont été le plus touchés avec 172 personnes infectées. Soit 20,4% des hommes de plus de 30 ans, contre 9,2% des hommes de moins de 30 ans ($p < 0,005$).

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	PREP	total ligne
SyphbioTtConsInit_Non	97.2 % 137 37.6 %	87.6 % 198 54.4 %	85.3 % 29 7.97 %	90.8 % 364 100. %
SyphbioTtConsInit_Oui	2.84 % 4 10.8 %	12.4 % 28 75.7 %	14.7 % 5 13.5 %	9.23 % 37 100. %
total colonne	100. % 141 35.2 %	100. % 226 56.4 %	100. % 34 8.48 %	100. % 401 100. %

Hommes < 30 ans et syphilis positive

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	PREP	total ligne
SyphbioTtConsInit_Non	96.3 % 182 27.1 %	71.0 % 347 51.7 %	86.1 % 142 21.2 %	79.6 % 671 100. %
SyphbioTtConsInit_Oui	3.70 % 7 4.07 %	29.0 % 142 82.6 %	13.9 % 23 13.4 %	20.4 % 172 100. %
total colonne	100. % 189 22.4 %	100. % 489 58.0 %	100. % 165 19.6 %	100. % 843 100. %

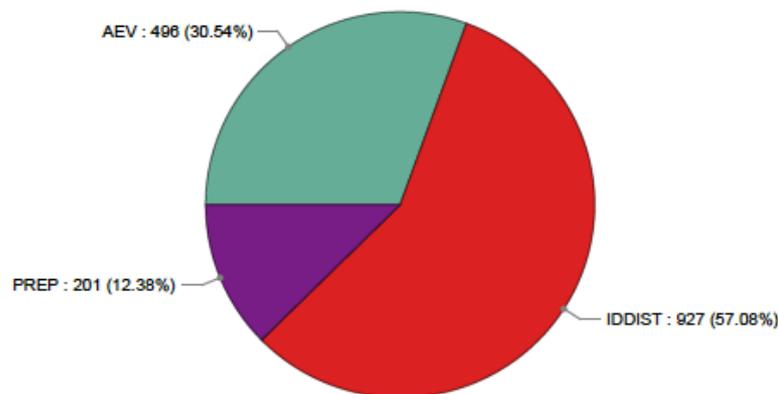
Hommes > 30 ans et syphilis positive

Les femmes ne constituent pas un réservoir syphilitique majeur, en effet la prévalence chez elles est de 4,47% sans différence dans les groupes d'âge (p = 0,0223) (4,46% chez les femmes de moins de 25 ans et 4,48% chez les plus de 25 ans). Néanmoins cette prévalence n'est pas négligeable.

4.2 Analyse des différents publics (AEV-PrEP-IDDIST)

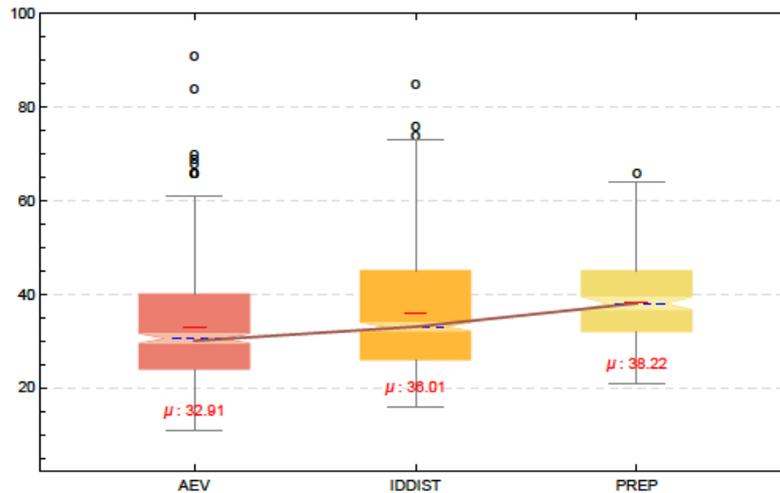
4.2.1. Analyse socio-démographique

- Motifs de consultation



La majeure partie des consultations est motivée par le groupe IDDIST (57%), puis l'activité est répartie entre les AEV qui représentent un petit tiers des consultations et enfin le suivi de la PrEP qui concerne 12% des motifs de consultation.

- Répartition des âges dans les sous-groupes

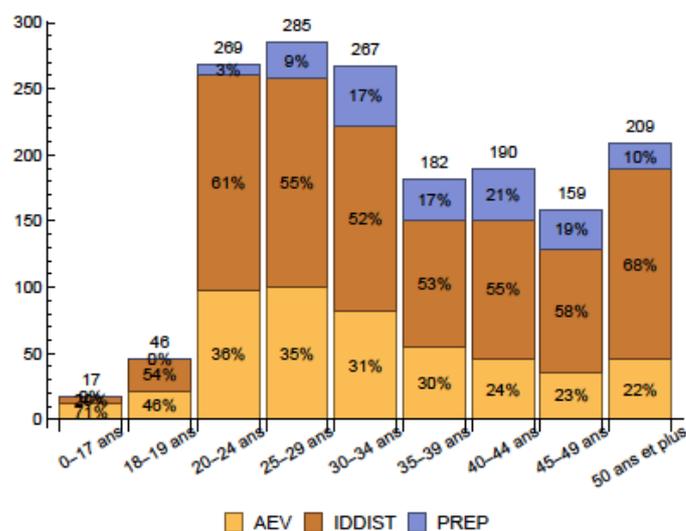


Les prépeurs sont plus âgés que les patients consultant pour un IDDIST qui eux mêmes sont plus âgés que les AEV.

Quand on fait une analyse plus fine par classes d'âge on constate alors que, quel que soit l'âge, les consultations pour IDDIST représentent plus de 50% de l'activité du CeGIDD, hormis pour les mineurs, qui eux consultent davantage pour des AEV (70,6%).

La PrEP concerne plus volontiers des personnes de plus de 25 ans.

La proportion de demandes de consultation pour AEV décroît corrélativement à l'augmentation de l'âge.



Cela peut être représenté au regard de l'âge de 30 ans, ainsi on constate aisément que la proportion

sousPopCeGIDD					
	AEV	IDDIST	PREP		
classAge2	inf30ans	46.6 % 231 37.4 %	37.9 % 351 56.9 %	17.4 % 35 5.67 %	total ligne 38.0 % 617 100. %
	supEg30ans	53.4 % 265 26.3 %	62.1 % 576 57.2 %	82.6 % 166 16.5 %	62.0 % 1007 100. %
	total colonne	100. % 496 30.5 %	100. % 927 57.1 %	100. % 201 12.4 %	100. % 1624 100. %

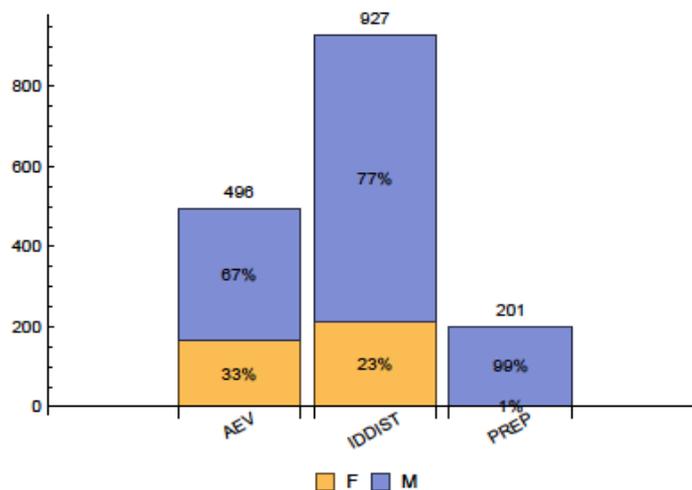
d'IDDIST par rapport à l'activité globale est exactement la même quelle que soit la tranche d'âge. En termes de fréquentation, la consultation d'IDDIST reste la plus demandée, puis celle pour un AEV et enfin celle pour une PrEP.

On constate néanmoins que dans le groupe PrEP, 83% des patients ont plus de 30 ans.

- Sexe dans les sous-groupes

Parmi les prépeurs on ne décompte que deux femmes pour 199 hommes. Les femmes consultent davantage dans le groupe IDDIST (55,8%) que dans le groupe AEV (43,7%).

Au sein du groupe consultant pour un AEV, un tiers sont des femmes. Dans le groupe IDDIST, elles ne représentent que 23% des patients consultant pour ce motif.



- L'anonymat dans les sous-groupes

Il n'y a pas d'anonymat chez les prépeurs. Ils se divisent donc entre les AEV (13,7%) et les IDDIST (86,3%). La prescription d'ARV, que ce soit pour la PrEP ou pour le TPE, ne peut être compatible avec une demande d'anonymat.

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	PREP	total ligne	
anonNomI	anonyme	3.43 % 17	11.5 % 107	0 0	7.64 % 124
	nominatif	96.6 % 479	88.5 % 820	100. % 201	92.4 % 1500
total colonne	100. % 496	100. % 927	100. % 201	100. % 1624	
	30.5 %	57.1 %	12.4 %	100. %	

- L'orientation sexuelle au sein des différents groupes

Chez les FSF, nous avons trois quarts des consultations pour un AEV, le quart restant consulte pour IDDIST.

Chez les prépeurs nous observons 99% d'HSH et 1% d'HTS. Le groupe AEV rassemble davantage d'HTS. Le groupe IDDIST est à l'équilibre entre HSH et HTS.

4.2.2. Synthèse démographique

Les patients consultant pour un IDDIST ne présentent pas de différence d'orientation sexuelle, et sont de tous âges. C'est dans ce groupe que la demande d'anonymat est la plus forte. Ce motif de consultation est le plus fréquent.

Les patients consultant pour un AEV sont plutôt jeunes et sont généralement des HTS.

Les usagers de la PrEP sont des HSH, de plus de 30 ans. Ce motif de consultation est le moins fréquent.

4.2.3. Les IST

Quelle que soit l'IST, la présence d'une IST a entraîné en moyenne 2,6 consultations contre 2,3 consultations en l'absence d'une IST. Ce nombre varie entre les trois groupes.

NomsGroupes	AEV	IDDIST	PREP
Effectifs initiaux	46	329	54
Effectifs de calcul	46	329	54
Effectifs%	10.72%	76.69%	12.59%
Valeurs manquantes	0	0	0
Moyennes	4.20	2.08	4.54
EcartTypes	2.71	1.28	2.03
IntervallesConfiance	[3.52-4.87] L=1.34	[1.96-2.20] L=0.23	[4.07-5.00] L=0.93
Medianes	4.00	2.00	4.00
Minimum	1.00	1.00	1.00
Maximum	15.00	8.00	9.00
Skewness	1.55	1.36	0.45
Kurtosis	6.75	4.86	2.81

Nombre de consultation si IST positive en fonction des sous-groupes.

Les IDDIST assistent en moyenne à deux consultations, les AEV à 4,2 et les prépeurs à 4,5 consultations annuelles.

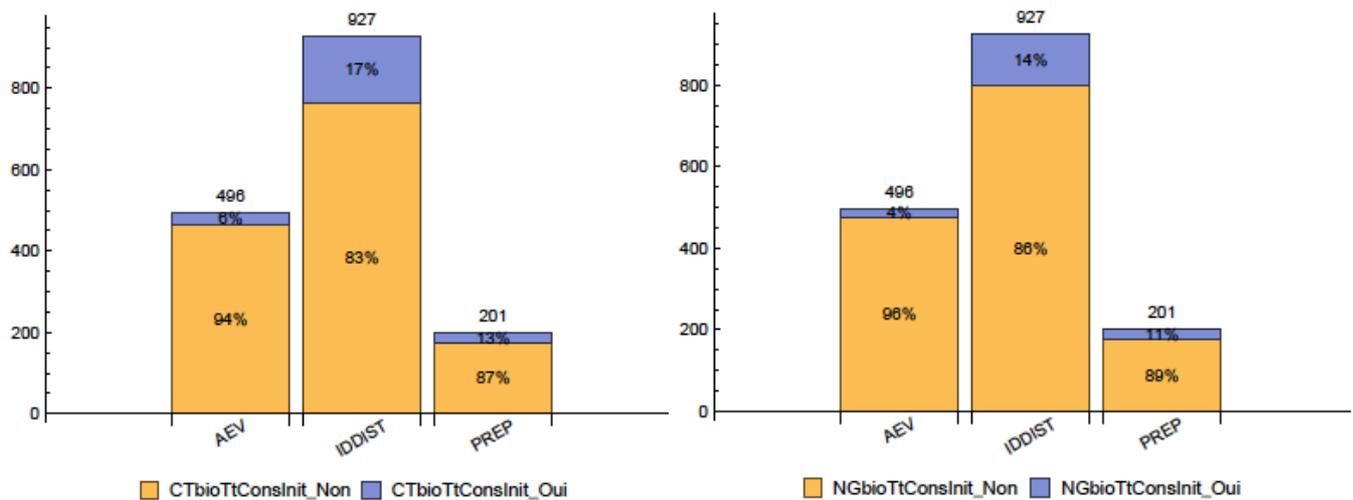
Le diagnostic d'une IST, quel que soit l'agent pathogène, était fait dans 77% des cas au sein des IDDIST, puis chez les prépeurs et enfin chez les AEV.

Si l'on regarde le profil initial des personnes dans chaque groupe, on observe alors une prévalence plus importante de la syphilis chez les IDDIST (20%), puis 14% dans le groupe PrEP et enfin 2,6%

	AEV	IDDIST	PREP	total ligne
SyphbioTtConslnit	97.4 % 483	80.0 % 742	86.1 % 173	86.1 % 1398
	34.5 %	53.1 %	12.4 %	100. %
	2.62 % 13	20.0 % 185	13.9 % 28	13.9 % 226
	5.75 %	81.9 %	12.4 %	100. %
total colonne	100. % 496	100. % 927	100. % 201	100. % 1624
	30.5 %	57.1 %	12.4 %	100. %

chez les AEV ($p < 0.0001$).

Le VIH ne se retrouve pas dans le groupe PrEP (sinon le patient ne peut plus bénéficier de la PrEP), une séroconversion a eu lieu, au sein du groupe IDDIST.



Prévalence de l'infection à CT selon les groupes - Prévalence de l'infection à NG selon les groupes

On observe une prévalence plus forte du CT chez les IDDIST (17,5%), puis chez les prépeurs (12,9%) et enfin chez les AEV (6,25%). Au total, on a compté 13,5% de patients, consultant pour la première fois en 2017, infectés par le CT ($p < 0.0001$).

Ce qui se retrouve dans des proportions proches pour l'infection à NG. La prévalence de l'infection était mesurée à 10,5% dans la population générale du CeGIDD.

L'atteinte par le VHA a concerné 14 personnes en 2017, la moitié appartenait au groupe PrEP, 36% au groupe IDDIST et les 14% restant aux AEV ($p < 0.0001$).

sousPopCeGIDD				
	AEV	IDDIST	PREP	total ligne
VHAbioTtOuiNon	99.6 % 494	99.5 % 922	96.5 % 194	99.1 % 1610
	30.7 %	57.3 %	12.0 %	100. %
VHAbioTtOui	0.403 % 2	0.539 % 5	3.48 % 7	0.862 % 14
	14.3 %	35.7 %	50.0 %	100. %
total colonne	100. % 496	100. % 927	100. % 201	100. % 1624
	30.5 %	57.1 %	12.4 %	100. %

Hépatite A lors de la première consultation

- Le suivi de ces IST positives

Lors d'une prise en charge d'une syphilis précoce, on s'attend à trois consultations (M3, M6, M12), [31] les recommandations de bonne pratique proposent une consultation supplémentaire à M1 en cas de co-infection par le VIH, mais au sein du CeGIDD du SUMIV, cette consultation du premier

mois est proposée à tous les patients. Pour les syphilis tardives, il y a une consultation de plus, qui a lieu à M24. On s'attendrait donc à avoir entre quatre et cinq consultations sur l'année, étant donné la durée prise en compte dans cette étude (dépistage, traitement, suivi à M1, à M3, à M6). Or on observe que la moyenne est à 2,82 ce qui est inférieur à nos attentes.

NomsGroupes	SyphBioTt_Non	SyphBioTt_Oui
Effectifs initiaux	1382	242
Effectifs de calcul	1382	242
Effectifs%	85.10%	14.90%
Valeurs manquantes	0	0
Moyennes	2.32	2.82
EcartTypes	1.71	2.06
IntervallesConfiance	[2.24-2.39] L=0.15	[2.60-3.04] L=0.44
Medianes	2.00	2.00
Minimum	1.00	1.00
Maximum	15.00	12.00
Skewness	1.88	1.47
Kurtosis	8.24	5.32

Nombre de consultations de suivi en fonction de la présence de la syphilis ou non

Au travers des trois groupes, ce suivi est-il identique ?

Pour la syphilis précoce, chez les patients consultant pour un AEV, le nombre moyen de consultations de suivi est de 4,46. Chez les prépeurs il est proche, avec une moyenne à 4,64. Chez les IDDIST il est bien moindre, avec une moyenne de consultation de suivi à 2,11.

NomsGroupes	AEV	IDDIST	PREP
Effectifs initiaux	13	185	28
Effectifs de calcul	13	185	28
Effectifs%	5.75%	81.86%	12.39%
Valeurs manquantes	0	0	0
Moyennes	4.46	2.11	4.64
EcartTypes	2.44	1.27	1.89
IntervallesConfiance	[3.26-5.67] L=2.41	[1.96-2.27] L=0.31	[4.03-5.25] L=1.22
Medianes	5.00	2.00	5.00
Minimum	1.00	1.00	1.00
Maximum	10.00	7.00	9.00
Skewness	0.55	1.16	0.16
Kurtosis	3.12	3.95	2.84

Nombre de consultations de suivi d'une syphilis précoce en fonction du groupe.

Pour les infections à CT et à NG, après la consultation donnant accès au traitement, on doit revoir le patient à distance (1 mois - 6 semaines pour CT et 7 jours pour NG) pour un contrôle biologique. On s'attend donc à trois consultations (dépistage, traitement, contrôle). Les chiffres retrouvés sont les suivants : 3,29 consultations en moyenne lors de la présence d'un CT et 3,20 pour le NG.

Les différents groupes se comportent-ils différemment au cours du suivi ?

Pour l'infection au CT, les patients consultant en IDIST viennent en moyenne 2,17 fois. Pour les AEV 4,35 fois et parmi les prépeurs positifs au CT ils bénéficient de 5,47 consultations pour ce suivi.

NomsGroupes	AEV	IDIST	PREP
Effectifs initiaux	31	162	68
Effectifs de calcul	31	162	68
Effectifs%	11.88%	62.07%	26.05%
Valeurs manquantes	0	0	0
Moyennes	4.35	2.17	5.47
EcartTypes	2.89	1.32	2.34
IntervallesConfiance	[3.47-5.24] L=1.76	[2.00-2.34] L=0.34	[5.00-5.94] L=0.95
Medianes	4.00	2.00	5.00
Minimum	1.00	1.00	1.00
Maximum	15.00	8.00	14.00
Skewness	1.60	1.32	1.00
Kurtosis	6.86	4.91	4.87

Nombre de consultations de suivi de CT positif selon les groupes

Pour le NG, on retrouve le même ordre de valeur avec 2,12 consultations en moyenne chez les IDIST, 3,74 consultations chez les AEV et 5,29 chez les usagers de la PrEP.

NomsGroupes	AEV	IDIST	PREP
Effectifs initiaux	19	129	62
Effectifs de calcul	19	129	62
Effectifs%	9.05%	61.43%	29.52%
Valeurs manquantes	0	0	0
Moyennes	3.74	2.12	5.29
EcartTypes	2.66	1.36	2.40
IntervallesConfiance	[2.68-4.80] L=2.12	[1.93-2.32] L=0.40	[4.78-5.80] L=1.02
Medianes	3.00	2.00	5.00
Minimum	1.00	1.00	1.00
Maximum	10.00	8.00	14.00
Skewness	1.00	1.54	1.14
Kurtosis	2.88	5.60	5.01

Nombre de consultations de suivi de NG positif selon les groupes

- Les traitements utilisés

Les traitements employés sans distinction de groupe sont résumés dans ce tableau, on voit que la grande majorité des traitements antibiotiques sont ceux recommandés, comme la Ceftriaxone 500mg pour le gonocoque, la benzathine benzyl pénicilline 2,4 MU pour la syphilis, l'azithromycine 1g en dose unique ou de la doxycycline 100mg x 2/j pendant 7 jours pour le traitement de l'infection à CT.

La prescription de traitement anti HPV a concerné 54 patients, soit 3,33% de la population du CeGIDD. Dans le tableau on constate un nombre plus élevé de traitements délivrés (82 traitements par azote et 12 par Imiquimod).

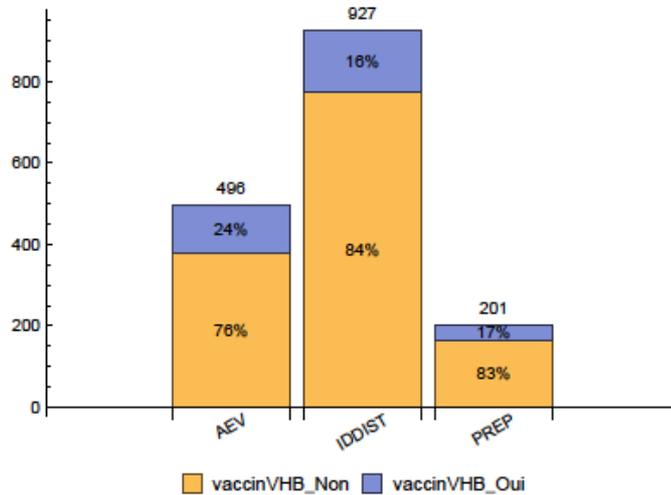
	AEV	PrEP	IDDIST	Total
Patients				
n	602	201	821	1624
Consultations				
n	1353	634	1596	3883
Antirétroviraux				
n	391	201	0	592
Autres Traitements				
n	81	155	452	688
Biologie				
n	5235	4996	6605	16836

Les ARV sont prescrits principalement lors des AEV puis pour les PrEP, aucune prescription d'ARV n'a eu lieu au sein du groupe IDDIST.

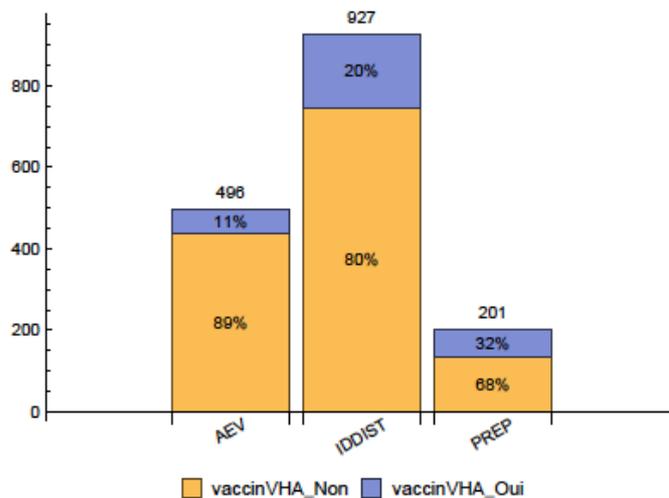
Ceftriaxone 500 mg, une injection IVL ou IM	164	23.84%
Benzathine benzyl penicilline 2,4 M ² unités, une seule injection	138	20.06%
Azithromycine 250 mg : 1g (4 comprimés) en une seule prise	131	19.04%
Doxycycline 100 mg 2 fois/j durant 7 jours	99	14.39%
Cryothérapie (azote)	82	11.92%
Benzathine benzyl penicilline 2,4 M ² unités, 3 injections	19	2.76%
Aldara (Imiquimod)	12	1.74%
Doxycycline 100 mg 2 fois/j durant 21 jours	11	1.60%
Valaciclovir 500 mg 2 fois/j durant 5 jours	6	0.87%
Azithromycine 1,5 g	6	0.87%
Valaciclovir 500 mg 2 fois/j durant 10 jours	5	0.73%
Doxycycline 100 mg 2 fois/j durant 15 jours	5	0.73%
Norlevo	4	0.58%
Azithromycine 250 mg : 2g (8 comprimés) en une seule prise	3	0.44%
Metronidazole 500 mg : 2g (4 comprimés), en une seule prise	1	0.15%
EllaOne	1	0.15%
Gentaline 240 mg IM	1	0.15%

- La vaccination

Il existe deux vaccins utilisables pour lutter contre les IST. La vaccination contre le VHB a été effectuée chez 18,7% de la population du CeGIDD. En fonction des groupes on retrouve 24% des personnes consultant pour AEV qui ont bénéficié d'une vaccination, 17% des PrEP et 16% des IDIST. En termes de nombre, il est plus souvent proposé aux patients suivis en IDIST (environ 50% des vaccins faits).



La vaccination contre l'hépatite A a été proposée 304 fois en 2017 dans un contexte d'épidémie dans les Hauts de France. Elle concerne également 18,7% des personnes. Proportionnellement les vaccinations ont été plus nombreuses dans le groupe PrEP, puis dans les groupes IDIST et enfin chez les AEV ($p < 0.0001$).



4.2.4. L'activité médicale

- Le nombre de consultations

Les différents groupes de patients nécessitent des suivis particuliers relatifs à leurs demandes, ainsi on voit des différences dans le nombre de consultations.

NomsGroupes	AEV	IDDIST	PREP
Effectifs initiaux	496	927	201
Effectifs de calcul	496	927	201
Effectifs%	30.54%	57.08%	12.38%
Valeurs manquantes	0	0	0
Moyennes	2.87	1.75	4.19
EcartTypes	1.93	1.07	2.29
IntervallesConfiance	[2.73-3.01] L=0.29	[1.69-1.80] L=0.12	[3.92-4.46] L=0.53
Medianes	2.00	1.00	4.00
Minimum	1.00	1.00	1.00
Maximum	15.00	8.00	14.00
Skewness	1.39	1.87	0.88
Kurtosis	6.23	7.21	4.31

Chez les patients bénéficiant de la PrEP, il y a au moins quatre consultations annuelles de suivi (dépistages des IST et tolérance du traitement ARV), ce nombre peut augmenter lors de la mise en route de cette prophylaxie en raison des bilans d'initiation et de surveillance de la tolérance. En pratique on retrouve bien 4,19 consultations.

Chez les patients venant pour un IDDIST, ils bénéficient normalement de deux consultations minimales (prélèvements et rendu des résultats). En pratique, la moyenne est de 1,75.

Chez les patients venus pour un AEV, le type de consultation peut varier selon la mise en route d'un TPE ou non. Si TPE il y a, on devrait avoir 4 consultations de prélèvement (J0-J15-S6-S12) et 2 consultations de rendu minimum (pour S6 et S12). En l'absence de traitement par ARV, il y a trois consultations de prélèvement (J0-S6-S12) et donc 3 consultations de rendu de résultats. Or on ne trouve qu'une moyenne de 2,87 consultations.

nbConsAEVavecTPE

Résumés statistiques

Effectif initial	496
Effectif de calcul	496
Valeurs manquantes	0
Minimum	0.
Maximum	8.
1er Quartile	0.
Médiane	1.
3e Quartile	2.
Moyenne	1.49194
Ecart-type	1.78431
Intervalle Interquartile	2.
IC de la moyenne	[1.36-1.62] L=0.26

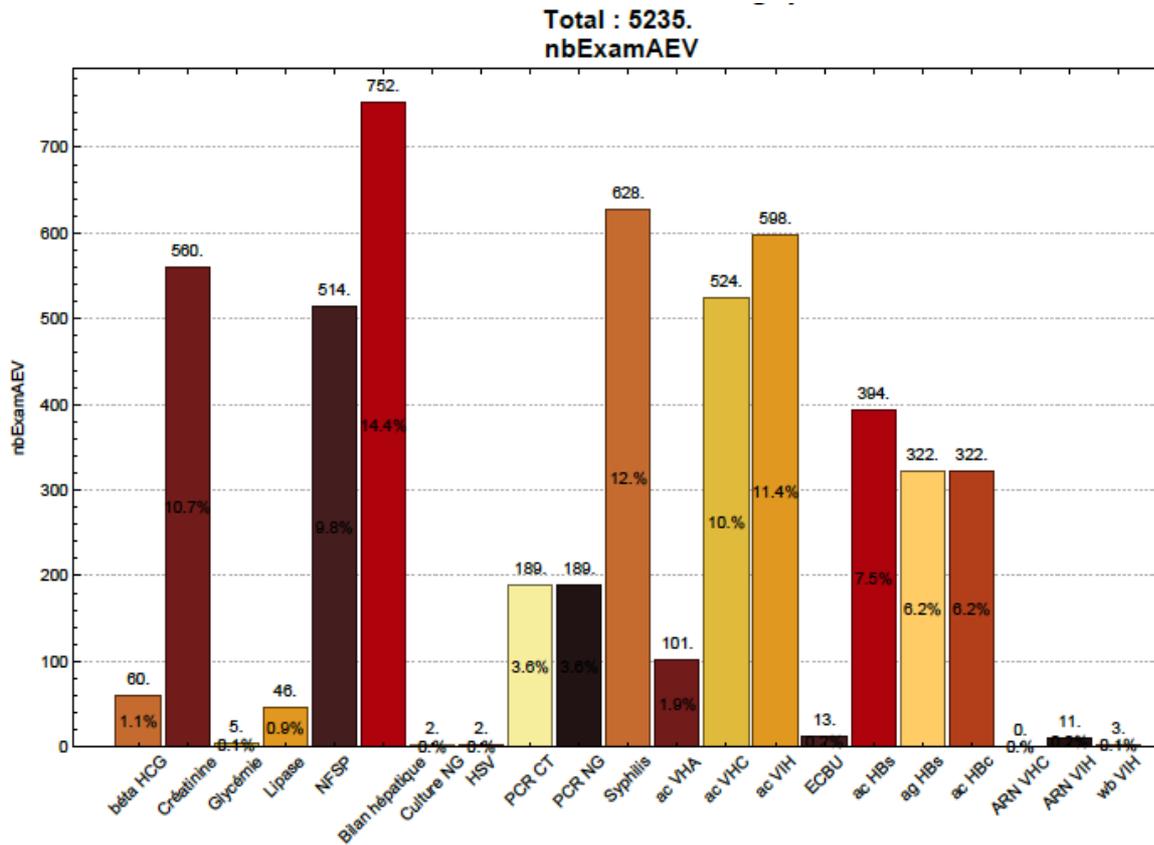
"nbConsAEVsansTPE"

Résumés statistiques

Effectif initial	496
Effectif de calcul	496
Valeurs manquantes	0
Minimum	0.
Maximum	9.
1er Quartile	0.
Médiane	1.
3e Quartile	2.
Moyenne	1.05645
Ecart-type	1.39437
Intervalle Interquartile	2.
IC de la moyenne	[0.95-1.16] L=0.21

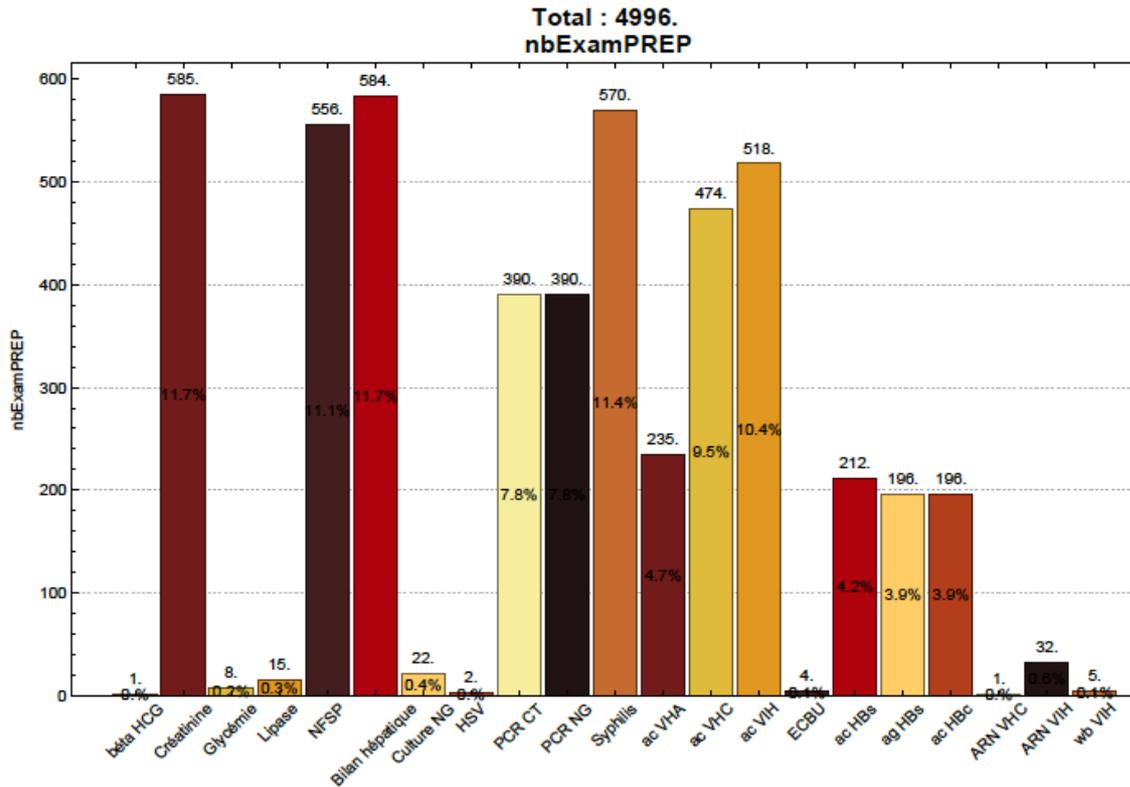
- Le nombre d'examens biologiques réalisés

En 2017, 16836 examens biologiques ont été demandés, 31% concernaient les AEV, 30% concernaient la PrEP et 39% les IDIST.



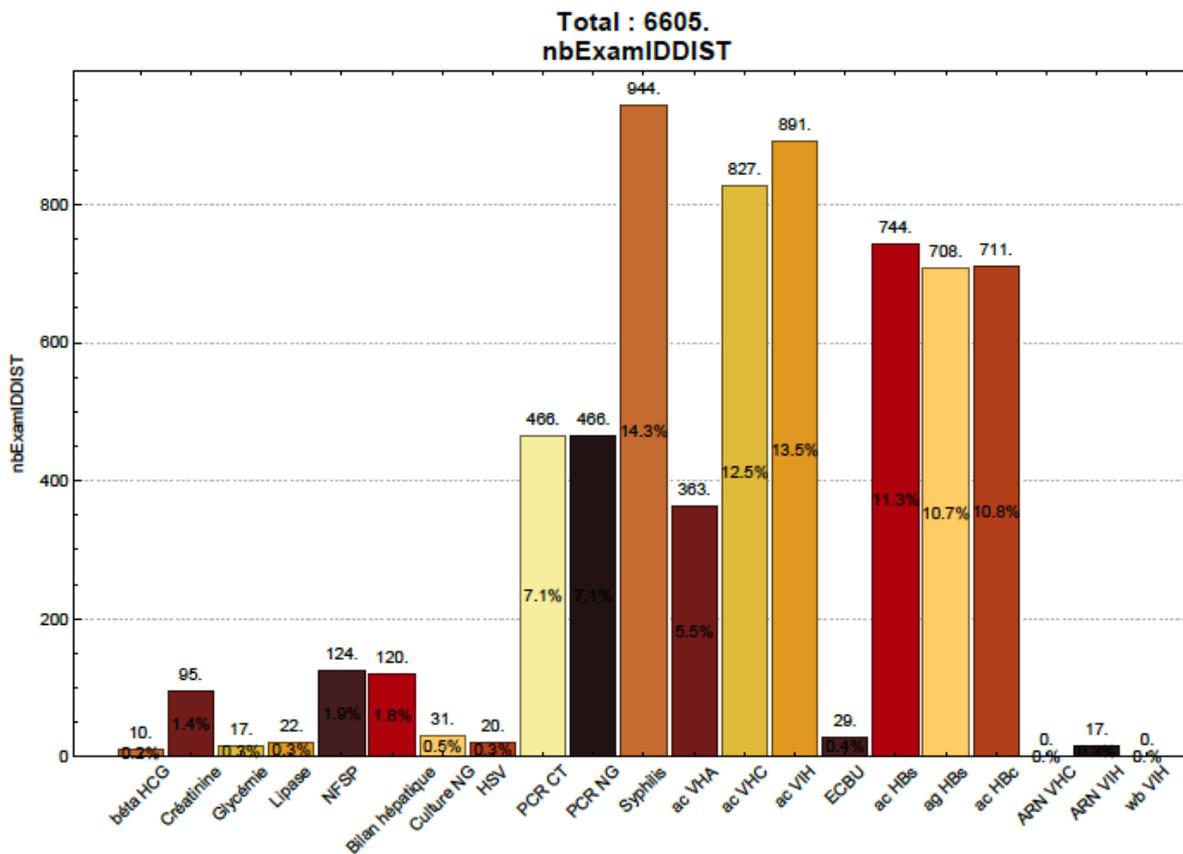
Pour les AEV, les bilans d'initiation fait à J0, et de tolérance à J15 si les ARV ont été débutés, représentent 35% des bilans. Les recherches d'IST comptent pour 62% des bilans demandés parmi lesquels on constate que la recherche du VHA, du CT et de NG sont moins nombreuses que les sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis. Il y a eu 60 demandes de βHCG.

Pour la PrEP, on voit sur le graphique que les demandes les plus fréquentes concernent le bilan de



tolérance biologique (BH + Créatinine + NFS), ce qui n'est pas inattendu car il est demandé lors du bilan préPrEP, lors de la consultation de surveillance à M1 de l'initiation, puis tous les 3 mois. On constate que la recherche du VHB est moins fréquente que pour les autres IST.

Chez les IDIST, on retrouve fort logiquement une prédominance des dépistages IST. Néanmoins la présence de CT et de NG est deux fois moins recherchée que la syphilis.

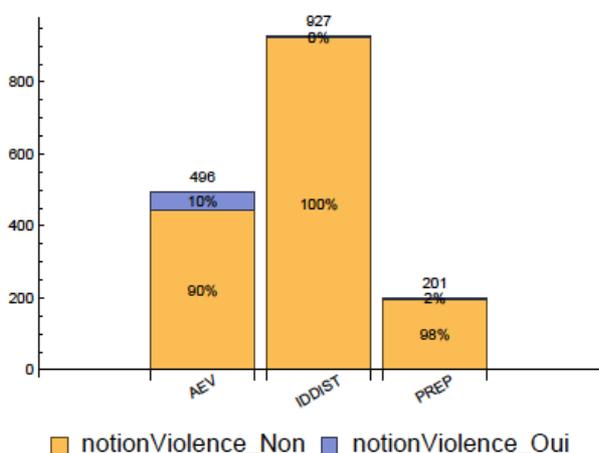


Globalement on observe que la sérologie syphilitique est l'examen de dépistage des IST le plus demandé, suivi du VIH, puis de l'hépatite C. L'hépatite B est plus souvent recherchée que les bactéries NG et CT chez les IDIST et les AEV. Ce schéma s'inverse chez les prépeurs chez qui on recherche fortement les CT et NG.

4.2.5. Approche globale en santé sexuelle

- La violence

L'existence de violence semble davantage être l'apanage des AEV, en effet 88% des personnes déclarant avoir vécu des violences consultaient pour un AEV. À noter 2% de notion de violence au sein du groupe PrEP ($p < 0,0001$).



	AEV	IDIST	PREP	total ligne
notionViolence_Non	444 (89.5%)	924 (99.7%)	197 (98.0%)	1565 (96.4%)
notionViolence_Oui	52 (10.5%)	3 (0.324%)	4 (1.99%)	59 (3.63%)
total colonne	496 (100.0%)	927 (100.0%)	201 (100.0%)	1624 (100.0%)

Violence en fonction des sous groupes

Les moins de 20 ans sont les personnes ayant le plus souvent déclaré des violences, elles représentent presque la moitié des déclarations. Parmi les mineurs 23,5% ont vécu des violences, 21,7% des 18-19 ans. Au delà de cet âge, la proportion de violences est comprise entre 1,75 et 5,03% en fonction des classes d'âge ($p < 0,0001$).

Ce sont les femmes qui sont le plus touchées, 12,4% d'entre elles ont connu des violences contre moins d'1% chez les hommes. À travers l'orientation sexuelle, on retrouve un quart de violences chez les FSF, 1,1% chez les HSH et 7% chez les HTS ($p < 0,0001$).

- Risque de grossesse non désirée

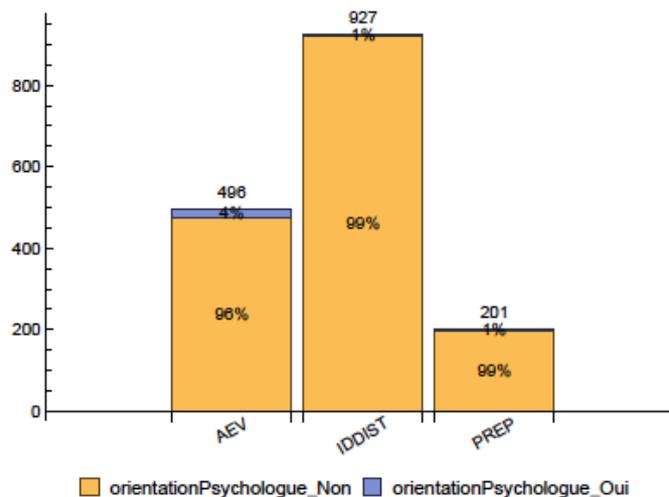
La délivrance d'une contraception d'urgence fait partie des moyens de limiter les grossesses non désirées, en 2017 cela a concerné cinq personnes, dont quatre qui consultaient pour un AEV et une

personne consultant pour un IDDIST.

L'abord de la contraception en consultation permet également de limiter ce risque, mais on constate que cette pratique est relativement épisodique, elle a concerné 17 personnes en 2017. Parmi ces femmes, dix consultaient pour un AEV soit 59% d'entre elles, et sept pour un IDDIST.

- L'orientation vers un autre spécialiste

L'orientation vers un psychologue a été proposé 28 fois, a concerné principalement des personnes consultant dans le cadre d'un AEV (71%), les IDDIST (21%) et la PrEP (7%).



Le recours au psychologue est-il corrélé à la notion de violence ?

Pas nécessairement, on constate que parmi les personnes ayant déclaré avoir subi des violences seule une personne sur quatre a été adressée vers un psychologue.

notionViolenceOuiNon			
	notionViolence_Non	notionViolence_Oui	total ligne
orientationPsychologue_Non	99.2 % 1552	74.6 % 44	98.3 % 1596
orientationPsychologue_Oui	0.831 % 13	25.4 % 15	1.72 % 28
total colonne	100. % 1565	100. % 59	100. % 1624

L'orientation vers un psychologue dans 46% des cas a été proposé pour une autre raison.

L'orientation vers l'assistante sociale a été très faiblement employé, elle a concerné 3 personnes en 2017, deux faisant partie du groupe IDDIST et un du groupe AEV. Ils étaient deux hommes pour une femme, d'âges compris entre 25 ans et 49 ans.

La proposition de rencontrer un addictologue a été formulée pour 19 personnes, parmi elles 58% concernaient une personne en PrEP, soit 5% de ce groupe. Les autres personnes se répartissent également dans les deux groupes. Parmi les AEV, 1% des personnes ont bénéficié de cette orientation. Une étude réalisée dans le service a montré que 60% des patients sous PrEP avaient déjà pratiqué au moins une fois le Chemsex.

La prise en charge par un sexologue a été proposée à trois personnes, deux prépeurs et un IDIST. Tous les trois étaient des hommes, d'âges variables, compris entre 25 – 29 ans, 45 – 49 ans et plus de 50 ans.

L'orientation vers un gynécologue a concerné neuf femmes, toutes consultant pour un IDIST. Ce qui représente 1% de ce groupe. Parmi ces femmes, il y en avait deux pour qui la contraception avait été abordée lors de la consultation. L'âge de ces patientes était en moyenne autour de 29 ans.

Le recours à un proctologue a été demandé pour dix-sept patients. Ils étaient quatre dans le groupe PrEP soit 2% des patients de ce groupe à en bénéficier. Ils étaient neuf dans le groupe IDIST (1% de cette population) et quatre pour les AEV (0,8%). L'orientation vers un proctologue a concerné une femme pour seize hommes. Quatre personnes avaient une infection par HPV parmi celles orientées vers un proctologue, 76,5% ont été orientés pour une autre raison.

		prescription HPV		
		Non	Oui	
orientationProctologue_Oui/Non	orientationProctologue_Non	1557 99.2 % 96.9 %	50 92.6 % 3.11 %	1607 99.0 % 100. %
	orientationProctologue_Oui	13 0.828 % 76.5 %	4 7.41 % 23.5 %	17 1.05 % 100. %
total colonne		1570 100. % 96.7 %	54 100. % 3.33 %	1624 100. % 100. %

Orientation vers un proctologue en fonction du traitement d'un HPV

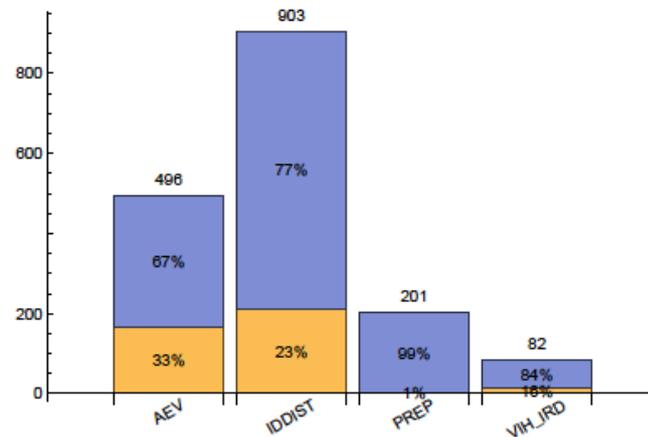
L'orientation vers un service d'orthogénie a eu lieu pour quatre femmes, une appartenant au groupe des AEV, et trois parmi le groupe IDIST.

En conclusion, l'orientation vers un autre spécialiste concerne un faible nombre de patients.

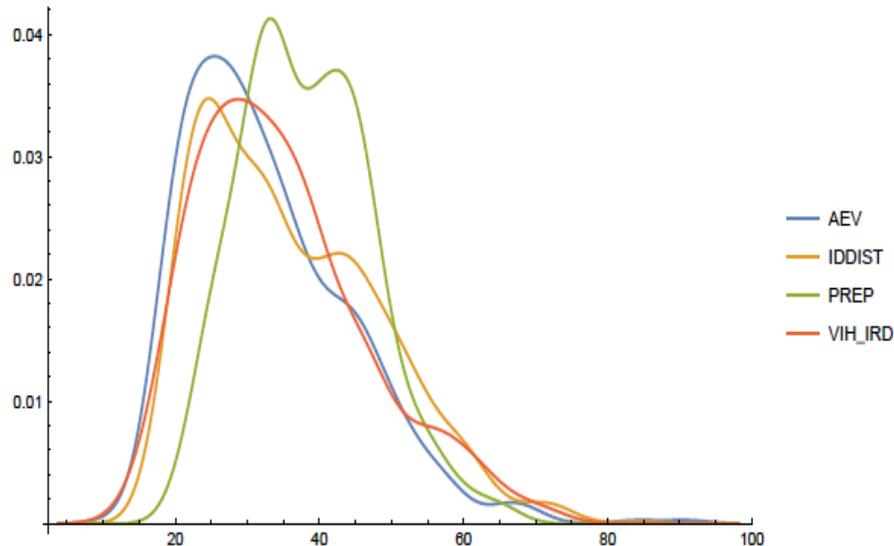
4.3 Comparaison des publics de chaque activité avec les personnes nouvellement découvertes séropositives

4.3.1. Analyse socio-démographique

- Sexe et âge



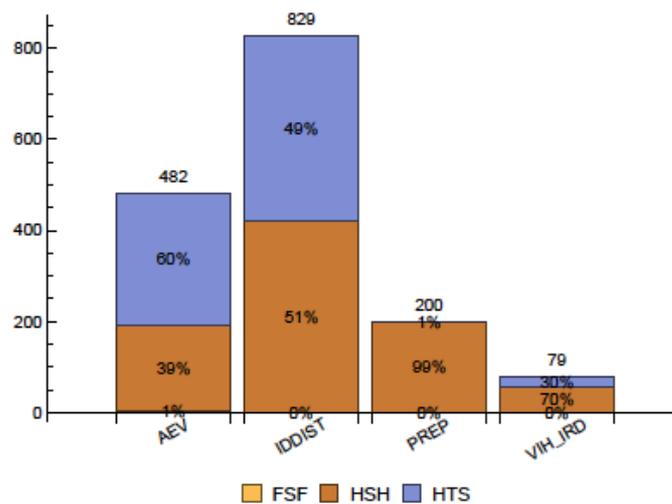
La proportion de femmes parmi les patients diagnostiqués séropositifs au VIH au cours de l'année 2017 n'est pas anodine. Lors de la réalisation de courbe d'âge, on s'aperçoit également qu'il y a un décalage entre les nouveaux patients VIH et nos patients mis sous PrEP. Ce décalage est moins



important avec les groupes AEV et IDDIST, il a plutôt tendance à s'opérer à partir de 30 ans ($p < 0.0001$).

- Orientation sexuelle

Les HSH sont les plus touchés par le VIH. On compte 30% d'HTS soit 24 personnes dont 13 sont



des femmes (soit 54% des HTS) ($p < 0.0001$).

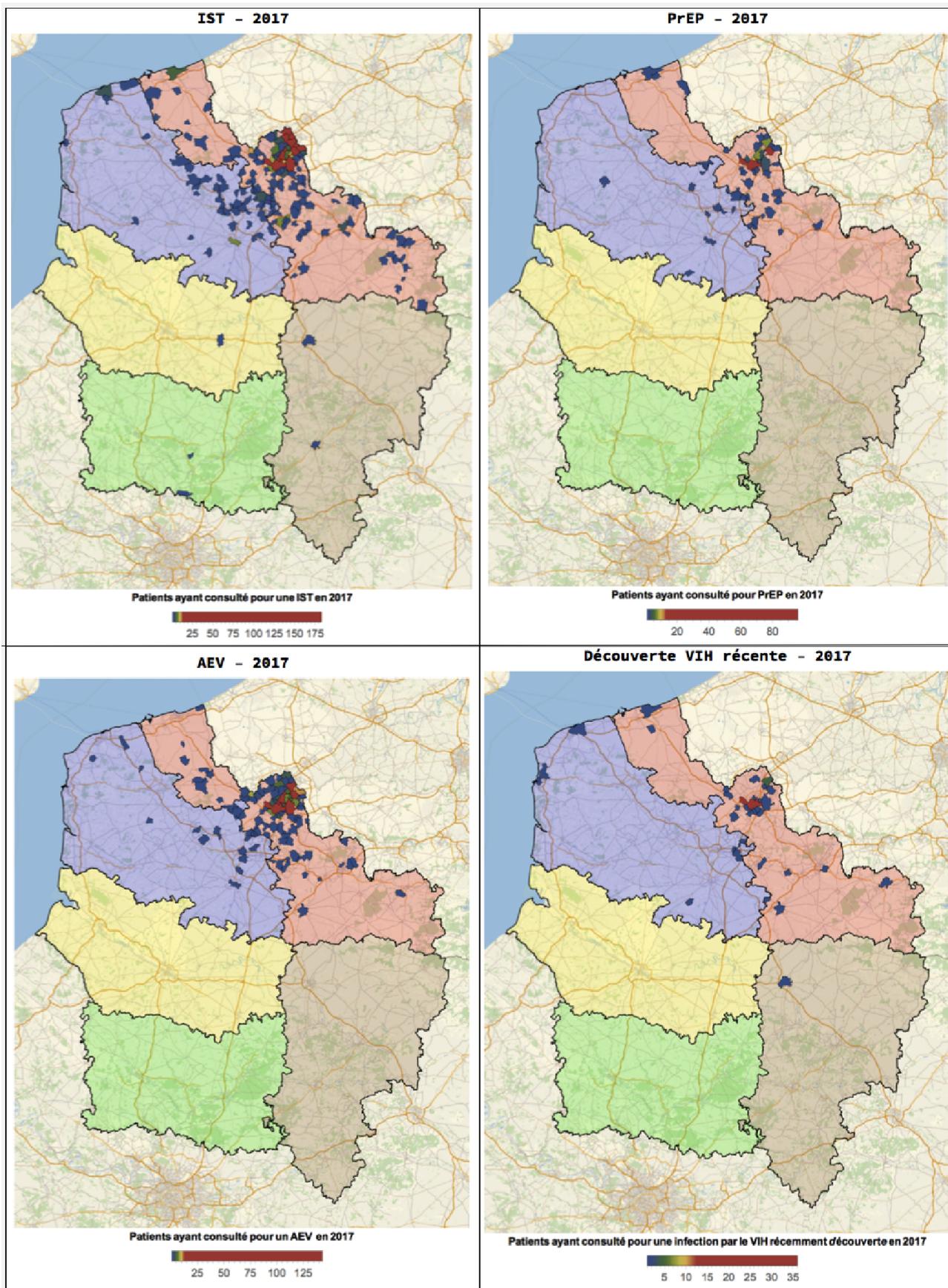
4.3.2. Analyse cartographique

Les patients consultant pour un IDDIST ont une répartition géographique large. On voit qu'ils viennent de toute la nouvelle région Hauts de France, avec une forte concentration au niveau de la métropole Lille Roubaix Tourcoing.

Les patients venant pour un AEV sont originaires du Nord et du Pas de Calais. On constate qu'aucun d'entre eux ne réside en Picardie.

Les patients bénéficiaires de la PrEP sont également originaires du Nord et du Pas de Calais. Le foyer le plus dense est Lille.

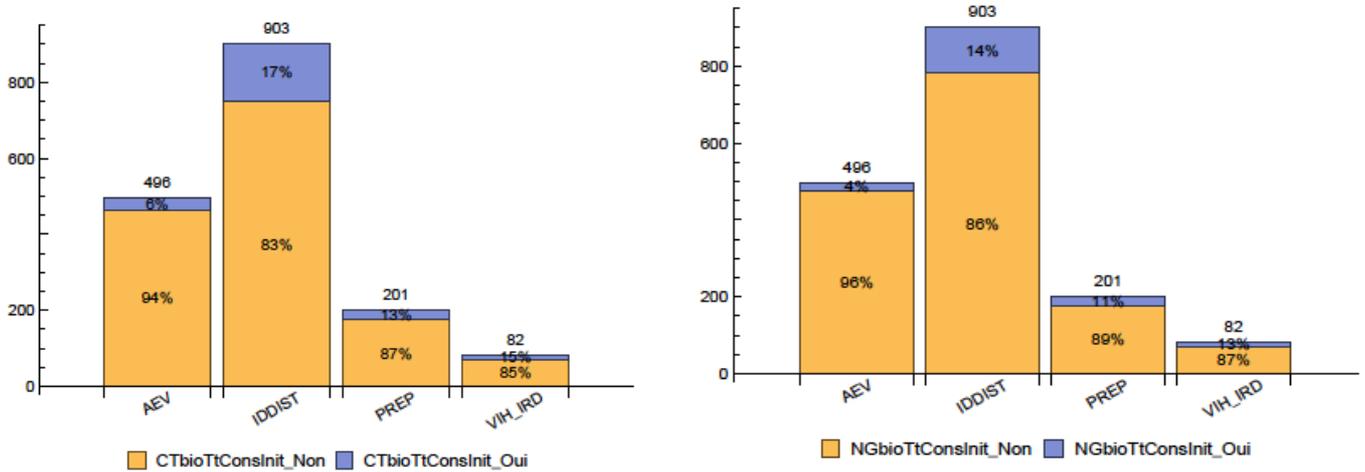
En ce qui concerne les nouveaux patients diagnostiqués VIH positif, ils viennent des Hauts de France, avec néanmoins une proportion plus importante sur Lille.



À noter les échelles différentes.

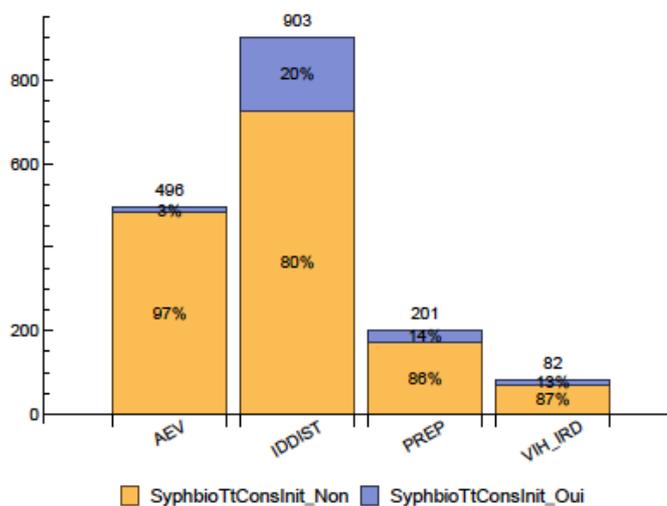
4.3.3. Les IST

On voit que le taux d'infection à CT est sensiblement le même chez les nouveaux patients VIH que chez nos patients sous PrEP, de même que pour l'infection à NG. On constate également que pour



ces deux infections bactériennes, le profil de répartition est sensiblement le même que dans le groupe IDDIST. En revanche les prévalences des CT et NG chez les AEV sont bien en deçà de celles des autres groupes ($p < 0.0001$).

Pour la syphilis, les profils PrEP et nouveaux VIH se superposent presque, en revanche on voit que la proportion de syphilis dans le groupe IDDIST est plus marquée et qu'elle est très faible parmi les AEV ($p < 0.0001$).



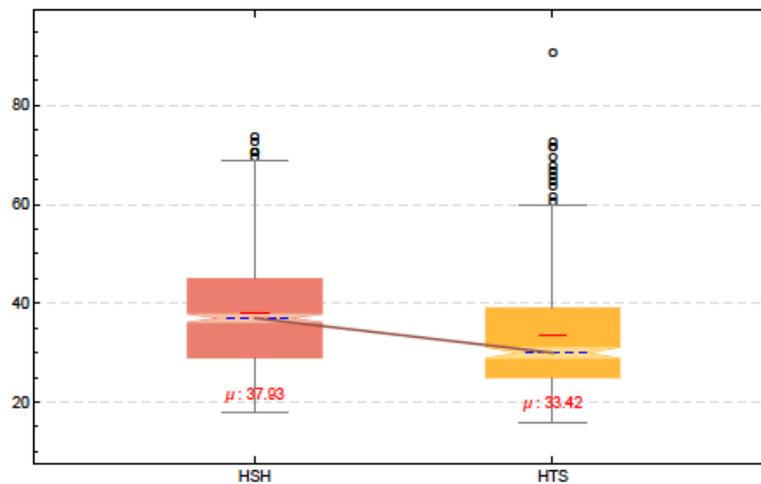
4.4 Comparaison des HSH et des hommes HTS

4.4.1. Analyse socio-démographique

- Orientation sexuelle

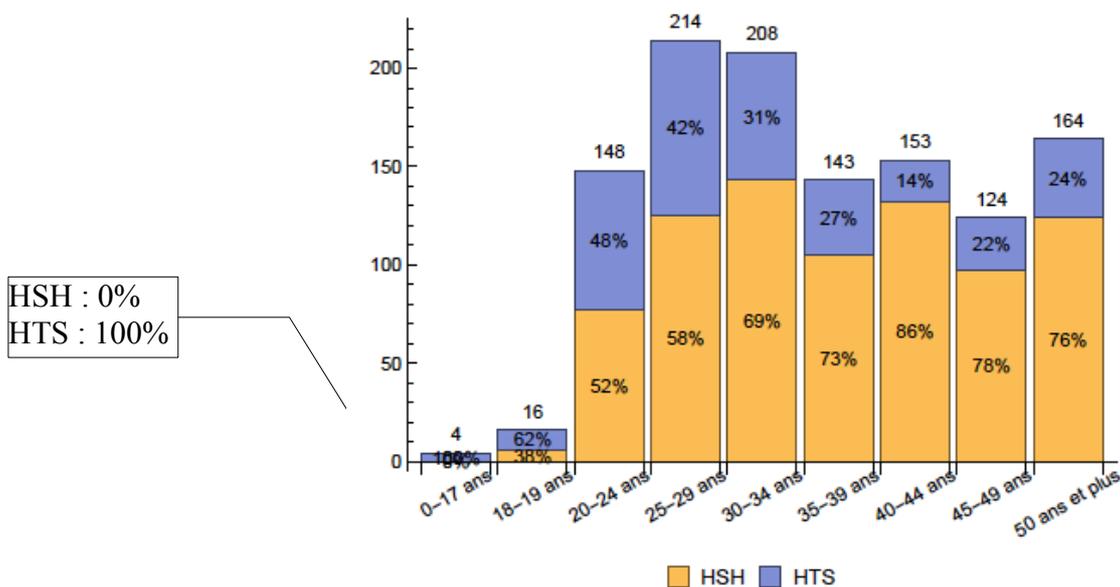
Parmi les hommes, 69% sont des HSH et 31% des hommes HTS.

- Âge

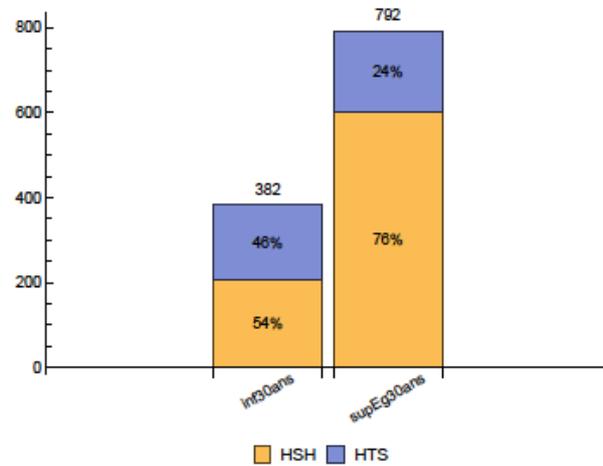


Les HSH sont plus âgés en moyenne que les HTS. En effet les HSH ont un âge moyen de 38 ans [IC : 37,30 – 38,55] et les HTS ont 33 ans en moyenne [IC : 32,38 – 34,46] ($p < 0.0001$).

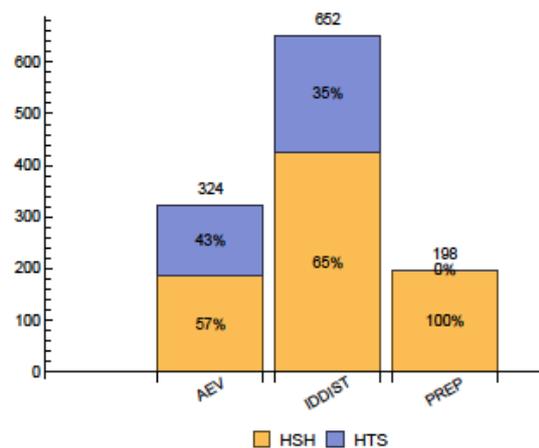
- L'âge en fonction de l'orientation sexuelle



Manifestement les HTS qui consultent sont plus jeunes que les HSH. Chez les mineurs nous ne retrouvons pas d'HSH. Chez les 18-19 ans, six personnes sur dix sont des HTS. C'est seulement après l'âge de 20 ans que la proportion entre HSH et HTS s'équilibre. Et à partir de 30 ans les HSH deviennent franchement majoritaires ($p < 0.0001$).



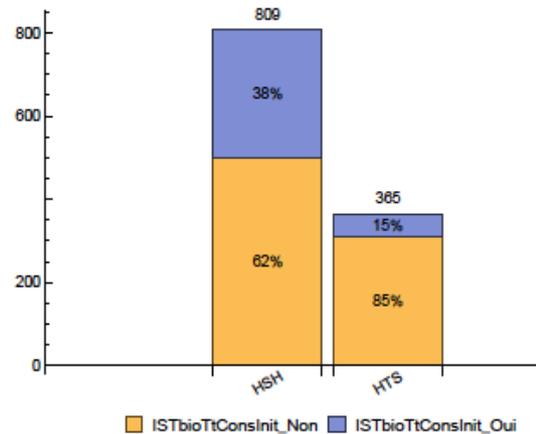
- Orientation sexuelle et motifs de consultation



Aucun HTS ne bénéficie de la PrEP. Dans le groupe AEV, l'équilibre entre les HSH et HTS est presque obtenu. En revanche les HSH sont majoritaires dans le groupe IDDIST, représentant les deux tiers des patients consultant pour ce motif ($p < 0.0001$).

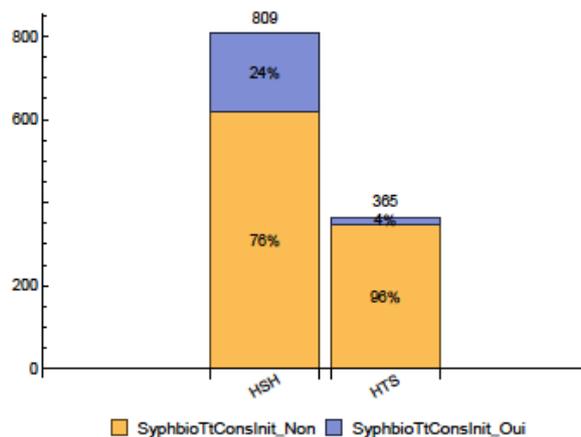
4.4.2. L'activité médicale

- Les IST



Sans distinction d'agent pathogène, les HSH sont un public plus touché par les IST que les hommes HTS ($p < 0.0001$).

La syphilis



On constate que la syphilis est largement plus fréquente chez les HSH que chez les hommes HTS. En fonction du palier de 30 ans inscrit dans les recommandations de bonnes pratiques, on retrouve davantage de syphilis chez les HSH de plus de 30 ans avec une prévalence forte de 26,3% ($p < 0,0001$). Pour mémoire, la prévalence de la syphilis chez les hommes HTS de plus de 30 ans est de 6,3% ($p < 0,03$).

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	PREP	total ligne
SyphbioTtConslnit_Non	94.4 % 102 23.0 %	60.8 % 200 45.1 %	86.0 % 141 31.8 %	73.7 % 443 100. %
SyphbioTtConslnit_Oui	5.56 % 6 3.80 %	39.2 % 129 81.6 %	14.0 % 23 14.6 %	26.3 % 158 100. %
total colonne	100. % 108 18.0 %	100. % 329 54.7 %	100. % 164 27.3 %	100. % 601 100. %

HSH > 30 ans et syphilis

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	total ligne
SyphbioTtConslnit_Non	98.7 % 76 42.5 %	90.4 % 103 57.5 %	93.7 % 179 100. %
SyphbioTtConslnit_Oui	1.30 % 1 8.33 %	9.65 % 11 91.7 %	6.28 % 12 100. %
total colonne	100. % 77 40.3 %	100. % 114 59.7 %	100. % 191 100. %

Hommes HTS > 30 ans et syphilis

Chez les moins de 30 ans, elle reste élevée avec une prévalence de 15,9% (p = 0,0004), contre 2,3% chez les hommes HTS de moins de 30 ans.

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	PREP	total ligne
SyphbioTtConslnit_Non	96.1 % 74 42.3 %	74.2 % 72 41.1 %	85.3 % 29 16.6 %	84.1 % 175 100. %
SyphbioTtConslnit_Oui	3.90 % 3 9.09 %	25.8 % 25 75.8 %	14.7 % 5 15.2 %	15.9 % 33 100. %
total colonne	100. % 77 37.0 %	100. % 97 46.6 %	100. % 34 16.3 %	100. % 208 100. %

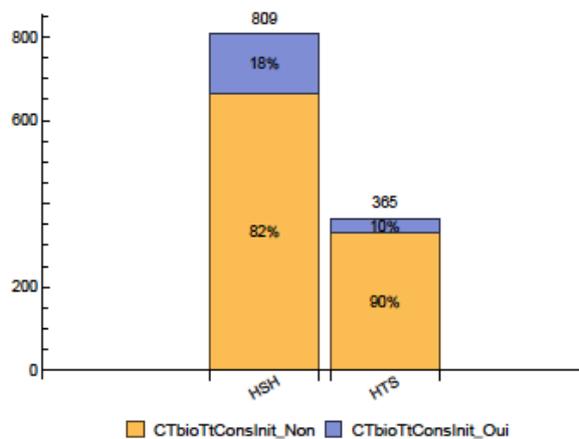
HSH < 30 ans et syphilis

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	total ligne
SyphbioTtConslnit_Non	98.4 % 61 35.9 %	97.3 % 109 64.1 %	97.7 % 170 100. %
SyphbioTtConslnit_Oui	1.61 % 1 25.0 %	2.68 % 3 75.0 %	2.30 % 4 100. %
total colonne	100. % 62 35.6 %	100. % 112 64.4 %	100. % 174 100. %

Hommes HTS < 30 ans et syphilis

Le Chlamydia



La prévalence du CT chez les HSH est de 18% contre 10% chez les hommes HTS (p < 0.0001).

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	PREP	total ligne
CTbioTtConslnit	CTbioTtConslnit_Non	90.9 % 70 41.9 %	71.1 % 69 41.3 %	82.4 % 28 16.8 %	167 100. %
	CTbioTtConslnit_Oui	9.09 % 7 17.1 %	28.9 % 28 68.3 %	17.6 % 6 14.6 %	41 100. %
total colonne		100. % 77 37.0 %	100. % 97 46.6 %	100. % 34 16.3 %	100. % 208 100. %

HSH < 30 ans et CT

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	total ligne
CTbioTtConslnit	CTbioTtConslnit_Non	93.5 % 58 38.7 %	82.1 % 92 61.3 %	150 100. %
	CTbioTtConslnit_Oui	6.45 % 4 16.7 %	17.9 % 20 83.3 %	24 100. %
total colonne		100. % 62 35.6 %	100. % 112 64.4 %	100. % 174 100. %

Hommes HTS < 30 ans et CT

sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	PREP	total ligne
CTbioTtConslnit	CTbioTtConslnit_Non	89.8 % 97 19.6 %	77.5 % 255 51.4 %	87.8 % 144 29.0 %	496 100. %
	CTbioTtConslnit_Oui	10.2 % 11 10.5 %	22.5 % 74 70.5 %	12.2 % 20 19.0 %	105 100. %
total colonne		100. % 108 18.0 %	100. % 329 54.7 %	100. % 164 27.3 %	100. % 601 100. %

HSH > 30 ans et CT

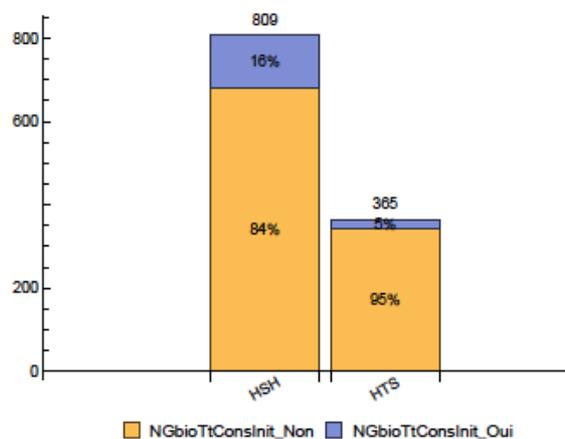
sousPopCeGIDD

		AEV	IDDIST	total ligne
CTbioTtConslnit	CTbioTtConslnit_Non	96.1 % 74 41.3 %	92.1 % 105 58.7 %	179 100. %
	CTbioTtConslnit_Oui	3.90 % 3 25.0 %	7.89 % 9 75.0 %	12 100. %
total colonne		100. % 77 40.3 %	100. % 114 59.7 %	100. % 191 100. %

Hommes HTS > 30 ans et CT

En fonction de l'âge charnière de 30 ans, la prévalence change. Chez les HSH de moins de 30 ans elle s'élève à 19,7% tandis que chez les HSH de plus de 30 ans elle est à 17,5% ($p < 0,01$). A contrario les hommes HTS de moins de 30 ans sont 13,8% ($p = 0,03$) à avoir contracté le CT et chez les plus de 30 ans ils sont seulement 6,28%.

Le Gonocoque



Pour l'infection à NG, la prévalence est de 16% chez les HSH contre 5% chez les hommes HTS ($p < 0.0001$).

La prévalence du NG est plus forte chez les HSH de moins de 30 ans que chez les plus de 30 ans, le fait d'être un HSH est associé à une prévalence plus importante de NG que chez les HTS quel que soit l'âge.

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	PREP	total ligne
NGbioTtConslnit_Non	89.6 % 69 40.8 %	73.2 % 71 42.0 %	85.3 % 29 17.2 %	81.3 % 169 100. %
NGbioTtConslnit_Oui	10.4 % 8 20.5 %	26.8 % 26 66.7 %	14.7 % 5 12.8 %	18.8 % 39 100. %
total colonne	100. % 77 37.0 %	100. % 97 46.6 %	100. % 34 16.3 %	100. % 208 100. %

HSH < 30 ans et NG

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	total ligne
NGbioTtConslnit_Non	100. % 62 38.7 %	87.5 % 98 61.3 %	92.0 % 160 100. %
NGbioTtConslnit_Oui	0 0 0	12.5 % 14 100. %	8.05 % 14 100. %
total colonne	100. % 62 35.6 %	100. % 112 64.4 %	100. % 174 100. %

Hommes HTS < 30 ans et NG

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	PREP	total ligne
NGbioTtConslnit_Non	92.6 % 100 19.6 %	80.5 % 265 51.9 %	89.0 % 146 28.6 %	85.0 % 511 100. %
NGbioTtConslnit_Oui	7.41 % 8 8.89 %	19.5 % 64 71.1 %	11.0 % 18 20.0 %	15.0 % 90 100. %
total colonne	100. % 108 18.0 %	100. % 329 54.7 %	100. % 164 27.3 %	100. % 601 100. %

HSH > 30 ans et NG

sousPopCeGIDD

	AEV	IDDIST	total ligne
NGbioTtConslnit_Non	98.7 % 76 41.1 %	95.6 % 109 58.9 %	96.9 % 185 100. %
NGbioTtConslnit_Oui	1.30 % 1 16.7 %	4.39 % 5 83.3 %	3.14 % 6 100. %
total colonne	100. % 77 40.3 %	100. % 114 59.7 %	100. % 191 100. %

Hommes HTS > 30 ans et NG

L'hépatite C

orientationSex

	HSH	HTS	total ligne
VHCbioTtNon	99.1 % 802 68.8 %	99.7 % 364 31.2 %	99.3 % 1166 100. %
VHCbioTtOui	0.865 % 7 87.5 %	0.274 % 1 12.5 %	0.681 % 8 100. %
total colonne	100. % 809 68.9 %	100. % 365 31.1 %	100. % 1174 100. %

Sept personnes sur huit infectées par le VHC, soit 87,5%, sont des HSH.

L'hépatite A

		orientationSex		
		HSH	HTS	total ligne
VHAbioTtOuiNon	VHAbioTt_Non	98.5 % 797 68.6 %	100. % 365 31.4 %	99.0 % 1162 100. %
	VHAbioTt_Oui	1.48 % 12 100. %	0 0 0	1.02 % 12 100. %
total colonne		100. % 809 68.9 %	100. % 365 31.1 %	100. % 1174 100. %

L'hépatite A a été l'apanage des HSH. Aucun cas n'a été retrouvé chez les hommes HTS. ($p < 0,03$)

Le papillomavirus

		orientationSex		
		HSH	HTS	total ligne
prescriptionHPV	Non	95.6 % 773 68.8 %	95.9 % 350 31.2 %	95.7 % 1123 100. %
	Oui	4.45 % 36 70.6 %	4.11 % 15 29.4 %	4.34 % 51 100. %
total colonne		100. % 809 68.9 %	100. % 365 31.1 %	100. % 1174 100. %

Sept infections à HPV découvertes sur dix l'étaient chez des HSH.

Lymphogranulomatosse Vénérienne

On a recensé 6 cas de LGV au sein du CeGIDD, uniquement chez les HSH. Ils étaient étalés dans le temps, il n'y avait pas d'effet grappe.

Donc globalement, la population HSH est plus à risque de contracter une IST que les hommes HTS.

- Le suivi des IST positives

On a donc vu plus haut que selon les IST, le nombre de consultations était variable. Ce nombre est-il différent selon l'orientation sexuelle ?

Sans distinction, en cas d'IST positive, les HSH consultent davantage que les HTS (2,77 vs 2,34).

Les trois quarts des IST ont été diagnostiquées chez des HSH.

NomsGroupes	HSH	HTS
Effectifs initiaux	312	105
Effectifs de calcul	312	105
Effectifs%	74.82%	25.18%
Valeurs manquantes	0	0
Moyennes	2.77	2.34
EcartTypes	2.02	1.36
IntervallesConfiance	[2.58-2.95] L=0.38	[2.12-2.56] L=0.44
Medianes	2.00	2.00
Minimum	1.00	1.00
Maximum	15.00	6.00
Skewness	1.73	0.87
Kurtosis	7.65	2.98

Nombre de consultation de suivi d'une IST positive selon l'orientation sexuelle

Pour la syphilis, la différence est faible. Les HSH ayant une syphilis consultent en moyenne 2,62 fois contre 2,38 fois pour les hommes HTS ($p < 0.9$)

Pour le CT, la différence est plus marquée. Les HSH ayant un CT consultent en moyenne 3,66 fois tandis que les hommes HTS ayant un CT consultent 2,39 fois en moyenne ($p < 0.0001$).

Pour le NG on retrouve également une différence notable, avec 3,52 consultations en moyenne pour le suivi des HSH ayant un gonocoque contre 2,16 consultations en moyenne chez un homme HTS ayant été infecté par le NG ($p < 0,003$)

NomsGroupes	HSH	HTS	NomsGroupes	HSH	HTS	NomsGroupes	HSH	HTS
Effectifs initiaux	191	32	Effectifs initiaux	189	67	Effectifs initiaux	169	31
Effectifs de calcul	191	32	Effectifs de calcul	189	67	Effectifs de calcul	169	31
Effectifs%	85.65%	14.35%	Effectifs%	73.83%	26.17%	Effectifs%	84.50%	15.50%
Valeurs manquantes	0	0	Valeurs manquantes	0	0	Valeurs manquantes	0	0
Moyennes	2.62	2.38	Moyennes	3.66	2.39	Moyennes	3.52	2.16
EcartTypes	1.79	1.26	EcartTypes	2.56	1.39	EcartTypes	2.44	1.27
IntervallesConfiance	[2.40-2.83] L=0.43	[2.00-2.75] L=0.76	IntervallesConfiance	[3.35-3.97] L=0.62	[2.10-2.67] L=0.57	IntervallesConfiance	[3.21-3.83] L=0.62	[1.77-2.55] L=0.77
Medianes	2.00	2.00	Medianes	3.00	2.00	Medianes	3.00	2.00
Minimum	1.00	1.00	Minimum	1.00	1.00	Minimum	1.00	1.00
Maximum	10.00	5.00	Maximum	15.00	6.00	Maximum	14.00	6.00
Skewness	1.28	0.53	Skewness	1.33	0.84	Skewness	1.28	1.19
Kurtosis	4.50	2.18	Kurtosis	5.50	2.87	Kurtosis	4.90	4.26

Nombre de consultation de suivi pour Syphilis – CT – NG en fonction de l'orientation sexuelle

- La vaccination

Hépatite B

		orientationSex		
		HSH	HTS	total ligne
vaccinVHB	vaccinVHB_Non	81.1 % 656	80.5 % 294	80.9 % 950
	vaccinVHB_Oui	18.9 % 153	19.5 % 71	19.1 % 224
total colonne		100. % 809	100. % 365	100. % 1174
		69.1 %	30.9 %	100. %
		68.3 %	31.7 %	100. %
		68.9 %	31.1 %	100. %

Deux tiers des vaccinations contre le VHB réalisées chez les hommes ont concerné les HSH. On voit néanmoins qu'en terme de proportions, 19% des HSH et 19% des hommes HTS ont été vaccinés.

Hépatite A

		orientationSex		
		HSH	HTS	total ligne
vaccinVHA	vaccinVHA_Non	64.6 % 523 59.8 %	96.4 % 352 40.2 %	74.5 % 875 100. %
	vaccinVHA_Oui	35.4 % 286 95.7 %	3.56 % 13 4.35 %	25.5 % 299 100. %
total colonne		100. % 809 68.9 %	100. % 365 31.1 %	100. % 1174 100. %

La vaccination contre l'hépatite A a été proposée très majoritairement chez les HSH. Au total 35% des HSH venus en 2017 ont été vaccinés contre seulement 3,5% des hommes HTS.

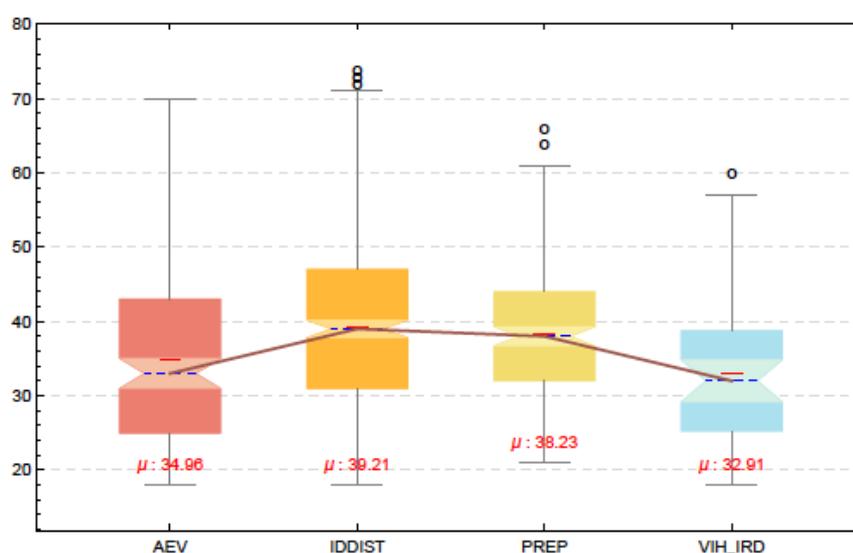
En somme, les HSH représentent la moitié de notre population, et les deux tiers des hommes. Ils sont une population à risque fort d'IST, en effet ils totalisent les trois quarts des IST prises en charge au CeGIDD. Les trois quarts ont plus de 30 ans. Un quart des HSH venant au CeGIDD du SUMIV sont bénéficiaires de la PrEP.

4.5 Comparaison de l'ensemble des HSH avec les personnes HSH nouvellement découvertes séropositives

4.5.1. Analyse socio-démographique

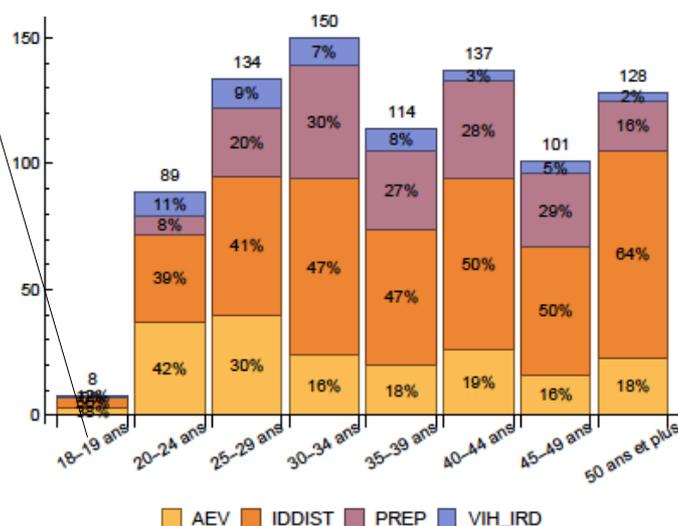
- âge

La population des HSH-VIH est plus jeune que les HSH des autres groupes. Avec une moyenne de 32,91 ans [IC : 30,72 – 35,10], le groupe le plus proche est celui des HSH consultant pour un AEV. Les patients bénéficiaires de la PrEP sont en moyenne âgés de 38 ans [IC : 37,18 – 39,27] et les IDDIST ont en moyenne 39 ans [IC : 38,31 – 40,12].



Les HSH-VIH sont donc assez jeunes, et en effet en observant les classes d'âge on constate que 18% des patients HSH nouvellement diagnostiqués VIH avaient entre 20 et 24 ans, or dans cette classe d'âge les HSH non diagnostiqués VIH consultent quatre fois sur 10 pour un AEV et seulement 8% d'entre eux consultent pour une PrEP.

AEV : 38%
IDDIST : 50%
PREP : 0%
VIH_IRD : 12,5%

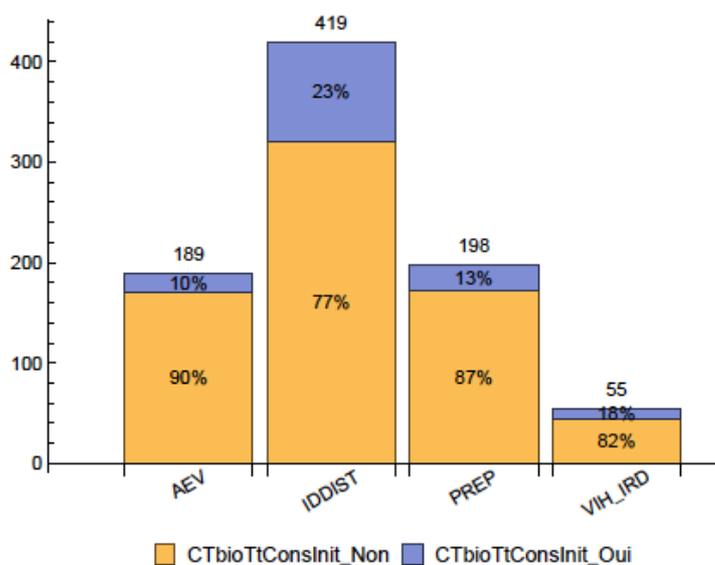


7% des patients HSH qui se sont vu découvrir leur séropositivité au cours de l'année 2017 avaient entre 40 et 44 ans. Dans cette même tranche d'âge on compte 20% des bénéficiaires de la PrEP. On retrouve bien la notion de décalage des courbes d'âge du chapitre précédent, qui s'applique donc également aux HSH.

4.5.2. Les IST

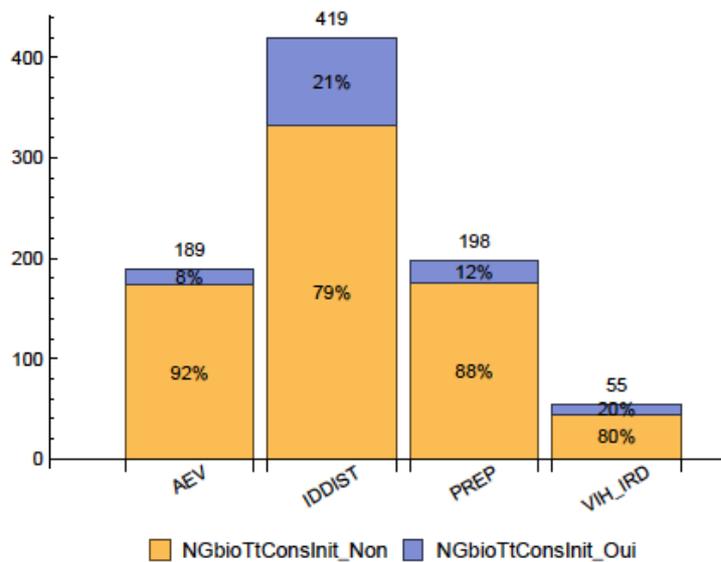
Lors de la découverte de la séropositivité chez les HSH, quel était leur profil vis-à-vis des IST ?

Pour le CT, dans la population des HSH 17,7% des personnes sont infectées. Chez les nouvellement diagnostiqués positifs au VIH on obtient une prévalence de 18,2%. La première remarque est que chez les HSH, qu'importe leur statut sérologique par rapport au VIH, la prévalence de CT est très élevée, notamment chez les IDIST. La seconde est que la prévalence du groupe VIH se situe entre celles des groupes IDIST et PrEP qui sont respectivement à 23% et 13% ($p < 0,0001$).



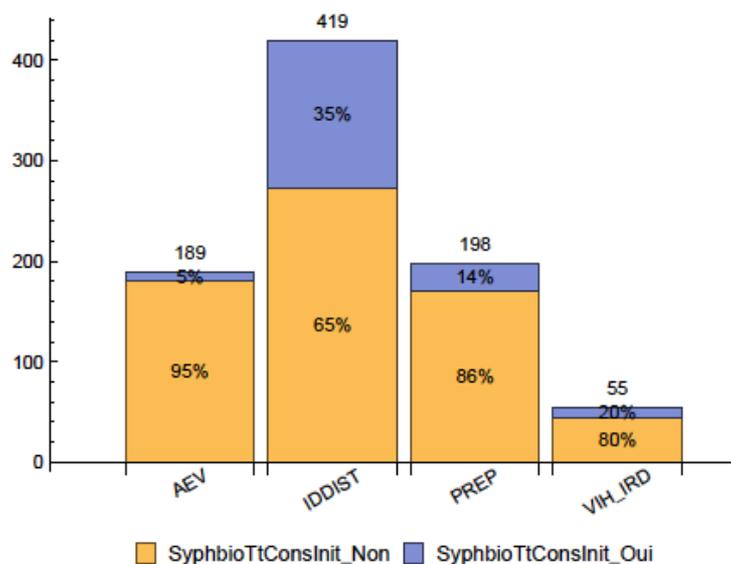
Prévalence du chlamydia chez les HSH

Pour le gonocoque, qui est très présent chez les HSH (15,9%), on retrouve une prévalence forte chez les patients récemment diagnostiqués séropositifs (20%). Celle-ci est très proche de la prévalence du gonocoque chez les IDIST (21%). En revanche au sein des prépeurs et des AEV nous avons un chiffre bien moins élevé avec respectivement 12 et 8% ($p = 0,0003$).



Prévalence du gonocoque chez les HSH

En ce qui concerne la syphilis, elle aussi très associée aux HSH, on trouve des chiffres très élevés, la prévalence dans cette population HSH est de 22,5% ($p < 0,0001$).



Prévalence de la syphilis chez les HSH

La première remarque est que chez les HSH qui consultent pour un IDDIST, on retrouve plus d'un tiers de personnes infectées par le tréponème pâle. Les personnes s'étant vues découvrir une infection à VIH au cours de l'année 2017 étaient 20% à être co-infectées par la syphilis. Ce chiffre est moins important chez les usagers de la PrEP bien qu'il reste non négligeable.

Ainsi on constate aisément que les prévalences de ces trois IST sont très importantes chez les HSH. Que les patients dont l'infection à VIH a été découverte au cours de l'année 2017 étaient 20% à être

co-infectés par le gonocoque, 20% à être co-infectés par la syphilis et 18% à être co-infectés par le CT. Ce profil ressemble à celui des HSH consultant pour un IDIST, mis à part pour la syphilis. En ce qui concerne les patients bénéficiaires de la PrEP, on constate qu'ils ont un profil un peu différent avec des prévalences plus basses dans l'ensemble. Et les patients venant pour un AEV ont des prévalences à ces IST encore plus basses, bien que restant élevées par rapport à la population générale.

	Prévalence du CT	Prévalence du NG	Prévalence de la syphilis
VIH	18%	20%	20%
IDIST	23%	21%	35%
PrEP	13%	12%	14%
AEV	10%	8%	5%
HSH sans distinction de groupe	18%	16%	22,5%

Tableau résumant les prévalences des IST chez les HSH et en fonction des sous-populations

5. Discussion

5.1 Système d'information

L'évaluation de la qualité des données met en évidence l'existence d'informations manquantes : (Catégorie socio-professionnelle, Chemsex, Dysfonctions sexuelles...)

Leur non disponibilité tient à la non possibilité de recueil dans le système d'information du CeGGID. Celui-ci a été initialement conçu pour à la fois fournir les données utiles au rapport d'activité annuel et pour constituer une aide à la décision permettant la construction des ordonnances à partir d'arbres décisionnels .

Un recueil de données dans le cadre d'un projet de recherche pourrait reposer sur des arbres de possibilités du même type, chacun précisant les étapes d'une question de recherche, afin d'autoriser un recueil précis mais facilité au cours des consultations.

5.2 Les hypothèses

5.2.1. Qu'apprend-on sur nos publics ?

- Importance de la représentation des HSH qui influe sur nos résultats

La forte prévalence des IST retrouvées dans nos résultats s'explique-t-elle par les caractéristiques de la population consultant dans le CeGIDD du SUMIV ?

Les HSH représentent la moitié des consultants au CeGIDD de l'année 2017, tandis que dans la population générale ceux-ci sont estimés à 4% des hommes. [2]

Ils constituent une population à risque fort d'IST, et dans nos résultats, ils totalisent les trois quarts des IST prises en charge au CeGIDD. [5]

Par ailleurs un quart des HSH ont été suivi dans CeGIDD en 2017 dans le cadre de la PrEP. Or ce nouveau mode de prévention, tout en évitant efficacement l'infection à VIH expose aux autres IST.

Enfin, le SUMIV de par son activité de prise en charge du VIH est un lieu particulièrement identifié par la communauté HSH.

Ainsi les résultats de notre analyse ne peuvent être totalement généralisables. Une étude des populations des autres CeGIDD trouverait là un grand intérêt.

- Des recommandations théoriques à leurs applications

Il existe une discordance entre le nombre de consultations attendu en fonction du motif et le nombre de consultations ayant eu lieu, en particulier pour l'activité AEV.

Cette discordance peut s'expliquer par différents facteurs liés aux patients, aux médecins, à la méthodologie.

Du point de vue des patients, le dispositif de suivi proposé pour les AEV consiste en une séquence de six consultations. Ce suivi contraignant amène un certain nombre de patient à ne pas l'effectuer selon le schéma théorique, ainsi des bilans biologiques peuvent être effectués en ambulatoire et des remises de résultats par voie de téléphone. Ce d'autant que l'analyse cartographique met en évidence une origine géographique des consultants qui couvre l'ensemble du territoire du Nord-Pas-de-Calais. Néanmoins la discordance consultation attendue/effectuée est à préciser selon l'orientation sexuelle. En effet les HSH ont un nombre moyen de consultations pour AEV plus élevé que le reste de la population du CeGIDD. Ce point s'explique probablement par l'emploi plus fréquent d'un traitement post exposition par ARV, motivé par des prises de risque plus importantes.

Ainsi le risque plus élevé de contamination par le VIH et la prise d'ARV expliquent probablement la meilleure acceptation du dispositif par les HSH.

Du point de vue du médecin exerçant au CeGIDD du SUMIV, la réponse nécessaire à une demande croissante en contexte épidémique explique la difficulté à effectuer des rendus de résultats pour chacun des contrôles biologiques intermédiaires. Ainsi certains rendus sont différés ou effectués par téléphone, les patients se présentant de nouveau au CeGIDD en cas de nécessité de traitement.

Sur un plan méthodologique, la distinction entre une demande de dépistage simple (IDDIST) et une prise en charge pour AEV qui ne va pas donner lieu à l'emploi d'un ARV est loin d'être évidente. Dans les deux cas c'est le même suivi qui va être proposé (dépistage à 6 semaines de la prise de risque et à 3 mois pour le VHC). Par ailleurs la dernière consultation d'une séquence de suivi pour AEV peut donner lieu à la réalisation d'un bilan préPrEP, et donc relève des deux qualificatifs AEV et PrEP. Enfin notre étude, reposant sur une période donnée, comprend des sujets censurés à droite et censurés à gauche. Ces points ne remettent pas en question les tendances des résultats mais sont à garder à l'esprit pour leurs critiques.

L'amélioration de l'ensemble du dispositif de l'accueil du CeGIDD devra tenir compte de ces éléments.

- Le bilan IST est-il toujours le même ?

En étudiant les prescriptions des bilans biologiques, on remarque une différence entre les trois activités (IDDIST-AEV-PrEP). En effet, dans les groupes AEV et IDDIST, chlamydiae trachomatis et neisseria gonorrhoeae sont moins recherchés que le VIH, la syphilis et l'hépatite B.

L'activité du CeGIDD étudié est situé dans le SUMIV, lieu de prise en charge historique de l'infection par le VIH. On peut donc évoquer l'hypothèse suivante : le dépistage du VIH reste encore largement privilégié, notamment au cours des AEV qui visent à l'éviter, par rapport aux autres IST d'autant qu'il constitue l'infection sexuellement transmissible la plus grave.

Quant aux IDDIST, la recherche de CT et NG serait encore largement motivée par l'existence de symptômes ou par un contact avec un partenaire présentant une infection avérée.

Notre première hypothèse est étayée, en ce qui concerne le dispositif des AEV, par l'approche centrée sur les virus du VIH, VHB et VHC qui s'explique pour une large part par les conditions initiales de son installation, soit éviter les infections à VIH et VHB et dépister le VHC. Hormis les dépistages, ce dispositif permet de proposer des prescriptions d'ARV pour le VIH, d'immunoglobulines pour le VHB. Le choix décisionnel et les explications propres à cette décision occupent une place notable au cours de la consultation. Par ailleurs ce dispositif prend en charge des professionnels ayant rencontrés un risque lors de leurs activités, en dehors de la sexualité, avec uniquement réalisation de dépistages viraux. On remarquera que l'acronyme AEV est révélateur de l'orientation virologique : Accident d'Exposition aux Virus.

Concernant les IDDIST, la recherche systématique n'est pas encore effectuée pour le gonocoque et le chlamydia. En effet, classiquement l'infection à neisseria gonorrhoeae est décrite comme cliniquement bruyante (« Chaud Pisse »), ce qui explique la recherche en présence de symptômes, or les formes asymptomatiques sont fréquentes. Néanmoins en présence d'une forme symptomatique d'infection à gonocoque on recherchera systématiquement chlamydiae trachomatis. Concernant chlamydiae trachomatis il est admis l'existence de nombreuses formes asymptomatiques chez les femmes mais comme neisseria gonorrhoeae il demeure insuffisamment recherché systématiquement chez les hommes.

Il est nécessaire d'augmenter le dépistage systématique du CT et du NG au sein des groupes AEV et IDDIST. Toutefois cela ne pourra être sans conséquences sur les coûts du CeGIDD.

- Les IST, chez qui ?

On remarque que la prévalence de la syphilis au sein du groupe IDDIST est particulièrement élevée. En toute hypothèse cela renvoie à un recours massif au CeGIDD du SUMIV de patients présentant une syphilis en raison de la pénurie de Benzathine Benzyl Pénicilline en officine de ville.

En effet en 2017, le laboratoire produisant l'Extencilline® s'est retrouvé en incapacité de fournir les officines, les stocks de sécurité étaient ainsi délivrés aux structures hospitalières. Ce qui a conduit de nombreux patients dont le diagnostic de syphilis avait été fait en ville à venir consulter au CeGIDD du SUMIV pour obtenir le traitement.

- Suivi des IST positives

La séquence des consultations de suivi théorique de la syphilis n'a pas été intégralement appliquée, notamment dans le groupe IDDIST.

Il est supposé que dans le contexte de pénurie d'Extencilline® ci dessus évoqué, les patients venant de communes éloignées géographiquement du CeGIDD ont pu réaliser leur suivi en ambulatoire.

Ainsi en cas de découverte d'une syphilis en dehors du CeGIDD, le patient a été orienté dans notre structure pour bénéficier du traitement par Extencilline®, mais a pu être suivi par le médecin ayant diagnostiqué initialement l'infection.

L'éloignement géographique des patients consultant pour un IDDIST de toute évidence participe au fait que le suivi a été effectué en ambulatoire.

5.2.2. Les patients du CeGIDD correspondent-ils aux patients nouvellement séropositifs ?

- La PrEP

Nos résultats montrent une différence d'âge, de sexe et d'orientation sexuelle entre les patients bénéficiant de la PrEP et les patients nouvellement diagnostiqués séropositifs au VIH.

Cette différence entre les deux populations pourrait s'expliquer par la représentation plus importante des HSH dans le groupe PrEP. Cette dernière étant liée à une diffusion de l'information sur la PrEP restreinte à une communauté spécifique de HSH, excluant les autres personnes à risque d'infection à VIH. Par ailleurs les usagers de la PrEP ont été amenés vers ce nouveau mode de prévention en raison d'une conscience accrue des risques encourus dans leurs pratiques sexuelles.

En effet les plus jeunes n'ont pas le même vécu de prises de risques que les personnes plus âgées. Cette moindre perception du risque encouru, et une moindre connaissance de son existence limitent le nombre de demande de PrEP de la part des jeunes.

Concernant les femmes les plus touchées par le VIH sont actuellement les migrantes d'Afrique Subsaharienne. Des conditions sociales comme l'obtention de papiers, l'accès à une sécurité sociale peuvent constituer un frein aux dépistages et à l'accès aux soins ainsi que leurs cultures. Les prostituées quant à elles sont un public difficilement captable notamment en raison de l'illégalité de leur activité et les amener à un suivi trimestriel constitue un défi.

Par ailleurs, nos résultats ne prennent pas en compte la catégorie socioprofessionnelle. Les cliniciens constatent chez les prépeurs suivis en 2017, une représentation particulière de cadres et de professions intellectuelles supérieures. Ces conditions sociales favorisées sont corrélées aux prises à l'usage du Chemsex, aux week-ends festifs en Europe, toutes activités pour lesquelles un budget conséquent est nécessaire. Ces éléments participent à la diffusion de la PrEP, en particulier par des réseaux interconnectés, à une population circonscrite.

- Et en dehors de la PrEP ?

Les groupes IDDIST et AEV tendent à se rapprocher des nouveaux patients infectés à VIH pour l'âge et les profils d'IST. Toutefois d'autres facteurs sont utiles pour effectuer une comparaison entre ces populations. Celle ci relève de travaux spécifiques à mettre en place avec adaptation nécessaire de l'outil de recueil informatique.

5.2.3. L'abord des problématiques de santé sexuelle

Une approche globale de la santé sexuelle n'est pas encore totalement mise en œuvre et selon les cadres de consultation (IDDIST – AEV - PrEP) cette approche peut varier.

On peut évoquer une appropriation encore partielle d'une culture d'approche globale individuelle par les professionnels du CeGIDD, liée à la nouveauté de cette approche et des recommandations nationales, les textes fixant les missions des CeGGID ayant été publiés en juillet 2015 et la politique de santé sexuelle nationale ayant été officiellement annoncée en mars 2017.

Par ailleurs notre évaluation reste limitée par le manque d'informations disponibles quant aux échanges et interactions entre les professionnels (infectiologue, sexologue, psychologue,

addictologue, assistantes sociales, ...), ceux-ci étant essentiellement oraux sans recueil spécifique. Enfin, chaque cadre de consultation proposant au patient un calendrier qui lui est propre et les différents services apportés par le CeGIDD, sexologie et addictologie en particulier n'étant disponible qu'une demi-journée par semaine, l'offre de prise en charge globale de santé sexuelle est à élargir.

Le recours au gynécologue, à l'IVG ou l'abord de la contraception sont peu importants. Ceci tient en premier lieu au recrutement principalement masculin du CeGIDD du SUMIV. En ce qui concerne les femmes des différents groupes, et notamment celles qui consultent en IDDIST, le recours au gynécologue est motivé par le dépistage de HPV par frottis cervico-utérin. Le recours à la contraception d'urgence est majoritairement proposé aux femmes consultant pour un AEV.

Une approche des violences est effectuée mais reste limitée. Elle est immédiate lors de consultation pour AEV en contexte de viol, celui-ci étant annoncé dès l'accueil auprès des secrétaires. La mention viol figurant souvent dans le courrier de transmission après avoir été évoqué par voie de téléphone. Par contre l'abord des violences récentes ou passées au cours des autres consultations est déterminé par les conditions des consultations, où dominant le plus souvent une prise en charge technique d'IST par l'infectiologue ainsi que le développement d'une information générale et des réponses spécifiques aux questions des patients. Actuellement, l'acteur principal de la consultation est l'infectiologue qui est confronté à la difficulté de pouvoir aborder les différents psychosociaux dans le même temps que sa prise en charge clinique. Chaque dimension de la santé sexuelle nécessite son développement propre, ce qui est impossible lors d'une consultation ponctuelle.

Chez les prépeurs, le suivi longitudinal permet l'installation d'une relation singulière entre le patient et le médecin, ainsi que l'appropriation par le patient d'un accès possible aux différents services offerts par le service. Ce dispositif propre à la PrEP facilite l'abord de problématiques sous-jacentes comme les dysfonctions sexuelles, les violences, les addictions avec la pratique notamment du Chemsex.

Pour le Chemsex, là encore, nous sommes confrontés à un biais de recueil car lors de la conception initiale du système d'information, on n'envisageait pas l'ampleur de ce phénomène. Au cours de l'année 2017, le nombre de patients orientés vers l'addictologue pour cette problématique s'est révélé important, ce qui a amené la prise en compte de cette problématique en effectuant un recueil spécifique depuis la fin d'année 2017.

5.3 Actions utiles

5.3.1. Ciblage des personnes à risque du VIH

Dans l'optique de pouvoir prévenir le VIH par la PrEP, il nous faut y amener parmi les personnes à risque du VIH des sujets plus jeunes, des femmes et des plus âgés hétérosexuels. Le manque d'information sur cette prophylaxie au sein de ces groupes à risque élevé est un levier sur lequel on peut s'appuyer. Notre travail limité en facteurs explicatifs soulève l'intérêt de recherches à construire pour atteindre au mieux les personnes les plus à risque. Pour atteindre cet objectif, une information ciblée n'est pas suffisante, il est également nécessaire d'aller à la rencontre de publics ne consultant pas au CeGIDD : les étudiants, les usagers de drogue, les travailleuses du sexe...

5.3.2. La prévention

La question de la prévention est cruciale mais pose de multiples questions : quel type de prévention ? Comment la mettre en œuvre ? Comment l'évaluer ?

Des travaux complémentaires pluridisciplinaires sont nécessaires pour répondre à ces questions. Nous évoquons déjà l'intérêt d'intégrer au CeGIDD un professionnel de prévention associé à la consultation de l'infectiologue pour permettre davantage d'orientation vers les acteurs clefs de préventions du CeGIDD : addictologue, psychologue, sexologue, acteurs associatifs. Cet entretien de prévention dédié permettrait d'identifier les prises de risque qui n'auraient pas été repérées au cours de la consultation médicale. Cette consultation de prévention serait l'occasion d'aborder différentes problématiques telles les dysfonctions sexuelles, les troubles psychologiques, la consommation de produits psycho-actifs abordées dans une moindre profondeur lors des consultations médicales. Une telle prise en charge viserait à long terme l'obtention d'une réduction des comportements à risque.

L'amélioration de la perception globale de la vie sexuelle par la personne, pourrait permettre d'améliorer la prévention de ses prises de risque liés à la sexualité.

5.3.3. Nécessité de travailler en réseau

Nous avons évoqué jusqu'alors des actions centrées sur le CeGIDD, celui-ci pouvant exercer des actions hors les murs. Toutefois l'ampleur de l'objectif et la nécessité d'une approche populationnelle, visant en particulier à réduire les inégalités d'accès aux préventions et aux soins nécessitent un travail en réseau. Ce travail impose l'établissement de liens et de projets avec le tissu

associatif existant pour accomplir nos missions. Le CeGIDD du SUMIV a établi et construit davantage de partenariats en particulier avec les associations Aides (lutte contre le VIH), Spiritek (prévention orientée vers les usagers de produits), le Planning Familial ou Entr'Actes (prévention et soins en contexte de prostitution). Un maillage plus large est à concevoir.

6. Conclusion

Au terme de ce travail, nous avons acquis une connaissance plus fine des populations ayant eu recours au CeGIDD du SUMIV, nous avons pu approcher en quoi les populations du CeGIDD diffèrent des patients qui ont découvert leur séropositivité récemment. Ces informations étayent nos réflexions sur notre action et nous permettent d'élaborer des stratégies visant à réduire les prises de risques infectieux en contexte de sexualité, élément déterminant dans la lutte des épidémies d'IST auxquelles notre société est actuellement confrontée. Le concept de santé sexuelle vise à ce que chacun prenne davantage soin de soi dans sa sexualité et peut constituer le pivot des stratégies à développer.

7. Bibliographie

1. Adam PCG, de Wit JBF, Alexandre A, Paolucci C, Troussier T. « Les effets de la dépression sur l'activité sexuelle et la prise de risques parmi les gays français utilisateurs de sites de rencontre sur Internet. » *Sexologies* 2006 ; 15 ; pp 176-182.
2. Bajos Nathalie, Bozon Michel, « Transformation des comportements, immobilité des représentations. Premiers résultats de l'enquête Contexte de la sexualité en France (2006) », *Informations sociales* 2007/8 (n° 144), p. 22-33
3. Bajos N., Rouzaud-Cornabas H., Panjo H., Bohet A., Moreau C., « La crise de la pilule en France, vers un nouveau modèle contraceptif ? » Enquête Fecond – INED
4. Bozon M., « Autonomie sexuelle des jeunes et panique morale des adultes. Le garçon sans frein et la fille responsable », *Agora débats/jeunesses* 2012/1 (N° 60), p. 121-134.
5. Cazein F., Le Strat Y., Sarr A., Ramus C., Bouche N., Pillonel J., *et al.* « Dépistage de l'infection par le VIH en France, 2003-2015. » *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2016;(41-42):745-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/41-42/2016_41-42_2.html
6. Chaperon S., « Nathalie BAJOS & Michel BOZON (dir.), Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé », *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 31, 2010, [en ligne] <http://clio.revues.org/9780>
7. Conseil national du sida « Note valant avis sur la fusion des centres de dépistage et de diagnostic du VIH et des infections sexuellement transmissibles », 13 septembre 2012 [en ligne] www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2012-09-13_avi_fr_depistage.pdf
8. Debauche A., Lebugle A., Brown E., *et al.* « Présentation de l'enquête VIRAGE et premiers résultats sur les violences sexuelles », *Ined, Documents de travail*, n°229, janvier 2017 https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/20838/doc.travail_2017_229_violences.sexuelle_s_enquete.virage_1.fr.fr.pdf
9. Deschamps Emilie, Fouquet Natacha, Debuisser Sophie, Westermann Jean-Claude « Baromètre santé jeunes : résultats thématiques : sexualité et contraception chez les jeunes du Nord-Pas-de-Calais », *Drass Nord-Pas-de-Calais*, mars 2007 http://www.observationsociale5962.org/documents/santenpdc_doc_num_sexu_contrac_jeunes.pdf
10. Devillard S., « Les femmes ayant des relations sexuelles avec des femmes face au VIH et aux IST » *Rapport de stage de master 2 « genre et politiques sociales », Université de Toulouse Le Mirail*, 2011, pp 22-28

11. Gautier A., Kersaudy-Rahib D., Lydié N., « Pratique contraceptive des jeunes femmes de moins de 30 ans », *Les comportements de santé des jeunes : Analyses du Baromètre Santé 2010*, INPES, 2010, pp 145-154
12. Higuero T., « Prise en charge pratique des condylomes », *POST'U Paris*, 2015, pp 255-265
13. La Ruche G. and al., « Epidémiologie actuelle des infections sexuellement transmissibles bactériennes en France », *La Presse Médicale*, 2013, tome 42, pp 432-439
14. Leuillet P., Cour F., Droupy S., « Dysfonctions sexuelles masculines et homosexualité » *Elsevier Masson, Progrès en Urologie* 2013 ; 23 pp 727-733
15. Mercier E., Barea A., « Les français et les représentations sur le viol », *Mémoire traumatique et victimologie, IPSOS*, décembre 2015
16. Milhet M., Néfau T., « Chemsex, slam, renouvellement des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH », *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*, théma Trend, juillet 2017, [en ligne]
<https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/thema/chemsex-slam/>
17. Morlat P. « Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, recommandations du groupes d'experts » Conseil national du sida et des hépatites virales, 2017.
<https://cns.sante.fr/actualites/prise-en-charge-du-vih-recommandations-du-groupe-dexperts/>
18. Ndeikoundam N., Viriot D., Fournet N., De Barbeyrac B., Goubard A., Dupin N., *et al.* « Les infections sexuellement transmissibles bactériennes. en France : situation en 2015 et évolutions récentes. » *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2016;(41-42) pp 738-744.
19. Ndeikoundam N., Viriot D., Pioche C., Fournet N., Hannachi O., Ramus C., Lot F. « Infections sexuellement transmissibles bactériennes : tendances récentes », *Santé Publique France*, 2017
20. Puglia R., Glowacz F., « Consommation de pornographie à l'adolescence : quelles représentations de la sexualité et de la pornographie, pour quelle sexualité ? » *Elsevier Masson, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 63, 2015, pp 231-237
21. Sarr A. « Création des CEGIDD : fusion des CDAG et CIDDIST » [En ligne], *Direction Générale de la Santé*, 06 mars 2015, Disponible : <http://docplayer.fr/8029300-Creation-des-cegidd-fusion-des-cdag-et-ciddist.html>
22. Trouiller-Gerfaux P, Saboni L, Sauvage C, Sommen C, Chaud P, Ndiaye B, *et al.* « Rapport Prevagay 2015, Lille. Enquête de séroprévalence du VIH menée auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay. » *Saint-Maurice : Santé publique France*, 2017. 59 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

23. Troussier T., Tourette-Turgis C., « La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH », *Elsevier Masson, Sexologies 2006, 15*, pp 165-175
24. Viriot D., Fournet N., Ndeikoundam N., Lot F., « Epidémiologie des IST en France et en Europe » *Institut de veille sanitaire, Journée de lutte contre les IST et promotion de la santé sexuelle, Direction générale de la santé, 6 mars 2015*
25. « L'état de santé de la population en France - suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique » DRESS, Rapport 2011
26. Ministère des solidarités et de la santé, « Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2020 », [en ligne]
http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_pnsp_sante_sexuelle.pdf
27. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé « Stratégie Nationale de Santé Sexuelle, Agenda 2017 – 2030 »
28. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Décret n°2015-796 du 1er juillet 2015 relatif aux centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. [en ligne]. Journal officiel de la république française. 2 juillet 2015 n°0151, page 11153. Disponible :
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2015/7/1/AFSP1508890D/jo>
29. Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains, « Les violences sexistes et sexuelles faites aux femmes dans l'espace public, synthèse statistique – mars 2018 », *Secrétariat d'état chargé de l'égalité entre les femmes et les hommes, 2018*
30. Organisation Mondiale de la Santé, « Rapport mondial sur la violence et la santé », 2002
31. Recommandations diagnostiques et thérapeutiques pour les Maladies Sexuellement Transmissibles » Section MST/SIDA de la Société Française de Dermatologie, février 2016.
32. Service des droits des femmes et de l'égalité de la Direction générale de la cohésion sociale « Chiffres-clés 2010, l'égalité entre les femmes et les hommes » 2010, pp 74-82
33. « VIH/SIDA et infections sexuellement transmissibles dans les Hauts-de-France » *Bulletin de veille sanitaire Hauts-de-France*, décembre 2016. [en ligne]
<http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Nord/Bulletin-de-veille-sanitaire-Hauts-de-France.-Decembre-2016>

AUTEUR : Nom : Depreux Prénom : Alma

Date de Soutenance : 02 juillet 2018

Titre de la Thèse : Analyse comparée des activités d'un CeGIDD et de leurs publics cible dans un service hospitalier universitaire. Les caractéristiques de ces publics correspondent-elles à celles du public VIH positif ?

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : *Santé sexuelle – santé publique*

DES + spécialité : *Médecine Générale*

Mots-clés : CeGIDD, dépistage, population cible, VIH/IST, santé sexuelle

Résumé : Mis en œuvre en 2016, les CeGIDD (Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic du VIH, des hépatites virales et des IST) sont issus de la fusion des CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) et des CIDDIST (Centre d'Information de Dépistage et de Diagnostic des IST). Des missions supplémentaires y ont été adjointes dans l'objectif d'une amélioration de la santé sexuelle par une approche globale abordant les grossesses non désirées, les violences dont celles liées à l'identité de genre, les dysfonctions sexuelles. Ces missions visent notamment des publics-cible, dans un contexte de recrudescence des IST (Infections Sexuellement Transmissibles) et de la poursuite de l'épidémie de VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine). L'activité du CeGIDD du SUMIV (Service Universitaire de Maladies Infectieuses et du Voyageur) se répartit en trois cadres de consultation : le dépistage et l'information des IST (IDDIST), les accidents d'exposition aux virus (AEV), la PrEP (Prophylaxie Pré Exposition au VIH). Chacun mobilisant un public propre. Cette étude tend à comprendre en quoi ces publics diffèrent et si leurs caractéristiques correspondent à celles des nouveaux patients diagnostiqués séropositifs pour le VIH. À quel niveau l'approche globale en santé sexuelle est-elle réalisée et comment l'améliorer ? La population étudiée correspond aux consultants du CeGIDD du SUMIV entre le premier janvier et le 31 décembre 2017. L'analyse descriptive montre que les trois publics comportent des caractéristiques socio-démographiques différentes, que les modalités de suivi sont distinctes et que la prévalence des IST varie selon les groupes. Les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) sont plus à risques d'IST et de VIH. Les patients sous PrEP rencontrent de nombreux risques mais ne correspondent pas entièrement aux nouveaux patients infectés par le VIH. Les notions de violences, de grossesses non désirées, de dysfonctions sexuelles et de prise de produits psycho-actifs en contexte sexuel sont encore abordées dans une moindre profondeur lors des consultations médicales, une optimisation des approches nécessaires est à mettre en œuvre.

Composition du Jury :

Président : Professeur Senneville Eric

Assesseurs : Professeure Faure Karine, Professeur Amouyel Philippe, Docteur Valette Michel